

HEC MONTRÉAL

La salle de pilotage comme outil de contrôle stratégique

Par

Hélène Vallières-Goulet

Sciences de la gestion
(Stratégie)

Mémoire présenté en vue de l'obtention
du grade de maîtrise ès sciences
(M.Sc)

Juin 2018

© Hélène Vallières-Goulet

Avis de conformité du CÉR¹

1. Certificat d'approbation éthique du CÉR de HEC Montréal

HEC MONTRÉAL

Comité d'éthique de la recherche

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

Projet # : 2017-2388

Titre du projet de recherche : Les salles de pilotage stratégique comme outil de contrôle dans les établissements de santé

Chercheur principal :
Hélène Vallières-Goulet, étudiante M. Sc.
HEC Montréal

Directeur/codirecteurs :
Sylvain Landry; Ann Langley
Professeur - HEC Montréal

Date d'approbation du projet : 20 septembre 2016

Date d'entrée en vigueur du certificat : 20 septembre 2016

Date d'échéance du certificat : 01 septembre 2017



Maurice Lemelin
Président du CER de HEC Montréal

¹ Le projet de mémoire fut aussi approuvé par le CÉR évaluateur et les CÉR des deux établissements collaborateurs

2. Attestation d'approbation éthique du CÉR de HEC Montréal



Comité d'éthique de la recherche

Le 21 septembre 2016

À l'attention de : Hélène Vallières-Goulet
HEC Montréal

Objet : Approbation éthique de votre projet de recherche

Projet : 2017-2388

Titre du projet de recherche : Les salles de pilotage stratégique comme outil de contrôle dans les établissements de santé

Votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par le CER de HEC Montréal.

Un certificat d'approbation éthique qui atteste de la conformité de votre projet de recherche à la *Politique relative à l'éthique de la recherche avec des êtres humains* de HEC Montréal est émis en date du 20 septembre 2016. Prenez note que ce certificat est **valide jusqu'au 01 septembre 2017**.

Vous devrez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique avant l'expiration de ce certificat à l'aide du formulaire *F7 - Renouvellement annuel*. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si des modifications sont apportées à votre projet avant l'échéance du certificat, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet* et obtenir l'approbation du CER avant de mettre en oeuvre ces modifications. Si votre projet est terminé avant l'échéance du certificat, vous devrez remplir le formulaire *F9 - Fin de projet ou F9a - Fin de projet étudiant*, selon le cas.

Notez qu'en vertu de la *Politique relative à l'éthique de la recherche avec des êtres humains* de HEC Montréal, il est de la responsabilité des chercheurs d'assurer que leurs projets de recherche conservent une approbation éthique pour toute la durée des travaux de recherche et d'informer le CER de la fin de ceux-ci. De plus, toutes modifications significatives du projet doivent être transmises au CER avant leurs applications.

Vous pouvez dès maintenant procéder à la collecte de données pour laquelle vous avez obtenu ce certificat.

Nous vous souhaitons bon succès dans la réalisation de votre recherche.

Le CER de HEC Montréal

3. Renouvellement du certificat d'approbation éthique du CÉR de HEC Montréal



Comité d'éthique de la recherche

Le 25 septembre 2017

À l'attention de :
Hélène Vallières-Goulet

Projet # 2017-2388 – Analyse Strat SP

Titre : Les outils de mesure de la performance et le contrôle stratégique: le cas de la salle de pilotage stratégique dans les établissements de santé et services sociaux du Québec.

Bonjour,

Pour donner suite à votre demande de renouvellement, le certificat d'approbation éthique pour le présent projet a été renouvelé en date du 01 septembre 2017.

Ce certificat est valide jusqu'au 01 septembre 2018.

Vous devez donc, avant cette date, obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire *F7 - Renouvellement annuel*. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si votre projet est terminé avant cette échéance, vous devrez remplir le formulaire *F9 - Fin de projet*.

Si des modifications importantes sont apportées à votre projet avant l'échéance du certificat, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet*.

Prenez également note que tout nouveau membre de votre équipe de recherche devra signer le formulaire d'engagement de confidentialité et que celui-ci devra nous être transmis lors de votre demande de renouvellement.

Nous vous souhaitons bon succès dans la poursuite de votre recherche.

Cordialement,

Le CER de HEC Montréal

Sommaire

La présente recherche pose les premières bases quant à l'utilisation de la salle de pilotage comme outil de contrôle stratégique. En effet, malgré un engouement important pour l'étude des outils de mesure de la performance, la salle de pilotage stratégique, issue du *Lean* management, n'avait pas encore fait l'objet d'étude systématique et son examen sous l'angle du contrôle n'avait pas encore été abordé. Le mémoire est guidé par la question de recherche suivante : comment la salle de pilotage stratégique est-elle utilisée à des fins de contrôle dans les établissements de santé et de services sociaux?

Afin d'étudier le phénomène du contrôle stratégique, nous avons approché la question en adaptant le modèle des leviers de contrôle de Simons (1995) aux éléments étudiés ayant trait à la salle de pilotage stratégique. En conséquence, nous tentons de comprendre comment les caractéristiques de la structure, de l'animation ainsi que les rôles et l'implication des acteurs stratégiques influencent l'utilisation de l'outil étudié comme système de contrôle par les comités de direction des établissements de santé et de services sociaux.

Afin d'étudier le phénomène dans sa complexité, nous avons conduit une étude de cas multiple se basant sur deux terrains d'étude : deux établissements de santé et de services sociaux québécois. Nous avons réalisé en conséquence deux vagues d'entrevues, des observations ainsi que l'analyse de documents pertinents. La collecte de données s'est étalée sur plus d'un an.

L'analyse de la structure de l'outil, des caractéristiques propres à son animation ainsi que des rôles et de l'implication des acteurs stratégiques des établissements influence l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle. Nos résultats suite à l'analyse des données appuient la littérature sur le sujet et ouvrent la porte à de nouvelles pistes de réflexions pour les recherches futures. Nous dégageons cinq grands constats suite à l'analyse des données recueillies.

D'abord, le choix du contenu ainsi que les caractéristiques de l'animation des dimensions de la salle de pilotage stratégique influencent conjointement la mise en œuvre des quatre leviers de contrôle de Simons (1995) favorisant les leviers de contrôle diagnostique et interactif.

Ensuite, le style de gestion du PDG influence l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme système de contrôle par ses choix au niveau du contenu des dimensions, des modalités de l'animation et par son rôle durant les animations.

De plus, le poids relatif des enjeux en lien avec les activités attachées à l'hôpital et les difficultés en ce qui a trait à l'intégration des médecins font en sorte que les intérêts et l'intégration des parties prenantes ne sont pas également promus dans la salle de pilotage stratégique.

Aussi, la posture du MSSS influence l'utilisation de la salle de pilotage stratégique majoritairement comme un système de contrôle diagnostique et interactif.

Finalement, la taille et la complexité des établissements influencent comment les comités de direction utilisent la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle.

Ces constats favorisent une meilleure compréhension de l'utilisation des outils de mesure de la performance – la salle de pilotage stratégique dans le cas étudié – comme systèmes de contrôle stratégique. Nos résultats appuient le constat voulant que la manière dont les individus utilisent la salle de pilotage stratégique est l'élément central influençant l'émergence des leviers de contrôle à différents degrés. Ces résultats arborent en faveur des limites identifiées précédemment dans la littérature quant à l'étude des outils de contrôle stratégique.

Mots clés : salle de pilotage, systèmes ou outils de contrôle, système intégré de gestion de la performance, contrôle stratégique, gestion stratégique des établissements de santé et de services sociaux, modèle des leviers de contrôle de (Simons, 1995), *Lean* management, outils de mesure de la performance.

Table des matières

Avis de conformité du CÉR.....	v
Sommaire	ix
Table des matières	xi
Liste des figures	xvi
Liste des tableaux.....	xviii
Liste des abréviations et des sigles	xix
Glossaire des termes utilisés.....	xx
Remerciements.....	xxii
Chapitre 1 Introduction	1
1.1 Mise en contexte	1
1.2 Question de recherche	3
1.3 Méthodologie de recherche	4
1.4 Structure du mémoire	4
Chapitre 2 Revue de la littérature.....	7
2.1 Le contrôle dans les organisations	7
2.1.1 La définition du contrôle organisationnel.....	8
2.1.2 La performance des organisations : définitions et modèles	9
2.1.3 La mesure de la performance organisationnelle.....	16
2.1.4 Les systèmes / outils de contrôle dans les établissements de santé.....	19
2.2 La salle de pilotage	27
2.2.1 Les origines de la salle de pilotage - le <i>Lean</i> management.....	27
2.2.2 La salle de pilotage.....	32
2.3 Le système de santé et de services sociaux québécois	35
2.3.1 La structure du système de santé et de services sociaux québécois	35
2.3.2 La stratégie dans les environnements pluralistes	37
2.3.3 Le partage des pouvoirs dans les établissements de santé et de services sociaux .	38
2.4 Conclusion et question de recherche.....	39
Chapitre 3 Cadre d'analyse.....	41

3.1 Le modèle des leviers de contrôle de Simons (1995)	42
3.1.1 Le système des croyances	44
3.1.2 Le système des contraintes	45
3.1.3 Le système de contrôle diagnostique.....	46
3.1.4 Le système de contrôle interactif	47
3.2 Les limites du modèle des leviers de contrôle de Simons (1995).....	48
3.3 Le cadre d'analyse de la recherche	50
3.4 Les trois sous-questions de recherche	52
Chapitre 4 Méthodologie de la recherche	54
4.1 L'étude de cas comme stratégie de recherche.....	54
4.2 L'échantillon de recherche.....	55
4.3 Les méthodes de collecte de données choisies	56
4.3.1 L'observation directe.....	57
4.3.2 Les entrevues	60
4.3.3 L'analyse documentaire.....	63
4.3.4 La triangulation des méthodes de collecte de données	64
4.4 L'analyse des données recueillies	64
4.5 Les enjeux éthiques de la recherche.....	66
4.6 La présentation des deux établissements choisis comme terrains pour l'étude de cas	67
4.6.1 Le premier cas : le centre intégré de santé et de services sociaux A (CISSS-A) ..	67
4.6.2 Le deuxième cas : le centre intégré de santé et de service sociaux B (CISSS-B) .	69
4.6.3 Le contexte de l'implantation de la salle de pilotage stratégique dans le réseau de santé et de services sociaux québécois.....	69
Chapitre 5 La structure de la salle de pilotage et le contrôle stratégique.....	73
5.1 Les murs de la salle de pilotage stratégique.....	73
5.1.1 Mur 1 – dimension « vision à long terme » (<i>Plan</i>).....	75
5.1.2 Mur 2 - dimension « actions actuelles » (<i>Do</i>).....	82
5.1.3 Mur 3 - dimension « indicateurs de performance » (<i>Check</i>).....	88
5.1.4 Mur 4 – dimension « réponse action » (<i>Act</i>).....	95
5.2 L'espace dédié à la salle de pilotage stratégique.....	101
5.2.1 Les balises de l'espace dédié à la salle de pilotage stratégique.....	101
5.2.2 Analyse de l'espace dédié à la salle de pilotage stratégique du CISSS-A	102

5.2.3 Analyse de l'espace dédié à la salle de pilotage stratégique du CISSS-B	104
5.2.4 Les éléments critiques de l'espace dédié à la salle de pilotage stratégique	105
5.3 Synthèse et analyse de la structure de la salle de pilotage stratégique comme levier de contrôle	108
5.3.1 Le contenu des murs de la salle de pilotage stratégique comme leviers de contrôle	108
5.3.2 L'espace dédié à la salle de pilotage stratégique, plus qu'un enjeu physique.....	113
Chapitre 6 Les caractéristiques de l'animation de la salle de pilotage et le contrôle stratégique	118
6.1 Le déroulement des animations de la salle de pilotage stratégique.....	118
6.1.1 Le déroulement des animations selon le cadre de référence	118
6.1.2 Le déroulement de la phase de préparation T-1	120
6.1.3 Le déroulement de la phase T-0 de l'animation de la salle de pilotage stratégique	135
6.1.4 Déroulement de la phase de suivi T+1	150
6.2 La démocratisation de l'animation de la salle de pilotage stratégique	152
6.2.1 La démocratisation des animations selon le cadre de référence.....	152
6.2.2 La démocratisation des animations au CISSS-A.....	152
6.2.3 La démocratisation des animations au CISSS-B.....	156
6.2.4 Comparaison des éléments en lien avec la démocratisation de l'animation au CISSS-A et au CISSS-B.....	161
6.3 Synthèse et analyse des caractéristiques de l'animation de la salle de pilotage stratégique comme leviers de contrôle pour le comité de direction	161
Chapitre 7 Les rôles et l'implication des acteurs stratégiques dans l'utilisation de la salle de pilotage et le contrôle stratégique.....	171
7.1 Les rôles désignés et émergents dans l'animation de la salle de pilotage stratégique	171
7.1.1 L'arbitre et le gardien du temps	172
7.1.2 L'animateur.....	175
7.1.3 Le gardien du sens.....	178
7.1.4 Synthèse et analyse des rôles désignés et émergents dans l'animation de la salle de pilotage stratégique	181

7.2 Les rôles des directeurs cliniques, administratifs et de la DQEPE dans la salle de pilotage stratégique	184
7.2.1 Les directeurs cliniques et les directeurs administratifs, des acteurs aux rôles complémentaires dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique.....	184
7.2.2 La DQEPE	189
7.2.3 Synthèse et analyse des rôles et de l'implication des directeurs cliniques, administratifs et de la DQEPE dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique....	196
7.3 L'influence du leadership du PDG sur l'utilisation de la salle de pilotage stratégique	199
7.3.1 Le rôle du PDG du CISSS-A dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique – le modèle	199
7.3.2 Le rôle du PDG du CISSS-B dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique : la vigie.....	204
7.3.3 Synthèse et analyse de l'influence du leadership des PDG sur l'utilisation de la salle de pilotage stratégique et lien avec le contrôle	208
7.4 L'engagement du corps médical envers l'utilisation de la salle de pilotage stratégique	210
7.4.1 La vision des DSP au sujet de l'utilisation de la salle de pilotage stratégique....	210
7.4.2 L'engagement des médecins de l'organisation envers la culture d'amélioration continue.....	216
7.4.3 Analyse de l'engagement du corps médical envers l'utilisation de la salle de pilotage stratégique et lien avec le contrôle.....	220
7.5 Le rôle du MSSS dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle	226
7.6 Analyse des rôles et de l'implication des acteurs stratégiques dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle	236
Chapitre 8 Discussion	243
8.1 Les constats de la recherche.....	247
Chapitre 9 Conclusion	268
9.1 Recommandations pour les établissements.....	269
9.1.1 Considérer les avantages de la démocratisation de l'animation.....	270
9.1.2 Favoriser le partage des bonnes pratiques entre les établissements	271

9.1.3 Stimuler l'intégration des médecins dans l'utilisation des outils de mesure de la performance.....	272
9.1.4 Favoriser l'identification et la présentation des enjeux ainsi que la collaboration dans leur résolution.....	273
9.2 Limites de la recherche	275
9.3 Idées de recherches futures	278
Bibliographie.....	281
Annexe I – Formulaire de consentement à conduire la recherche dans les organisations.....	292
Annexe II - Feuillet d'information s'adressant aux participants aux réunions des comités de direction	294
Annexe III – Guide d'observation des réunions des comités de direction.....	295
Annexe IV – Formulaire de consentement à une entrevue en organisation	296
Annexe V.A – Guide d'entrevue pour la première vague d'entrevues	298
Annexe V.B – Guide d'entrevue pour la deuxième vague d'entrevues.....	299
Annexe VI – Formulaire d'autorisation de consultation ou de transferts de documents	301
Annexe VII – Courriel envoyé aux directeurs pour les entrevues	302

Liste des figures

Figure 2.1: matrice des valeurs concurrentes de Quinn et Rohrbaugh (1983).....	15
Figure 2.2: Modèle ÉGIPSS (2005)	23
Figure 2.3: Le tableau de bord prospectif de Kaplan et Norton (1996).....	24
Figure 2.4: La maison du système de production Toyota (Liker, 2012)	28
Figure 3.1: Modèle des leviers de contrôle de Simons (1995).....	43
Figure 3.2 - Cadre conceptuel - Les leviers de contrôle dans la salle de pilotage stratégique	51
Figure 5.1 - Les 4 dimensions d'une salle de pilotage. - Source : formation sur les salles de pilotage, Chaire IRISS et Pôle Santé (2016).....	74
Figure 5.2 - Exemple de Vrai Nord, Source: présentation sur les salles de pilotage, chaire IRISS et Pôle Santé (2016)	76
Figure 5.3 – Exemple de matrice de cohérence des établissements de santé, Source: présentation sur les salles de pilotage - Chaire IRISS et Pôle Santé (2016).....	77
Figure 5.4 - Exemple du mur 1 : dimension « vision à long terme », Source: Présentation sur les salles de pilotage - Chaire IRISS et Pôle Santé (2016).....	77
Figure 5.5 - Croquis du mur 1, dimension « vision long terme » du CISSS-A	79
Figure 5.6 - Croquis du mur 1, dimension « vision à long terme » du CISSS-B.....	80
Figure 5.7 - Exemple de feuille A3 objectif (stratégique), Source: présentation sur la salle de pilotage stratégique - Chaire IRISS et Pôle Santé (2016)	83
Figure 5.8 - Croquis du mur 2, dimension « actions actuelles » au CISSS-A	85
Figure 5.9 - Croquis du mur 2, dimension « actions actuelles » du CISSS-B	86
Figure 5.10 - Exemple du mur 3 : dimension « indicateurs de performance », Source: cadre de référence (MSSS et Chaire IRISS, 2015).....	90
Figure 5.11 - Croquis du mur 3 « indicateurs de performance » au CISSS-A.....	91
Figure 5.12 - Croquis du mur 3, dimension « indicateurs de performance » au CISSS- B.....	92
Figure 5.13 - Exemple de dimension « réponse action », dans le cadre de référence du MSSS et de la chaire IRISS (2015)	96
Figure 5.14 - Croquis du mur 4, dimension « réponse action » au CISSS-A	98

Figure 5.15 - Croquis du mur 4, dimension « réponse action » au CISSS-B (fenêtre principale).....	99
Figure 5.16 - Croquis du mur 4, dimension « réponse action » au CISSS-B (fenêtre du plan d'action d'un indicateur)	99
Figure 5.17 - Schéma de la salle de pilotage stratégique du CISSS-A (vue d'en haut)	103
Figure 5.18 - Schéma de la salle de pilotage stratégique du CISSS-B (vue d'en haut)	104
Figure 5.19 - Schéma intégrateur de l'intensité de chaque levier de contrôle en lien avec les caractéristiques de la structure de la salle de pilotage stratégique	117
Figure 6.1 - Schéma intégrateur des niveaux d'intensité de chaque levier de contrôle en fonction des caractéristiques de l'animation de la salle de pilotage stratégique	170
Figure 7.1 - Schéma intégrateur de l'intensité des leviers de contrôle en fonction des rôles et de l'implication des acteurs stratégiques	242
Figure 8.1 - Schéma intégrateur de l'intensité des leviers de contrôle en fonction de l'utilisation de la salle de pilotage stratégique par le CISSS-A et le CISSS-B..	245

Liste des tableaux

Tableau 5.1 - Synthèse des caractéristiques de la salle de pilotage stratégique en lien avec le contrôle	116
Tableau 6.6.1 - Résumé des éléments de la phase de préparation T-1	134
Tableau 6.6.2 - Résumé des éléments du déroulement de l'animation T-0 de la salle de pilotage stratégique	149
Tableau 6.6.3 - Résumé des éléments du déroulement de la phase de suivi T+1	151
Tableau 6.6.4 - Résumé des éléments en lien avec la démocratisation de la salle de pilotage stratégique	161
Tableau 6.6.5 - Résumé des analyses sur les caractéristiques de l'animation de la salle de pilotage stratégique et lien avec les leviers de contrôle	169
Tableau 7.1 - Résumé des rôles désignés et émergents au CISSS-A et au CISSS-B	183
Tableau 7.2 - Titres des directeurs du comité de direction des établissements de santé et de services sociaux regroupés par type de poste.....	185
Tableau 7.3 - Nombre moyen d'interventions faites par des directeurs cliniques et administratifs durant les animations observées au CISSS-A et au CISSS-B (excluant l'animateur, le PDG et le PDGA).....	186
Tableau 7.4 - Résumé des rôles et de l'implication des acteurs stratégiques dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle.....	241
Tableau 8.1 - Résumé des éléments critiques de la structure, des animations et des rôles des acteurs en lien avec l'utilisation de la salle de pilotage comme outil de contrôle stratégique	244

Liste des abréviations et des sigles

- **CISSS-A** : Centre intégré de santé et de services sociaux A
- **CISSS-B** : Centre intégré de santé et de services sociaux B
- **DAQEPE** : Direction/directeur adjoint de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
- **DI-TSA-DP** : Direction/directeur des programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique
- **DQEPE** : Direction/directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
- **DRHCAJ** : Direction/Directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
- **DSI** : Direction/Directeur des soins infirmiers
- **DSP** : Direction/Directeur des services professionnels
- **ERV** : infection nosocomiale de type entérocoque résistant à la vancomycine
- **MSSS** : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- **NSA** : Patients au niveau de soins alternatif, donc ne nécessitant plus de soins de courte durée et pouvant être en attente de placement dans un établissement de soins ou en hébergement²
- **PDG** : Président directeur général
- **PDGA** : Président directeur général adjoint

² https://secure.cihi.ca/free_products/ALC_AIB_FR.pdf

Glossaire des termes utilisés

- **A3** : « document synthèse d'une page format ISO A3, soit 11 po x 17 po » (Landry et Beaulieu, 2016: 251). Les fiches A3 suivent la démarche scientifique PDCA de résolution de problèmes. Les A3 objectifs (aussi appelées A3 stratégiques) présentent la démarche adaptée à un objectif stratégique.
- **Catchball** : « processus itératif de consultation et d'analyse qui permet d'établir un dialogue entre divers niveaux hiérarchiques (processus d'allers-retours), pour en arriver à un engagement de tous et chacun sur les cibles à atteindre » (Landry et Beaulieu, 2016: 252).
- **Contrôle (définition retenue)** : « le processus selon lequel les gestionnaires assurent l'obtention et l'utilisation effective et efficiente des ressources afin d'atteindre les objectifs organisationnels » (traduction libre, Anthony, 1965; dans Anthony et Herzlinger, 1975).
- **Dimensions / murs de la salle de pilotage stratégique** : la salle de pilotage comporte 4 murs ou dimensions : la vision à long terme; les actions actuelles; les indicateurs de performance; la réponse action (MSSS et Chaire IRISS, 2015). Ces quatre dimensions sont ainsi affichées sur le mur correspondant. Dans le présent mémoire, les termes « mur » et « dimension » de la salle de pilotage stratégique sont synonymes.
- **Gemba** : « désigne l'endroit dans une organisation où la valeur ajoutée est créée, le service, rendu au client, le produit, transformé » (Landry et Beaulieu, 2016: 252)
- **Hoshin Kanri** : « terme japonais qui désigne le processus rigoureux de planification et de mise en œuvre de la stratégie organisationnelle qui permet d'encadrer l'ensemble des efforts de façon à ce qu'ils s'alignent sur les priorités de l'entreprise » (Landry et Beaulieu, 2016: 252). Le *hoshin kanri* s'appuie sur le *catchball* [...] et divers outils y sont associés, entre autres la matrice de cohérence.

- **Démarche *Kata*** : « démarche de résolution de problèmes qu'utilisent intuitivement les gestionnaires de Toyota avec leurs équipes, et ce, dans le but d'induire rapidement un changement tendant vers la culture de l'amélioration continue dans d'autres organisations que Toyota » (Landry et Beaulieu, 2016: 253)
- **Matrice de cohérence (ou matrice en X)** : matrice permettant d'établir et de visualiser les liens entre les différents niveaux hiérarchiques de l'organisation afin d'assurer le bon déploiement de la stratégie, chaque objectif est attribué à un ou des acteurs stratégiques de l'organisation.
- ***Obeya*** : terme japonais pour la salle de pilotage stratégique signifiant « grande pièce »
- **PDCA** : acronymes de *Plan-Do-Check-Act* pour planifier, agir, évaluer et améliorer, le PDCA est une démarche scientifique de résolution de problèmes consistant à « planifier une expérience reliée à un problème déterminer, à faire l'expérience, à en évaluer les résultats et les apprentissages puis, s'il y a lieu, à ancrer les résultats dans des standards de travail avant d'entreprendre un nouveau cycle d'expérience » (Landry et Beaulieu, 2016: 254).
- **Vrai Nord** : « notion qui fait référence à l'*aru beki sugata*, soit à « la façon idéale dont les choses devraient être faites » » (Landry et Beaulieu, 2016: 255)

Remerciements

L'écriture de ce mémoire fut toute une aventure pour moi. Mes proches et ceux m'ayant côtoyée en ont été témoins. Sans plusieurs d'entre vous, je n'aurais pas été aussi loin. Ces remerciements témoignent de ma reconnaissance envers ceux qui m'ont tenu la main tout au long de ce parcours parfois rocailleux.

D'abord, mes codirecteurs, Ann Langley et Sylvain Landry, m'ont non seulement fait confiance mais m'ont permis de m'épanouir académiquement et personnellement. Vous avez partagé avec moi votre savoir inégalable et m'avez transmis vos réflexions avec humilité et respect. Vous avez été présents du début à la fin, et Dieu sait que votre horaire était chargé. Vous avez respecté mon rythme, mais m'avez aussi aidée à garder le pas quand les temps étaient plus difficiles. Je l'ai dit et je le redis, avoir travaillé avec vous fut une expérience des plus enrichissante : vos deux regards différents mais complémentaires ont teinté ma réflexion du début à la fin, ce qui a fait de cette étude une aventure riche en apprentissages.

Sylvain, sans vous ce mémoire n'existerait pas. Vous m'avez proposé sur un plateau d'argent ce projet de recherche avec confiance et motivation. Vous m'avez introduite dans un monde fascinant et j'ai pu y rencontrer des gens dévoués à faire de nos centres de soins des organisations meilleures. Merci de m'avoir fait confiance, de m'avoir écoutée et de m'avoir guidée avec respect et entrain. Votre regard et votre expertise sur le monde de la salle de pilotage stratégique mais surtout sur les établissements de santé sont une grande source d'inspiration pour moi, et je ne peux qu'être reconnaissante d'avoir travaillé avec vous sur ce projet.

Ann, avant même de faire d'HEC Montréal mon terrain d'études, je savais que je voulais travailler avec vous. Votre regard sur notre système de santé et de services sociaux me rejoint et je voulais en apprendre davantage à vos côtés. Vous avez accepté d'embarquer dans cette aventure avec Sylvain et moi, et j'en suis des plus reconnaissante. Vous avez su me guider lorsque le chemin était embrumé, et ce avec respect et ouverture. Vous avez su adapter vos recommandations à mon style, parfois décousu et éclectique. Votre contribution dans ma réflexion était toujours

pertinente et adaptée, et je vous en remercie. Travailler avec vous fut un honneur des plus agréables.

Ce mémoire n'aurait pas eu lieu sans l'accord et la contribution des personnes avec qui j'ai eu la chance de collaborer au CISSS-A et au CISSS-B. Votre ouverture, votre patience et votre aide furent des leviers tout au long de ce parcours. Merci de m'avoir accueilli les bras ouverts dans votre organisation et de vous être confié à moi. J'espère que ce mémoire est à la hauteur des comités de directions mais aussi des travailleurs de la santé qui se dévouent chaque jour pour la population québécoise.

Je me dois aussi de remercier Sam MacPherson qui, le temps de son séjour à Montréal en octobre 2017, m'a partagé son savoir sur la salle de pilotage. You helped me better understand the true culture and meaning of the *Obeya*. Thank you!

Durant mon parcours universitaire plutôt éclectique, ma famille fut présente et m'a soutenue sans relâche. D'abord mes parents, sans votre appui, votre écoute, votre aide et vos encouragements, je ne serais pas où j'en suis aujourd'hui. Vous avez embarqué avec moi dans tous mes projets, vous m'avez appuyée dans tous les programmes que j'ai entrepris, vous étiez à mes côtés tout au long de ce chemin. Vous avez toujours cru en moi, que ce soit dans mon parcours pour entrer en médecine jusqu'à mes études en gestion. Merci à vous deux d'avoir élevé une famille où le respect des différences nous unit. Je ne pourrais remercier ma famille sans remercier ma sœur Julie et son conjoint François avec qui j'ai cohabité tout au long de mon parcours scolaire. Votre soutien constant et votre grande empathie ont contribué à ma réussite. Merci!

Finalement, la réussite de ce mémoire ne saurait être aussi joyeuse sans mon copain, Daniel, qui n'a jamais manqué une occasion de m'encourager, de me rappeler le chemin que j'avais fait et de me soutenir dans les moments où l'énergie n'était plus au rendez-vous. Tu m'as tenu la main du début à la fin et n'a jamais douté de ma capacité à accomplir ce grand projet. Merci du fond du cœur d'être à mes côtés, tous les jours, et d'accueillir mes hauts et mes bas avec empathie et respect.

Merci à toutes ces personnes extraordinaires, je partage ma joie avec vous!

Chapitre 1 Introduction

1.1 Mise en contexte

Le système de santé et de services sociaux québécois fait depuis longtemps l'objet de transformations majeures (Levine, 2015). Depuis moins de 30 ans, les nombreux projets ont mis au défi les intervenants : création des GMF; création du dossier patient informatisé; centralisation des établissements en CSSSS; centralisation en CISSS et en CIUSSS; etc.³ En plus de ces transformations structurelles et fonctionnelles, le système de santé et de services sociaux fait depuis longtemps la une des médias pour diverses raisons : privatisation des soins; déficit zéro des établissements et compressions budgétaires; partenariats public-privé; amélioration de la performance; etc (Lamontagne, 2015; Levine, 2015). Les nouvelles lois et politiques relatives à la santé et aux services sociaux s'inscrivent dans les volontés des partis politiques alternant d'un mandat à l'autre. Ainsi, notre système de santé est souvent modifié au gré des orientations politiques du moment (Levine, 2015).

Malgré ces nombreux changements, la mission des établissements de santé et de services sociaux reste la même : prodiguer des soins de qualité et accessibles à la population. Les travailleurs de la santé, professionnels cliniques ou administratifs, tentent de desservir le territoire qui leur est alloué au meilleur de leurs capacités, connaissances et compétences. Ainsi, les décideurs mettent à leur disposition des outils de toutes sortes les aidant à remplir leur mission. Au niveau de la gestion stratégique du réseau, le présent ministère a choisi de faire de l'amélioration de la performance son cheval de bataille⁴. C'est dans cette vision que s'inscrit l'implantation de la salle de pilotage stratégique dans les établissements de santé et de services sociaux du Québec.

³ <https://ccpsc.qc.ca/fr/node/1814>

⁴ <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/mesure-et-analyse-de-la-performance/>

Glouberman et Mintzberg (2001b) mettent de l'avant la réalité des systèmes de santé à travers le monde : ces derniers sont parmi les systèmes les plus complexes de la société contemporaine, les hôpitaux étant considérés comme des organisations d'une complexité inégalable, ce qui les rend aussi difficiles à gérer. Afin de gérer ces organisations pluralistes, les dirigeants se munissent donc d'outils de toutes sortes : outils de mesure de la performance; outils de contrôle; outils de pilotage; etc. Ces outils aux noms parfois considérés comme synonymes devraient aider les directions à atteindre leurs objectifs, à réaliser leur mission, à atteindre leur vision et ce en congruence avec les valeurs organisationnelles.

Le MSSS a choisi en 2015 la salle de pilotage stratégique comme outil de gouvernance pour les comités de direction des établissements de santé et de services sociaux du Québec devenus plus grands et plus complexes depuis l'adoption de la loi 10. La salle de pilotage est un outil issu du *Lean Management*. Ses quatre dimensions suivent la démarche de résolution de problèmes PDCA et sont affichées sur les murs d'une grande pièce, d'où son nom. Au niveau stratégique, cet outil structure la gestion de la performance en facilitant la collaboration et la canalisation des énergies vers l'atteinte des buts stratégiques (Lagacé et Landry, 2016). Malgré qu'il soit utilisé par bon nombre d'organisations de santé, cet outil n'a pas fait l'objet d'étude systématique à ce jour. De plus, l'étude de son fonctionnement par les comités de direction responsables d'entités aussi complexes que les CISSS et CIUSSS québécois n'a pas encore fait l'objet d'étude académique. Ce manque dans la littérature a donc attiré notre curiosité et nous avons choisi de faire de la salle de pilotage stratégique dans les établissements de santé et de services sociaux notre sujet d'analyse. Puisque les outils de pilotage sont fréquemment utilisés pour contrôler les activités des organisations dans lesquelles ils sont implantés, nous avons choisi d'adopter cet angle d'analyse particulier, absent de la littérature et des écrits qui ont traité à l'étude de la salle de pilotage stratégique.

Il devient donc intéressant d'étudier cet outil de gestion singulier pour favoriser une meilleure compréhension de sa portée comme système de contrôle, et ce dans un

environnement aussi complexe que les organisations de santé et de services sociaux. Les constats de ce mémoire cernent ainsi des enjeux importants qui pourront être approfondis dans le futur. De plus, la compréhension de la salle de pilotage stratégique comme système de contrôle ajoute des informations pertinentes à la littérature sur les outils de contrôle dans le milieu de la santé. Finalement, les recommandations concrètes résultant de cette étude de cas pourront servir de leviers d'amélioration pour les organisations étudiées, mais aussi pour celles qui souhaitent implanter et utiliser la salle de pilotage stratégique dans leur propre organisation.

1.2 Question de recherche

Afin de contribuer à la compréhension quant au fonctionnement et à l'utilisation de la salle de pilotage stratégique par les établissements de santé et de services sociaux, nous avons choisi de guider notre analyse par la question suivante :

Comment la salle de pilotage stratégique est-elle utilisée à des fins de contrôle dans les établissements de santé et de services sociaux québécois ?

Cette question teinte chacune des sections de ce mémoire et se veut la base de l'analyse des données obtenues à l'aide de la méthodologie choisie.

Nous avons aussi identifié trois autres sous-questions qui guideront l'analyse des données :

- Comment la structure de la salle de pilotage stratégique influence son utilisation comme système de contrôle ?
- Comment les caractéristiques de l'animation influencent l'utilisation de la salle de pilotage comme système de contrôle ?
- Comment les différents acteurs stratégiques qui utilisent la salle de pilotage influencent son utilisation comme système de contrôle stratégique ?

Ces questions encadrent l'analyse des données afin de pouvoir répondre à la question de recherche principale.

1.3 Méthodologie de recherche

Afin de répondre à la question de recherche, nous avons choisi de conduire une étude de cas multiples utilisant trois méthodes de collecte de données dans deux organisations. Cette étude de cas s'est étendue sur un an afin d'analyser le phénomène en profondeur. Nous avons aussi choisi l'entrevue semi-directive, l'observation non participante ainsi que l'analyse documentaire afin de collecter suffisamment de données à analyser sur l'utilisation de la salle de pilotage stratégique par les comités de direction de deux établissements de santé et de services sociaux québécois. Les comités de direction des deux établissements choisis utilisant régulièrement la salle de pilotage stratégique comme outil de gestion stratégique, nous avons alors décidé de collaborer avec ces derniers afin de comprendre comment ils utilisent la salle de pilotage stratégique à des fins de contrôle.

1.4 Structure du mémoire

Le présent mémoire se divise en neuf chapitres répartis dans deux sections. La première section présente les bases de l'étude de cas et inclut les chapitres 1 à 4. La seconde section traite de l'étude de cas et inclut les chapitres 5 à 9.

Le présent chapitre introduit le mémoire dans son ensemble. Le second chapitre – la revue de la littérature – se penchera sur les écrits concernant le contrôle stratégique, la performance et sa mesure, les outils de contrôles dans les établissements de santé, la salle de pilotage ainsi que le système de santé et de services sociaux québécois. Cette revue de littérature permet d'apprécier la complexité du sujet de recherche pour ensuite cibler la problématique émergente d'un manque de connaissances sur le phénomène étudié, soit la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle dans les établissements de santé.

Le troisième chapitre – le cadre d'analyse – illustre et définit le modèle adopté comme base pour créer le cadre d'analyse utilisé pour le phénomène étudié. Nous avons choisi de baser notre cadre d'analyse sur le modèle des leviers de contrôle de

Robert Simons (1995), l'un des modèles les plus notoires dans le domaine du contrôle de gestion. Nous avons donc intégré les dimensions de ce modèle important à notre cadre d'analyse officiel.

Le quatrième chapitre aborde la méthodologie choisie afin de répondre à la question de recherche – comment la salle de pilotage stratégique est-elle utilisée à des fins de contrôle dans les établissements de santé et de services sociaux québécois. Nous y justifions et y détaillons le choix des méthodes de collecte de données choisies. Nous y présentons aussi les deux établissements de santé et de services sociaux étudiés dans le cadre de cette étude de cas ainsi que le contexte dans lequel la salle de pilotage stratégique fut implantée dans les établissements de santé québécois.

Le cinquième chapitre traite de la structure de la salle de pilotage stratégique et fait le lien avec les leviers de contrôle. Le chapitre six porte sur l'animation des quatre dimensions de la salle de pilotage stratégique pour ensuite les lier aux leviers de contrôle. Enfin, le chapitre sept analyse les rôles et l'implication des acteurs stratégiques pour ensuite les lier aux leviers de contrôle. Ces trois derniers chapitres sont importants et permettent de comprendre comment les membres des comités de direction des deux établissements de santé et de services sociaux étudiés utilisent la salle de pilotage stratégique afin de contrôler les activités de leur établissement respectif.

Le huitième chapitre aborde la discussion et présente les cinq grands constats qui découlent de l'analyse des données du chapitre précédent.

Finalement, le chapitre neuf conclut le présent mémoire en discutant des recommandations pour les établissements étudiés, des limites de la recherche ainsi que des idées d'analyses pour des recherches futures.

Partie I – Présentation de l'étude de cas

Chapitre 2 Revue de la littérature

Dans cette revue de littérature, nous aborderons plusieurs concepts nécessaires à la compréhension de l'objet d'étude du mémoire : les liens unissant l'utilisation de la salle de pilotage stratégique dans les organisations de santé et de services sociaux au contrôle stratégique. Afin d'avoir tous les outils en main pour analyser les données provenant des terrains d'étude, quatre grands thèmes théoriques seront ici abordés. Nous commencerons par la théorie sur le contrôle afin de déterminer la typologie s'appliquant à cette étude. Par la suite, nous analyserons le concept de mesure de la performance ainsi que les modèles de performance à la base des systèmes de contrôle. Nous terminerons cette revue de littérature par l'analyse des écrits sur la salle de pilotage, l'objet d'étude de ce mémoire.

2.1 Le contrôle dans les organisations

Ce mémoire tente de comprendre comment la salle de pilotage stratégique est utilisée à des fins de contrôle. Nous nous détachons de la vision du contrôle de gestion pour adopter une définition du contrôle qui s'inscrit dans une approche managériale plutôt que comptable. Selon cette optique, il est nécessaire de définir ce qu'est le contrôle afin de comprendre comment il sera abordé dans cette étude. La prochaine section tentera alors d'analyser le contrôle dans les organisations. Nous commencerons par la clarification de la définition du contrôle pour ensuite faire un bref détour par l'analyse de la performance organisationnelle et de sa mesure, une dimension importante du contrôle organisationnel, avant d'aborder deux systèmes de contrôle utilisés dans le domaine de la santé : le modèle ÉGIPSS et le tableau de bord prospectif.

2.1.1 La définition du contrôle organisationnel

Depuis des décennies, le contrôle dans les organisations est au cœur de multiples recherches qui tentent de le définir et de comprendre comment il est mis en œuvre par les gestionnaires dans les organisations. Plusieurs définitions du contrôle sont présentées dans la littérature, certaines mettant l'accent sur le contrôle des données financières, d'autres sur les activités. Pour Woodward (1970), le contrôle se limite à la mesure des résultats des activités, l'analyse de l'information de suivi et, si nécessaire, la prise d'actions correctives. Le contrôle peut être considéré comme l'assurance que les activités génèrent les résultats préalablement identifiés par des cibles (Woodward, 1970) et les comportements des personnes dans l'organisation (Merchant, 1985). Il peut donc être considéré comme un moyen d'assurer la mise en œuvre de la stratégie de l'organisation, sans pour autant adhérer à une planification telle quelle (Anthony, 1988). Govindarajan et Anthony (1998) notent que le contrôle peut aussi être le processus par lequel les dirigeants influencent les autres membres de l'organisation afin de mettre en œuvre les stratégies organisationnelles. La gestion du contrôle peut de plus être définie comme « le processus selon lequel les gestionnaires assurent l'obtention et l'utilisation effective et efficiente des ressources afin d'atteindre les objectifs organisationnels » (traduction libre, Anthony, 1965; dans Anthony et Herzlinger, 1975: 15). Cette dernière définition est celle qui sera retenue pour expliquer le contrôle organisationnel dans ce mémoire. Nous avons choisi cette définition pour sa cohérence avec l'objet d'étude : la salle de pilotage stratégique dans les établissements de santé et de services sociaux. En effet, puisque le contexte de l'étude est le domaine de la santé et des services sociaux, les processus d'utilisation efficiente et efficace des ressources sont des éléments importants. De plus, puisque la salle de pilotage est à priori un outil de mesure stratégique, l'atteinte des objectifs organisationnels semble la raison d'être de son utilisation.

Simons (1995: 3) note l'évolution du concept de contrôle et de gestion du contrôle en définissant d'abord la vision traditionnelle datant de 1960 comme « command-and-control ». Cette vision traditionnelle du contrôle se définit par une stratégie « Top-Down », une standardisation et l'efficience des processus, l'atteinte de résultats tels

que planifiés, l'impossibilité de déroger au plan ainsi que des efforts soutenus pour garder les activités alignées aux cibles prédéfinies (*keeping things on track*) (Simons, 1995: 3). L'auteur argumente que ces techniques de contrôle ne sont plus adaptées aux environnements compétitifs actuels où l'initiative et la créativité des employés sont des facteurs critiques du succès des organisations (Simons, 1995: 3). La gestion du contrôle doit maintenant prendre en compte les éléments suivants : une stratégie orientée vers le marché et le client; la personnalisation des activités et des produits; une innovation continue; l'autonomisation et l'habilitation (*empowerment*) des parties prenantes.

Selon Simons (1995), les dirigeants peuvent utiliser quatre leviers de contrôle pour assurer la réalisation de la stratégie de l'organisation : un système de valeurs; un système de contraintes; un système de contrôle diagnostique; un système de contrôle interactif. Ces quatre leviers permettent d'implanter la stratégie selon des logiques opposées, mais complémentaires. Cette théorie reconnue constitue la base du cadre d'analyse de ce mémoire. Ainsi, nous en discuterons plus longuement au chapitre 3. Il sera donc intéressant de regarder quels types de contrôle sont favorisés et sont mis en œuvre par l'utilisation de l'outil de contrôle stratégique étudié – la salle de pilotage stratégique (détaillée à la section 2.2).

Avant d'aborder les systèmes de contrôle dans les organisations et plus particulièrement dans les organisations de santé et de services sociaux, il nous paraît nécessaire de faire un détour par le concept de performance organisationnelle. Ce dernier est une dimension importante du contrôle et influence sa définition et sa mesure.

2.1.2 La performance des organisations : définitions et modèles

La performance organisationnelle est un concept qui découle des théories des organisations. Ces dernières visent à développer de meilleures connaissances sur le fonctionnement et la performance des organisations (Cameron et Whetten, 1983; March et Sutton, 1997; Rouleau, 2007; Sicotte, Champagne et Contandriopoulos,

1999). Le nombre élevé de théories des organisations fait en sorte que le concept de performance peut être analysé sous autant d'angles (Gareth Morgan, 1989) le rendant ainsi difficile à définir (Sicotte, Champagne et Contandriopoulos, 1999). Même si l'on parle aujourd'hui de performance organisationnelle, englobant plusieurs types de performances au sein de la définition, il n'en a pas toujours été ainsi.

2.1.2.1 Les définitions du concept de performance

Le concept de performance a évolué depuis son apparition au sein des théories des organisations au XXe siècle (Rouleau, 2007). Avant les années 1980, l'approche classique dominait afin d'expliquer la performance des organisations. Cette approche priorise les résultats financiers et s'inscrit dans une vision de la performance basée sur les chiffres historiques et les actions correctives à court terme (Kennerley et Neely, 2002). La performance était alors grandement décrite en termes d'efficacité en fonction des intérêts des actionnaires, ainsi qu'en termes d'efficience économique. L'objectif premier des organisations et des individus en leur sein était alors perçu comme uniquement la maximisation des profits et l'atteinte des résultats.

Selon Séguin *et al.* (2008), la performance a souvent été abordée sous l'angle double de l'efficacité et de l'efficience. L'efficacité est le fait de faire les bonnes choses, ce qui a longtemps été considéré comme satisfaire les attentes des actionnaires. Cependant, les auteurs argumentent que les dirigeants n'ont aujourd'hui plus le choix de prendre en compte les autres parties prenantes en plus des résultats financiers et sociaux dans leur quête d'efficacité. Cela influence les dirigeants à évaluer les impacts des stratégies adoptées par leur organisation.

L'efficience et l'efficacité en termes de critères financiers sont toutefois des concepts nécessaires, mais insuffisants pour expliquer la performance des organisations modernes qui doivent être capable de se transformer pour faire face aux changements de leur environnement (Chakravarthy, 1986 dans; Séguin *et al.*, 2008). Selon Champagne, Picot-Touché et Nguyen (2005), la performance est un concept englobant plusieurs dimensions au-delà de la dyade efficience et efficacité. Ces

auteurs argumentent que la performance englobe aussi le rendement, la productivité ainsi que la qualité des activités organisationnelles. Ces concepts ont cependant souvent été utilisés comme synonymes dans la littérature (Morin *et al.*, 1996). La performance peut aussi englober des concepts comme l'économie, la réussite, la santé, l'excellence et le succès (Morin *et al.*, 1996). Pour Contandriopoulos *et al.* (2017), « la performance d'un système organisé d'actions est un construit multidimensionnel ». Selon cette définition, le concept de performance ne peut être réduit qu'à une ou quelques dimensions. De plus, les auteurs avancent que la performance des organisations est relative à la performance de leurs différentes composantes ainsi qu'à celle de leur réseau. Elle doit ainsi prendre en compte la place et la contribution de l'organisation dans son réseau. La performance et son amélioration représentent des cibles en mouvement et il est nécessaire de considérer la performance comme quelque chose qui doit être améliorée, dans le temps, et selon des ajustements incrémentaux (Lyons, 2009). Les organisations deviennent ainsi performantes si en plus de leurs bons résultats financiers, elles sont capables de se transformer pour faire face aux changements provenant de leur environnement (Séguin *et al.*, 2008).

Selon Contandriopoulos (2008), le concept de performance organisationnelle peut être synthétisé en trois dimensions. Il avance que ce concept est multidimensionnel, contingent et paradoxal. Multidimensionnel, car pour être représentatif et valide, il ne peut être défini que selon une seule dimension organisationnelle (p.ex. la dimension financière d'une entreprise). Contingent, car le choix de l'approche ou du modèle de performance pour étudier ou évaluer une organisation dépend grandement de son contexte d'application et varie selon la finalité de l'organisation (Contandriopoulos, 2008; Sicotte, Champagne et Contandriopoulos, 1999). Paradoxal, car la performance est définie en fonction des intérêts divergents et parfois contradictoires des parties prenantes (Contandriopoulos, 2008), et les prévisions des résultats futurs sont basées sur les résultats et données passés ou présents (Botton, Jobin et Haithem, 2012). Ces trois aspects de la performance font en sorte que sa définition est très hétérogène et varie selon son objet et son contexte d'application.

Morin *et al.* (1996) avancent que la performance est un construit qui se définit selon les valeurs, la formation, le statut et l'expérience de ceux qui l'évaluent, et les indicateurs qui la mesurent peuvent varier selon le dirigeant qui prend les décisions, ses objectifs, son temps, sa sensibilité au risque ainsi que sa situation dans et hors de l'organisation qu'il dirige. Ainsi, l'individu qui dirige et oriente la performance d'une organisation joue un grand rôle dans la définition de ce concept.

La prochaine sous-section présentera les différents modèles de la performance, pour une meilleure compréhension de ce concept dans ses aspects multidimensionnel et contingent. Ces différents modèles permettront par la suite de comprendre le contrôle organisationnel comme changeant, selon le modèle de performance favorisé par l'organisation.

2.1.2.2 Les modèles dominants de la performance organisationnelle

Quinn et Rohrbaugh (1983) identifient quatre modèles de performance dominants dans la littérature pour expliquer la performance des organisations et adresser ses différentes dimensions: le modèle de l'atteinte des buts; le modèle du système ouvert; le modèle des processus internes; le modèle des relations humaines. Ces différents modèles expliquant la performance organisationnelle ont ensuite été intégrés par Quinn et Rohrbaugh (1983) dans le modèle intégré de la performance.

2.1.2.2.1 Le modèle de l'atteinte des buts rationnels (rational goal model)

Le modèle de l'atteinte des buts rationnels s'inscrit dans la perspective dominante en théorie des organisations - la conceptualisation fonctionnaliste de l'organisation (Sicotte, Champagne et Contandriopoulos, 1999). Cette perspective dépeint l'organisation comme devant prioritairement remplir une ou plusieurs fonctions (Rouleau, 2007). Selon ce modèle, le but de toutes organisations est d'accomplir un ou plusieurs objectifs spécifiques, donc leur performance est mesurée et évaluée en fonction du nombre de buts fixés qu'elles accomplissent (Price, 1972). Ce modèle

visent la planification et l'identification des buts comme moyens pour atteindre la productivité et l'efficacité. L'accent est ainsi mis sur le contrôle et le niveau de compétitivité de l'organisation dans un environnement incertain et changeant (Quinn et Rohrbaugh, 1983).

2.1.2.2.2 Le modèle du système ouvert (open system model)

Ce deuxième modèle fait valoir la relation existante entre l'organisation et son environnement (Quinn et Rohrbaugh, 1983). Selon cette perspective où l'organisation est considérée comme un système ouvert, l'acquisition et le maintien des ressources sont des enjeux organisationnels vitaux (Sicotte, Champagne et Contandriopoulos, 1999). Yuchtman et Seashore (1967) avancent que l'organisation et son environnement sont ainsi interdépendants puisqu'ils s'échangent des ressources rares et importantes dans des conditions compétitives. Selon ce modèle, le succès des organisations reposerait ainsi sur l'acquisition des ressources, la croissance et son adaptation à son environnement. La performance organisationnelle serait donc atteinte lorsque l'organisation est flexible et ouverte par rapport à son environnement (Quinn et Rohrbaugh, 1983), faisant en sorte qu'elle réussisse à se munir des ressources nécessaires à sa croissance (Yuchtman et Seashore, 1967) et à sa survie (Sicotte, Champagne et Contandriopoulos, 1999).

2.1.2.2.3 Le modèle des processus internes (internal process model)

Le modèle des processus internes pour sa part met l'accent sur la stabilité, le contrôle et les processus internes de l'organisation (Quinn et Rohrbaugh, 1983). La mesure de la performance organisationnelle est ici au niveau des processus internes de production (Sicotte, Champagne et Contandriopoulos, 1999), plaçant la gestion de l'information et les communications comme des moyens pour atteindre la stabilité et le contrôle (Quinn et Rohrbaugh, 1983). Selon ce modèle, pour être performante une organisation doit être capable de gérer et structurer ses processus afin qu'ils soient congruents (Nadler et Tushman, 1980).

2.1.2.2.4 *Le modèle des relations humaines (human relations model)*

Ce dernier modèle considère que la performance organisationnelle est atteinte par le développement des ressources humaines et ce, par le maintien de leur cohésion dans l'organisation (Quinn et Rohrbaugh, 1983) et donc l'évitement de tensions internes (Sicotte, Champagne et Contandriopoulos, 1999). Ce modèle met l'accent sur la flexibilité de l'organisation par une structure plus décentralisée, sur l'harmonie interne au sein de l'organisation (Quinn et Rohrbaugh, 1983), sur les activités qui permettent de maintenir la collaboration et sur la satisfaction des besoins et intérêts des différentes parties prenantes (Connolly, Conlon et Deutsch, 1980).

2.1.2.2.5 *Modèle intégré de la performance – approche concurrentielle: la matrice des valeurs concurrentes (Quinn et Rohrbaugh, 1983)*

Les quatre modèles détaillés ci-haut couvrent les critères de performance relatifs aux moyens, aux buts, aux valeurs et aux structures organisationnelles (Minvielle *et al.*, 2008). En se basant sur ces quatre modèles de performance organisationnelle, Quinn et Rohrbaugh (1983) ont développé la matrice des valeurs concurrentes (*Competing Values framework*), un cadre d'analyse comportant trois dimensions de l'efficacité organisationnelle : contrôle-flexibilité; interne-externe; moyens-buts (voir Figure 2.1). La première dimension, sur l'axe des x, représente l'orientation de l'organisation à l'interne et à l'externe. À l'interne cela signifie que l'organisation fait valoir le développement et le bien-être des individus, les activités et les ressources organisationnelles, tandis qu'à l'externe cela représente plutôt qu'elle met l'accent sur le développement et le bien-être de l'organisation, par rapport à l'environnement et son marché. La seconde dimension, sur l'axe des y, représente la structure organisationnelle, l'accent allant de la stabilité à la flexibilité de l'organisation. La stabilité désigne le contrôle tandis que la flexibilité, l'ouverture de l'organisation aux changements. La troisième et dernière dimension, située à l'intérieur des quatre dimensions (quadrants), représente les moyens et les buts de l'organisation, l'accent étant alors au niveau des processus ou des résultats souhaités par l'organisation.

Chaque quadrant montre un des quatre modèles de performance organisationnelle, soit le modèle des relations humaines, le modèle du système ouvert, le modèle des processus internes et le modèle des buts rationnels. Quinn et Rohrbaugh (1983) ont dégagé de leur analyse certaines similitudes et disparités entre les modèles. En ce qui a trait aux similitudes, certains modèles partagent des orientations analogues, par exemple le modèle du système ouvert et le modèle des buts rationnels sont tous deux orientés vers l'externe tandis que le modèle des relations humaines et le modèle des processus internes sont orientés vers l'interne de l'organisation. En ce qui concerne les différences, les auteurs pointent que les quadrants opposés sur la diagonale ont en fait des valeurs concurrentes. Cette approche concurrentielle de la performance organisationnelle met donc de l'avant les tensions contradictoires existant au sein des organisations, les différentes approches étant en opposition. On en conclut qu'il ne peut exister qu'un seul modèle de la performance organisationnelle. Une telle vision conduit à concevoir la performance et ses critères de manière concurrentielle, à l'opposé d'une conception où ils seraient plutôt compatibles ou congruents (Sicotte, Champagne et Contandriopoulos, 1999).

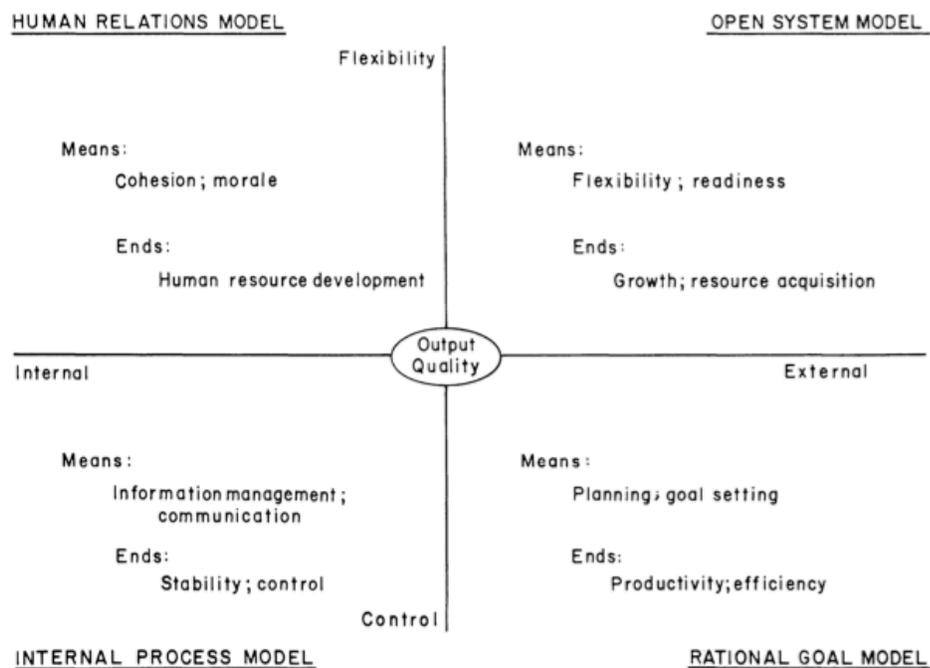


Figure 2.1: matrice des valeurs concurrentes de Quinn et Rohrbaugh (1983)

2.1.3 La mesure de la performance organisationnelle

La littérature sur la performance organisationnelle permet de comprendre la complexité de ce concept largement utilisé par les individus dans les organisations, mais aussi par les théoriciens et académiciens. Afin de mesurer la performance et son évolution, les organisations se dotent d'outils de pilotage les aidant à naviguer dans la mer de critères à atteindre selon le modèle adopté par la direction. La prochaine section tentera de définir ce qu'est un outil de performance ainsi que son utilité dans le contexte organisationnel.

2.1.3.1 Les fondements de la mesure de la performance organisationnelle

Mesurer la performance est nécessaire afin d'aligner les actions des parties prenantes de l'organisation avec les objectifs et la stratégie organisationnelle (Atkinson, Waterhouse et Wells, 1997; Lynch et Cross, 1991). « Ce qui est mesuré est complété » (*what gets measured gets done*) et « on obtient ce qu'on mesure » (*you get what you measure*) (Lynch et Cross, 1991 dans; Kennerley et Neely, 2003 : 2013) sont deux énoncés représentant la vision de la performance où la mesure et les systèmes de mesure se situent au cœur du succès de la performance organisationnelle. Toutefois, cette vision de la mesure n'est pas unanime et plusieurs auteurs affirment que certains phénomènes sont difficilement mesurables, mais doivent tout de même être pris en compte dans la gestion de la performance organisationnelle (Mintzberg, 2017). La mesure de la performance permet aux organisations de suivre l'implantation de la planification et d'identifier et corriger les problèmes pouvant compromettre la réalisation de la planification (Atkinson, Waterhouse et Wells, 1997) et donc des objectifs. Ainsi, nous comprenons que la mesure se fait tant au niveau des objectifs planifiés à atteindre qu'au niveau des processus et actions prises dans le but d'atteindre ces objectifs. La mesure permet ainsi de contrôler ce qui se passe dans l'organisation afin d'atteindre les buts souhaités.

Afin de mesurer leur performance, les organisations se munissent d'outils (aussi appelés systèmes) dans lesquels des indicateurs de performance sont identifiés afin de

suivre l'évolution des activités en lien avec l'atteinte des objectifs organisationnels. Pour mesurer la performance de manière adéquate, il est nécessaire d'identifier et de mesurer les indicateurs qui représentent justement l'organisation (Morin *et al.*, 1996).

2.1.3.2 Les outils de mesure de la performance organisationnelle

Les outils de mesure de la performance sont dans la plupart des cas considérés comme des regroupements de mesures de performance non financières, qualitatives et/ou quantitatives, qui aident l'organisation à atteindre ses objectifs à long terme (Bungay et Goold, 1991). Ils sont aussi définis comme un regroupement d'indicateurs de performance servant à quantifier l'efficacité et l'efficacé des actions (Neely, Gregory et Platts, 1995), ou utilisés pour planifier la gestion de l'organisation (Bourne *et al.*, 2003). Les outils de mesure de performance permettent à leurs utilisateurs de connaître l'état d'avancement de l'atteinte des objectifs et de la stratégie, ainsi que d'identifier les processus critiques en mettant en lumière les problèmes selon une logique d'amélioration continue (Grady, 1991). Ainsi, ils permettent à la direction de savoir si l'organisation est performante de manière satisfaisante et en lien avec les objectifs préalablement fixés (Goold et Quinn, 1990).

Selon Morin *et al.* (1996), tous les modèles de mesure de la performance présentent trois niveaux d'abstraction qui sont les dimensions du concept qui est mesuré, les critères qui définissent ces dimensions, ainsi que les indicateurs qui servent à mesurer ou à apprécier les critères. Morin, Savoie et Beaudin (1994) ont établi les liens entre ces trois concepts en identifiant quatre dimensions de la performance organisationnelle définies par des critères et mesurées par des indicateurs. Les quatre dimensions de la performance sont : la pérennité de l'organisation; l'efficacité économique; la valeur des ressources humaines; la légitimité de l'organisation auprès des groupes externes. Selon ces auteurs, les quatre dimensions doivent alors être définies par des critères déterminés en fonction des caractéristiques organisationnelles observables et spécifiques. Ces quatre dimensions de la performance peuvent être mises en parallèle avec la matrice de Quinn et Rohrbaugh (1983). La dimension de la pérennité de l'organisation s'inscrit dans la vision de l'organisation comme devant se

valoriser ses processus internes, l'efficacité économique s'inscrit dans la conception de l'organisation comme devant atteindre des buts rationnels, la dimension des valeurs des ressources humaines s'inscrit dans la conception du même nom, et la dernière dimension sur la légitimité des groupes externes s'inscrit dans la vision de l'organisation comme un système ouvert.

Selon Morin *et al.* (1996), afin de mesurer l'évolution de sa performance l'organisation peut se munir de critères qui sont facilement mesurables, dont les coûts de mesure sont faibles et leur nombre doit être suffisant afin de mesurer justement sa performance. Ces critères peuvent être mesurés à l'aide d'indicateurs de performance, définis par « un ensemble d'opérations portant sur des données concrètes, tangibles ou intangibles, qui produit une information pertinente sur un critère » (Morin *et al.*, 1996: 10). Selon ces auteurs, un critère ne peut être objectif, il faut donc utiliser plusieurs critères et méthodes de mesures afin de rendre compte le plus justement possible du phénomène mesuré. Les indicateurs sont des outils puissants pouvant contribuer au développement de l'avantage compétitif des organisations (Lynch et Cross, 1995: 89). Ils contribuent à appuyer les objectifs stratégiques et à mesurer leur degré d'implantation dans l'organisation (Bourne *et al.*, 2000). Leur choix et leur utilisation par les organisations peuvent varier selon l'individu qui prend les décisions, ses propres objectifs, son temps, sa sensibilité au risque ainsi que sa propre situation dans ou hors de l'organisation (Morin *et al.*, 1996).

Nous comprenons ainsi que la définition de la performance adoptée par les organisations peut influencer la construction des outils qui la mesure. Cette mesure de la performance organisationnelle favorisera ou non le contrôle des activités de l'organisation. Siska (2015) affirme que dans la littérature, la mesure de la performance est parfois envisagée comme synonyme du terme « système de contrôle ». Toutefois, l'auteur, en comparant différentes définitions des systèmes de contrôle, conclut que ces derniers « sont perçus par leurs utilisateurs comme des ensembles de mesures de contrôle que les gestionnaires peuvent utiliser afin de diriger l'organisation vers les buts prédéfinis » (traduction libre, Siska, 2015: 141).

Ces systèmes de contrôle sont ainsi plus complexes que les systèmes de mesures seulement financiers ou comptables par exemple, et servent à influencer les activités de différentes manières, notamment par le contrôle des comportements individuels et de groupes (Chenhall, 2003). Anthony et Govindarajan (2007) ont identifié quatre éléments indispensables aux systèmes de contrôle. Le premier est un détecteur (*detector*), servant à mesurer ce qui se produit dans le processus qui est contrôlé. Le second est un évaluateur (*assessor*), servant à déterminer la portée du phénomène en le comparant avec une valeur standard ou attendue. Le troisième est un transducteur (*effector*) servant à altérer le comportement ou la situation identifiés par l'évaluateur. Le dernier est un réseau de communication, servant à transmettre l'information entre le détecteur et l'évaluateur, ainsi qu'entre l'évaluateur et le transducteur. Ensemble, ces éléments des systèmes de contrôle servent à détecter, suivre et modifier l'information au besoin, tels un système thermostat ou le processus biologique de régulation de la température corporelle. Cependant, pour ces auteurs les systèmes de contrôle servent essentiellement à aider les gestionnaires à atteindre les cibles stratégiques, et donc à réaliser la stratégie de l'organisation (Anthony et Govindarajan, 2007).

La prochaine sous-section analysera la littérature sur les systèmes de contrôle étudiés dans le contexte du milieu de la santé, plus particulièrement sur le modèle ÉGIPSS et sur le tableau de bord prospectif.

2.1.4 Les systèmes / outils de contrôle dans les établissements de santé

La mesure de la performance est au cœur des systèmes de contrôle et est un vecteur de l'apprentissage organisationnel (Atkinson, Waterhouse et Wells, 1997). Ainsi, les organisations de santé peuvent s'appuyer sur les mesures en lien avec leur performance pour assurer le contrôle de leurs activités. La performance des établissements de santé et de services sociaux peut difficilement être réduite à l'atteinte des cibles financières ou au taux de roulement des patients à l'urgence. Ce type d'organisations étant complexe, sa performance et son contrôle le sont tout autant et le choix d'une approche devrait prendre en considération les particularités

d'un environnement pluraliste. Afin d'évaluer leur performance et d'assurer le pilotage de leurs activités, les organisations de santé peuvent s'appuyer sur un ou plusieurs modèles contingents qu'ils jugent adaptés à leur réalité, ou favoriser un modèle intégrateur (Sicotte, Champagne et Contandriopoulos, 1999). Une approche contingente peut toutefois réduire la complexité des organisations de santé à une vision simpliste des enjeux (Miller, 1990) ou à quelques enjeux privilégiés par une partie des acteurs (Sicotte, Champagne et Contandriopoulos, 1999). Les modèles présentés dans cette section tentent d'englober la complexité des organisations de santé afin de refléter le plus justement leur réalité. Nous avons choisi de présenter le modèle ÉGIPSS ainsi que le tableau de bord prospectif lorsqu'utilisé dans le contexte des organisations de santé.

2.1.4.1 Le modèle ÉGIPSS

Le modèle ÉGIPSS, pour évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé (Figure 2.2), se veut un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de santé et se base sur le modèle intégrateur de Sicotte, Champagne et Contandriopoulos (1999). Ces auteurs ont proposé un modèle intégrateur des différents modèles sur la performance organisationnelle, ces derniers étant intégrés dans la matrice des valeurs concurrentes de Goold et Quinn (1990), en se basant sur la théorie de l'action sociale de Talcott Parsons. Cette théorie fonctionnaliste considère les organisations comme des systèmes sociaux et stipule que pour survivre et être performante, toute organisation doit remplir et maintenir quatre grandes fonctions : atteindre ses buts; s'adapter et acquérir des ressources par les interactions avec son environnement; produire en intégrant ses processus internes; maintenir ses valeurs et un climat organisationnel qui facilite ou contraint les trois fonctions précédentes. L'interaction et la réciprocité entre ces fonctions sont illustrées par les six flèches doubles : les équilibres (Figure 2.2).

La première fonction, l'atteinte des buts, représente la capacité organisationnelle de mise en œuvre de la mission. Dans les organisations de santé, cette fonction est représentée en mesurant la valeur ajoutée des interventions auprès des patients. La

seconde fonction, l'adaptation, représente la capacité de l'organisation d'acquérir les ressources nécessaires à son fonctionnement, comme les ressources humaines et financières. Dans les organisations de santé, cela représente la capacité de l'organisation à s'adapter aux besoins de sa population, à innover pour mieux la servir, à attirer les talents et à engager la communauté. La troisième fonction, la production, désigne la production des services et interventions individuelles et collectives. En santé, cela représente entre autres le volume de soins prodigués à la population et la collaboration entre les services cliniques et administratifs. La quatrième et dernière fonction, le maintien des valeurs, réfère aux valeurs et normes qui facilitent ou contraignent la réalisation des trois fonctions précédentes en produisant au sein de l'organisation soit du sens, de la cohésion ou de la confusion.

Entre les fonctions se trouvent les alignements, représentant l'équilibre organisationnel (Contandriopoulos *et al.*, 2017). L'équilibre *stratégique* représente l'évaluation de l'adéquation entre les ressources de l'organisation et ses buts, ainsi que la pertinence des buts selon l'environnement et les capacités organisationnelles. L'équilibre *allocatif* représente l'évaluation de l'attribution des ressources ainsi que la compatibilité entre les éléments indispensables liés à la production et les ressources disponibles. L'équilibre *tactique* « permet d'apprécier la capacité des mécanismes de contrôle découlant des choix des buts à gouverner le système de production et aussi la pertinence des buts au regard des impératifs de la production (Contandriopoulos *et al.*, 2017: 36). L'équilibre opérationnel illustre les mécanismes qui génèrent de la valeur et le climat organisationnel qui tous deux mobilisent le système de production, et de l'autre côté les effets des nécessités de la production sur le climat et les valeurs organisationnelles. L'équilibre *légitimatif* illustre l'importance des mécanismes de génération de valeur et du climat organisationnel comme contributeurs à l'atteinte des buts de l'organisation, et permet aussi de comprendre l'implication du choix des buts dans le développement du climat et des valeurs organisationnelles. Finalement, l'équilibre *contextuel* rend compte de l'impact des mécanismes de génération de valeurs ainsi que du climat organisationnel sur la mobilisation du système

d'adaptation, et il permet d'illustrer le rôle crucial des impératifs et des résultats de l'adaptation dans la modification du climat et des valeurs organisationnelles.

Selon ce modèle, l'organisation de santé peut maintenir un équilibre entre les quatre fonctions grâce aux six équilibres organisationnels. La gestion de la performance repose donc sur l'évaluation des fonctions, sur l'analyse de la dynamique (équilibre) qui existe entre-elles, ainsi que sur les relations de tensions qui existent entre ces fonctions, tensions que les auteurs qualifient d'équilibres (Sicotte, Champagne et Contandriopoulos, 1999). C'est donc dire, selon ces auteurs, que la performance d'organisations aussi complexes que celles du domaine de la santé doit être analysée dans sa totalité, voire dans sa complexité. Elle ne peut être réduite qu'à l'analyse des indicateurs de performance. La performance organisationnelle devient ainsi « un construit multidimensionnel qui réfère à un jugement élaboré à travers l'interaction entre les parties prenantes sur les qualités essentielles et spécifiques qui caractérisent la valeur relative de l'organisation » (Sicotte, Champagne et Contandriopoulos, 1999). Ce modèle tente d'englober la complexité de la performance organisationnelle en priorisant une vision où les différentes dimensions de la performance sont complémentaires plutôt qu'antagonistes (Sicotte, Champagne et Contandriopoulos, 1999) et en mettant l'accent sur les processus de gestion indispensables à l'amélioration de la performance organisationnelle (Champagne, Picot-Touché et Nguyen, 2005).

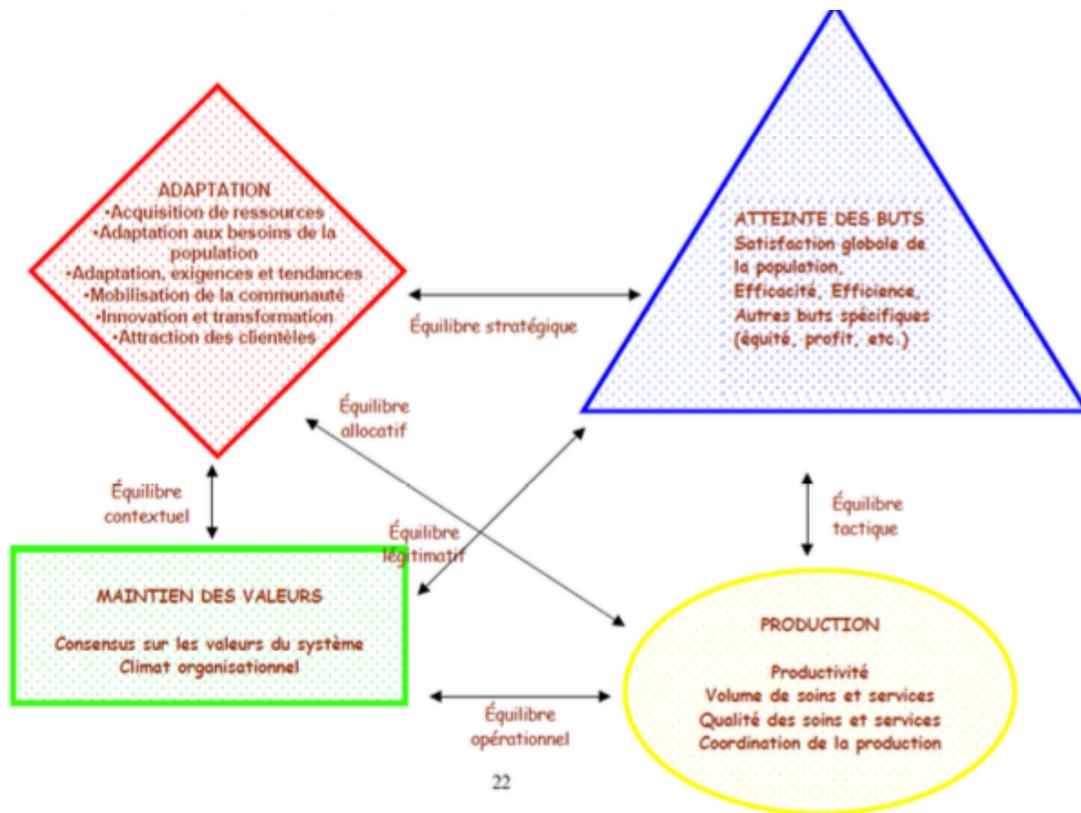


Figure 2.2: Modèle ÉGIPSS (2005)

Le modèle ÉGIPSS fut développé par des chercheurs québécois et témoigne de la complexité de la mesure de la performance dans les établissements de santé et de services sociaux. Cependant, l'outil possiblement le plus reconnu et le plus étudié dans la littérature sur les systèmes de mesure de la performance est le tableau de bord prospectif ou équilibré (*balanced scorecard*) (Botton, Jobin et Haithem, 2012; Kennerley et Neely, 2003; Neely *et al.*, 2000). La prochaine section se penchera sur cet outil des plus notoires dans la littérature sur les outils de mesure de la performance et de contrôle.

2.1.4.2 Le tableau de bord prospectif

Le tableau de bord prospectif fut développé en 1992 par Robert Kaplan et David Norton. Cet outil alors novateur contient des mesures financières traditionnelles, mais inclut aussi des mesures non financières et qualitatives telles la satisfaction des employés, la loyauté des clients et la stratégie organisationnelle (Kaplan et Norton,

2001). En détaillant les mesures des quatre dimensions financières et non financières, le tableau de bord prospectif intègre les différents aspects de la performance organisationnelle au cœur de la stratégie en la liant directement aux mesures et indicateurs de performance (Kaplan et Norton, 1995). Les objectifs stratégiques à long terme sont ainsi liés aux actions et cibles concrètes des quatre dimensions (Kaplan et Norton, 1996). Ces quatre dimensions mesurées sont : l'axe financier ; l'axe client ; l'axe des processus internes ; l'axe de l'innovation et des apprentissages (voir Figure 2.3). Les auteurs soulignent que ces dimensions doivent être ajustées au contexte organisationnel afin de refléter justement la performance des organisations (Kaplan et Norton, 1996).

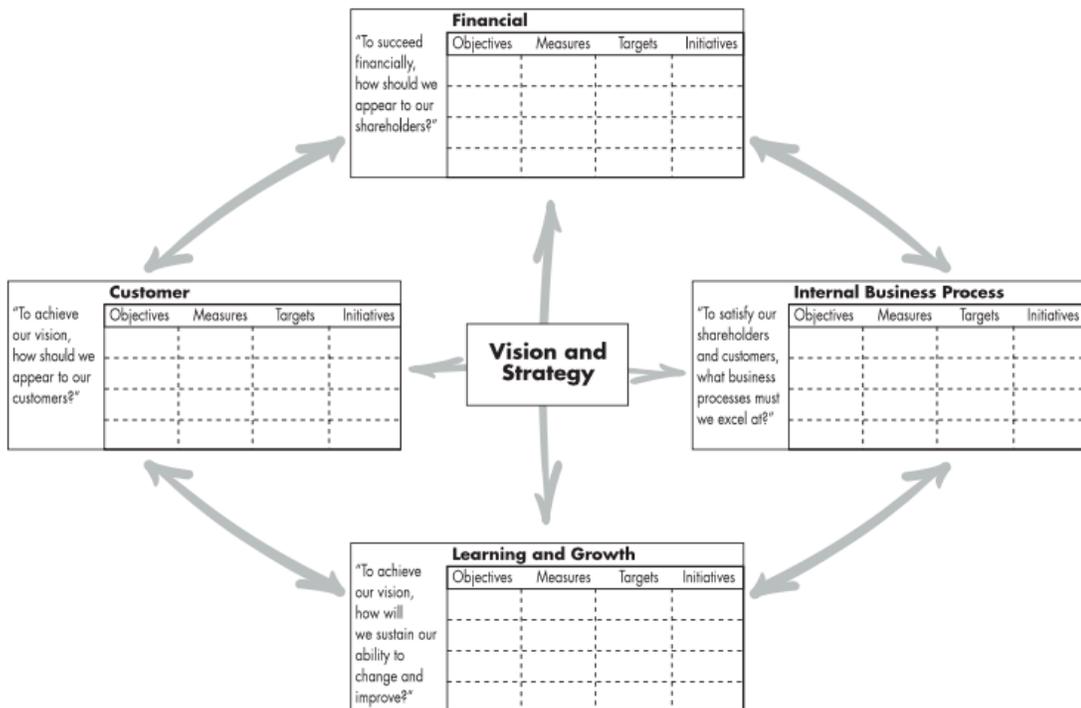


Figure 2.3: Le tableau de bord prospectif de Kaplan et Norton (1996)

Le tableau de bord prospectif diffère de la majorité des autres outils de mesure de la performance sur plusieurs points (Lueg et Vu, 2015). D'abord, il met l'accent sur la gestion stratégique de l'organisation, détaillant les objectifs liés à la stratégie en cibles et mesures appartenant aux quatre dimensions du modèle. Ensuite, c'est un outil compréhensif, c'est-à-dire que son implantation nécessite l'engagement tant de la haute direction que des différentes parties prenantes de l'organisation, et il ne peut

être mis en place conjointement avec d'autres outils de mesure. De plus, il intègre des mesures financières et non financières, ce qui permet de suivre l'implantation de la stratégie sur plusieurs niveaux. Les indicateurs utilisés dans le tableau de bord prospectif sont autant des mesures *a posteriori* (*lagging*) que des mesures *a priori* (*leading*) permettant ainsi un contrôle des activités en lien avec les résultats passés et les cibles à venir (Lueg et Vu, 2015). Finalement, le tableau de bord prospectif est un outil systémique, c'est-à-dire que la performance de chacun des axes influence celle des autres (Grandjean, 2015), ce qui est représenté par les doubles flèches dans la Figure 2.3.

Lors de la conception d'un tableau de bord prospectif, les auteurs conseillent l'utilisation d'une carte stratégique (*strategic map*) afin d'assurer le lien entre les objectifs stratégiques, les actions prises pour les atteindre et leurs mesures (Kaplan et Norton, 2000). Kaplan et Norton argumentent que la relation liant les objectifs aux cibles et à leur mesure devrait être une relation de causalité afin d'assurer la réalisation de la stratégie (Kaplan et Norton, 2000, 2004, 2008). Or, la relation de causalité entre des phénomènes aussi complexes que ceux retrouvés dans la gestion des organisations ne semble pas réaliste. On peut plutôt parler de relations logiques ou de finalité entre les mesures, plutôt que de relations de causalité (Norreklit, 2000). Malgré une absence de causalité entre les mesures, les objectifs et la stratégie, les organisations utilisent encore ce type d'outil afin, entre autres, de renforcer le climat de contrôle (Malina, Nørreklit et Selto, 2007).

La littérature sur le tableau de bord prospectif est riche en connaissances et en apprentissages sur son utilisation par différents types d'organisations. Dans le milieu de la santé et des services sociaux, les quatre axes du tableau de bord prospectif sont adaptés à la finalité du milieu et aux parties prenantes présentes (Grandjean, 2015; Pink *et al.*, 2000). D'abord, l'axe financier comprend les composantes financières et économiques propres à ce type d'organisations, comme les dépenses en médicaments et le respect du budget imposé par l'instance supérieure, soit le ministère au Québec. L'importance de cet axe diffère dans le contexte des organisations de la santé en

raison de leur finalité qui est à l'opposé des organisations à but lucratif. En effet, les caractéristiques financières représentent des contraintes plutôt qu'une finalité dans les organisations de la santé (Nobre, 2002). L'axe client comprend les indicateurs propres aux patients, ces derniers étant les destinataires des politiques publiques de santé et les usagers des services des établissements (Grandjean, 2015). L'axe des processus internes contient les indicateurs caractéristiques de la qualité des activités et services. Finalement, l'axe de l'innovation et de l'apprentissage contient les indicateurs témoignant de l'évaluation des compétences, de la qualité des outils et systèmes d'information ainsi que de la rencontre des différents buts, typiques des organisations pluralistes (Grandjean, 2015). Selon Grandjean (2015), les spécificités du tableau de bord prospectif dans le milieu de la santé permettent, entre autres, la maîtrise des processus au long du parcours, le partage des orientations stratégiques avec les différentes parties prenantes et acteurs, l'établissement de moyens adéquats afin de réaliser les activités et services, l'encouragement et la reconnaissance des initiatives des acteurs (Grandjean, 2015: 45).

À la lumière des informations présentées dans cette section, nous pouvons comprendre que les outils de mesure de la performance et de contrôle varient selon la perception de la performance adoptée par leurs utilisateurs. Dans les établissements de santé et de services sociaux, le contrôle s'inscrit dans la complexité de ce type d'organisation. Ainsi, un outil de gestion comme la salle de pilotage stratégique pourrait être utilisé afin de contrôler les activités variées de ce type d'organisations. La prochaine section se penchera sur les origines de la salle de pilotage stratégique ainsi que sur les particularités de cet outil de gestion au cœur de la présente étude de cas.

2.2 La salle de pilotage

L'objet d'étude qui est au cœur de ce mémoire est la salle de pilotage stratégique. La prochaine section présentera les origines de cet outil particulier utilisé par la direction des établissements de santé et de services sociaux québécois depuis avril 2015, avant d'expliquer ses particularités.

2.2.1 Les origines de la salle de pilotage - le *Lean* management

La salle de pilotage stratégique étant fondée sur le *Lean* management, son fonctionnement ne peut être compris que par l'explication des bases de cette philosophie de gestion.

Même si l'industrie manufacturière américaine utilisait déjà depuis quelques années des méthodes de production s'apparentant à celles définies par le *Lean* (Schonberger, 2007), le terme *Lean* fut nommé pour la première fois par John Krafcik (1988) alors qu'il utilisa ce terme pour nommer et différencier le système de production Toyota (Toyota Production System – TPS) des systèmes de production traditionnels occidentaux (Landry et Beaulieu, 2016; Samuel, Found et Williams, 2015). Le terme *Lean* fut choisi afin de mettre l'accent sur un mode de production où l'utilisation des ressources se fait avec parcimonie (Samuel, Found et Williams, 2015). Deux ans plus tard, Womack *et al.* (1990) publièrent le livre « The Machine that Changed the World » dans lequel ils expliquent les résultats d'une étude de longue haleine démontrant des écarts de performance substantiels entre les producteurs automobiles occidentaux et japonais (Samuel, Found et Williams, 2015). L'intérêt pour le système de production Toyota et le *Lean* s'est alors propagé auprès des chercheurs et des membres de l'industrie, d'abord dans l'industrie manufacturière puis dans les autres domaines d'activités, dont le domaine des services.

Les principes fondamentaux du système de production Toyota, développé durant les années 1950 (Landry et Beaulieu, 2016), sont à la base du *Lean* management. Landry et Beaulieu (2016: 25-26) listent les principes suivants à la base du *Lean* :

l'amélioration continue des processus grâce à une démarche scientifique de résolution de problèmes et la réflexion autocritique; la gestion par processus et la gestion des flux; l'arrêt des activités dès qu'un problème est identifié; la standardisation; la présence des cadres et dirigeants sur le « plancher » et dans les activités; le respect des gens; l'engagement de l'ensemble des employés à résoudre les problèmes. Ces principes façonnent les activités des organisations à travers une philosophie de gestion, identifiée par Jeff Liker comme étant la Toyota Way (Liker, 2012), qui place l'amélioration continue et le respect des individus au centre de ses préoccupations (Grabau, 2012). Selon Spear et Bowen (1999), les connaissances tacites – l'ADN - du système de production Toyota peuvent se résumer en quatre règles de base. La première est la standardisation du travail par un travail hautement spécialisé en termes de contenu, séquençement, temps et résultats. La seconde est représentée par des relations entre les clients et les fournisseurs qui sont claires, précises et dichotomiques (Landry et Rother, 2016). La troisième est une trajectoire simple et directe des produits. La dernière est une démarche d'amélioration continue jusqu'aux plus bas niveaux organisationnels.

Le système de production Toyota est illustré ici-bas dans un schéma représentant une maison et intégrant les différentes composantes de ce système (Figure 2.4).



Figure 2.4: La maison du système de production Toyota (Liker, 2012)

La maison fut choisie pour représenter le système de production Toyota, car un tel symbole représente un système structural où chaque composante est essentielle : le toit, les piliers et la fondation sont essentiels pour que la maison soit solide (Liker, 2012: 32). Le toit représente les cibles de qualité, faibles coûts et rapidité des processus. Les deux piliers externes représentent le flux de production - le juste à temps (*Just in Time* ou JIT) et la dimension de qualité - *jidoka* (voir le glossaire des termes particuliers à la page xix pour les définitions de ces techniques). Au centre des piliers se retrouvent les individus au cœur des organisations et maintenant une culture d'amélioration continue. Au niveau de la fondation, quatre éléments assurent la stabilité du système : le nivellement de la production ou *heijunka* ; des processus standards et stables; la présence de processus de gestion visuelle; la philosophie « Toyota Way », donc se basant sur les fondements du système de production Toyota et sur l'amélioration continue. Graban (2012) note que cette maison *Lean* peut et doit être adaptée à l'organisation qu'elle représente afin d'y inclure ses besoins particuliers.

En comprenant ainsi les origines du *Lean*, plusieurs auteurs ont tenté de le définir concrètement. Les définitions du *Lean* sont multiples et variées (Bhamu et Singh Sangwan, 2014), il n'y a donc pas de définition claire et unique de ce construit ce qui peut altérer son développement et sa compréhension (Bayou et De Korvin, 2008). Le *Lean* peut être perçu comme un ensemble de concepts et d'outils, mais est aussi un système intégrant le développement des individus, une approche de gestion et une philosophie créant une culture organisationnelle engageant les parties prenantes des organisations dans une démarche d'amélioration continue tendant vers un idéal (Grabau, 2012). Selon la vision des deux piliers de Taiichi Ohno, le *Lean* est l'élimination du gaspillage et le respect des gens (Ohno, 1988). Womack *et al.* (1990: 13) pour leur part définissent le *Lean* en termes de résultats. Comparativement aux systèmes de production de masse, le *Lean* permet d'utiliser moins de ressources. Finalement, Landry et Beaulieu (2016) définissent le *Lean* comme « un mode de gestion visant l'amélioration de la performance de l'organisation dans le but de créer

de la valeur pour le client ». Nous retiendrons cette définition comme base pour l'étude de la salle de pilotage stratégique.

2.2.1.1 Le Lean management dans les établissements de santé

Dans son livre « Fixing Healthcare from the Inside, Today », Steven J. Spear décrit le *Lean* comme étant une approche scientifique et rationnelle (Spear, 2005) sur laquelle les employés d'hôpitaux, la plupart ayant des compétences scientifiques hautement spécialisées, peuvent s'appuyer (Graban, 2012). Spear (2005) met de l'avant quatre grandes aptitudes qu'un mode de gestion *Lean* peut favoriser au niveau des processus hospitaliers. La première est la mise en lumière des problèmes dès que ces derniers apparaissent, laquelle est facilitée par un environnement de travail conçu comme une série d'expériences continue. Cette première capacité est facilitée par le travail standardisé, la recherche continue de manières d'améliorer le travail au quotidien ainsi que la gestion visuelle, qui permet d'identifier facilement les problèmes lorsque ces derniers surviennent. La seconde capacité est la gestion rapide des problèmes, ce faisant grâce à une expérimentation rapide où ils sont visibles, évidents et résolus sur le *gemba* par les personnes concernées et leurs équipes. Ces dernières peuvent s'appuyer sur une démarche d'amélioration continue mimant la méthode scientifique selon le cycle planifier, réaliser, mesurer, corriger (*Plan-Do-Check/Adjust-Act* - PDCA – détail au glossaire à la page xix) développé par Edward Deming (1986) et qui favorise une résolution de problème de manière incrémentale. La troisième capacité favorisée par un mode de gestion *Lean* est la propagation des solutions à travers des expérimentations collaboratives. Lorsqu'une unité, une équipe de soin ou un hôpital fait des apprentissages utiles, ils peuvent facilement partager cette information. Les processus étant standardisés, la reproduction de ces apprentissages est d'autant plus facile. La quatrième et dernière capacité identifiée par Spear (2005) est l'engagement et le développement des personnes à tous les niveaux de l'organisation envers l'expérimentation. Cette capacité est représentée par des individus outillés pour travailler en collaboration afin d'identifier les problèmes, trouver et mettre en place des solutions.

2.2.1.2 La stratégie Lean – le hoshin kanri

Le mode de gestion *Lean* a sa propre façon de formuler et mettre en œuvre la stratégie, définie par le *hoshin kanri*. *Hoshin* voulant dire compas, et *kanri* voulant dire gestion, en japonais. Le *hoshin kanri* est le « terme japonais qui désigne le processus rigoureux de planification stratégique et de mise en œuvre de la stratégie organisationnelle qui permet d'encadrer l'ensemble des efforts de façon à ce qu'ils s'alignent sur les priorités de l'entreprise » (Landry et Beaulieu, 2016: 252). Ainsi, il englobe autant la planification de la stratégie que son déploiement dans l'organisation selon une approche de communication autant descendante (*top down*) qu'ascendante (*bottom up*), deux processus définis par la cascade et l'escalade de l'information et qui favorisent l'alignement des priorités organisationnelles à tous les niveaux (Graban, 2012: 181).

La vision de l'organisation est représentée par le Vrai Nord. Le Vrai Nord (traduit de l'anglais *True North*) s'inscrit dans la stratégie et communique la mission, la vision et les valeurs de l'organisation. Il fait référence à « la façon idéale dont les choses devraient être faites », représentée par l'*aru beki sugata* en japonais (Landry et Beaulieu, 2016). On peut aussi y inclure les volets de la performance des établissements à un niveau stratégique, donc présents dans toutes les directions, de la direction générale aux opérations dans les différents départements. En déterminant les éléments du Vrai Nord, on se projette dans un idéal atteignable pour l'organisation. Ainsi, les dirigeants identifient quelques objectifs qui seront descendus en cascade à tous les niveaux de l'organisation. L'outil permettant aux dirigeants de prioriser les objectifs organisationnels est la matrice de cohérence, aussi appelée matrice en X. Cette dernière permet d'établir et de visualiser les liens entre les différents niveaux hiérarchiques de l'organisation afin d'assurer le bon déploiement de la stratégie. Chacun des objectifs est ainsi attribué à un ou des acteurs stratégiques de l'organisation.

Afin d'assurer l'ajustement des objectifs stratégiques selon la réalité vécue par les individus à tous les niveaux de l'organisation, ces derniers collaborent dans un

processus itératif appelé le *catchball* (Landry et Beaulieu, 2016: 252). Ce processus assure la descente aux niveaux hiérarchiques inférieurs et l'ajustement des cibles stratégiques par des aller-retour d'information entre les dirigeants, les gestionnaires et les employés. Cette démarche permet d'engager les individus à tous les niveaux organisationnels envers les cibles à atteindre, mais aussi de faciliter la collaboration par le partage des idées d'amélioration.

La salle de pilotage stratégique fut ainsi créée et doit être utilisée selon les principes du *hoshin kanri*. La prochaine section détaillera les particularités de l'outil de gestion analysé au cours de cette étude.

2.2.2 La salle de pilotage

La salle de pilotage est le produit du mode de gestion *Lean* et s'inscrit dans les principes de la gestion visuelle (Jusko, 2016; Weber, 2017). Née en 1990 d'un des projets de Toyota (Morgan et Liker, 2006), son nom originel est *Obeya*, signifiant simplement « grande pièce » en japonais. Elle fut d'abord créée comme un outil, une salle, dédiée à la gestion de projet et rassemblant les dirigeants autour des enjeux critiques afin de prendre les décisions optimales et adaptées au projet (Aasland et Blankenburg, 2012a). Depuis, la salle de pilotage a évolué et est utilisée par les organisations pour bien plus que la seule gestion de projets. Aasland et Blankenburg (2012b) ont répertorié sept types d'*Obeya* aux caractéristiques et objectifs différents: *war room*; *work room*; *meeting room*; *discovery room*; *sharing room*; *workflow room*; *management room*. Elle peut aussi être appelée *adrenaline room* (Jusko, 2016), *visual room* (Lagacé et Landry, 2016) ou *mission contrôle room* (Lagacé et Landry, 2016; Weber, 2017). De manière pratique, elle peut être décrite comme une pièce où se rencontrent les acteurs d'une organisation pour faire le point sur la performance actuelle et engager la discussion dans le but d'améliorer la performance future. Cet endroit permet aux acteurs d'avoir un accès direct et constant aux informations dans le but d'augmenter la collaboration et l'investissement de chacun. Les outils de pilotage y sont affichés sur les murs et sont disponibles en tout temps. Cet endroit vise à réduire la vision départementale, à améliorer la prise de décision et doit être

aligné avec la stratégie de l'organisation pour assurer le succès de son implantation et l'efficacité de son utilisation. Ainsi, la définition de Lagacé et Landry (2016) résume bien la portée de cet outil. Ils la décrivent comme étant « un outil qui structure la gestion de la performance en permettant de canaliser les énergies vers l'atteinte des résultats ».

Lorsqu'une organisation se munit d'un tel outil, les objectifs peuvent être, entre autres, une meilleure collaboration et communication (Weber, 2017), l'efficacité des processus, la qualité du produit final (Aasland et Blankenburg, 2012a) ou un processus de résolution de problème plus efficace (Jusko, 2016). La littérature présente plusieurs critères pouvant faire en sorte qu'une salle de pilotage soit efficace pour ses utilisateurs. Weber (2017) mentionne que l'endroit délimité pour être la salle de pilotage devrait être sans distraction et les gens devraient se tenir debout plutôt qu'assis lorsqu'ils sont à l'intérieur. De plus, l'information présente à l'intérieur devrait être claire et concise, avec des outils visuels rendant l'information facile à comprendre en un clin d'œil (Jusko, 2016; Weber, 2017).

La salle de pilotage se découle en trois axes d'alignement, soient l'axe stratégique (l'objet de ce mémoire), l'axe tactique et l'axe opérationnel (Lagacé et Landry, 2016). Ainsi, lorsque les trois axes sont déployés dans une organisation, la cascade et l'escalade de l'information sont facilitées par l'utilisation des trois niveaux de salle de pilotage. La salle de pilotage au niveau stratégique s'adresse donc aux membres de la haute direction des établissements.

Cet outil de gestion est aussi la base d'un système intégré de gestion de la performance, en intégrant différents outils dans le pilotage stratégique de l'organisation. On y retrouve, entre autres, la matrice de cohérence et le Vrai Nord afin d'afficher la vision stratégique de l'organisation (voir la définition à la section 2.2.1.2), ainsi que des A3 objectifs pour détailler le plan de chaque objectif stratégique. Un A3 objectif est un outil visuel présenté sur une feuille de format 11" par 17" (format A3 papier) sur laquelle est détaillée la démarche standardisée et

déterminée pour atteindre un objectif stratégique prioritaire. La démarche est ainsi structurée selon l'approche de résolution de problème PDCA (Landry et Beaulieu, 2016).

La salle de pilotage semble ainsi être un outil prometteur à première vue. Sa structure présente des différences intéressantes comparativement à d'autres systèmes de gestion de la performance utilisés dans les organisations de santé, dont le modèle ÉGIPSS et le tableau de bord prospectif. D'abord, contrairement au tableau de bord, la salle de pilotage stratégique utilise un système de gestion visuel afin de communiquer les informations sur ses différentes dimensions. Plutôt que de suivre les informations des indicateurs de performance sur des feuilles présentant du texte et des graphiques, les personnes utilisant l'outil peuvent rapidement comprendre l'état des indicateurs qu'ils regardent en fonction des couleurs qui y sont associées. Ensuite, le fait que les dimensions de la salle de pilotage stratégique soient affichées sur les murs d'une salle, comme l'indique son nom, est un élément qui diffère du tableau de bord et du modèle ÉGIPSS. En effet, encore une fois, plutôt que de suivre les informations de manière individuelle sur des feuilles ou en groupe sur des écrans, l'information est présentée sur les murs et disponibles en tout temps. Les personnes utilisant la salle de pilotage stratégique sont aussi debout, ce qui peut différer de l'utilisation des deux autres outils. Ainsi, ces différences structurelles pourraient influencer la manière dont l'outil est utilisé à des fins de contrôle. Il est ainsi pertinent d'étudier comment ces particularités de la salle de pilotage stratégique influenceront son utilisation comme système de contrôle au niveau stratégique.

La prochaine section se veut une brève analyse des écrits sur la structure, la stratégie ainsi que le pouvoir dans les organisations de santé afin de comprendre l'environnement dans lequel cette étude se situe et les enjeux rencontrés par les gens dans ces organisations.

2.3 Le système de santé et de services sociaux québécois

2.3.1 La structure du système de santé et de services sociaux québécois

Le système de santé et de services sociaux est un environnement complexe et particulier. On y trouve des professionnels et du personnel administratif partageant un but commun : aider la population à maintenir ou retrouver la santé. Les établissements au sein du système de santé sont nombreux et poursuivent des missions variées. Au Québec, certains établissements poursuivent plus d'une mission, c'est-à-dire qu'au sein d'un même établissement (i.e. un CISSS ou un CIUSSS), plusieurs bâtiments peuvent exploiter différents volets de soins, comme les soins aux aînés ou à l'enfance et la jeunesse par exemple⁵. Cette organisation pluraliste fait en sorte que le système de santé et de services sociaux est un milieu très complexe, rendant sa gestion et sa gouvernance plus ardues.

Les dépenses attribuées au système de santé et de services sociaux sont significativement élevées dans un contexte de restriction budgétaire et d'utilisation des fonds publics. En fait, pour l'année 2016-2017, le gouvernement du Québec a injecté près de la moitié de son budget (49.8%) dans les programmes de santé et de services sociaux, ce qui correspond à un montant de plus de 38,6 milliards de dollars. Pour 2017-2018, le gouvernement compte augmenter cette somme de 4.3%, faisant en sorte que le montant injecté dans le MSSS dépassera 50% du budget provincial⁶. De telles sommes font en sorte que l'utilisation efficace de l'argent investi est constamment une priorité tant pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, pour le gouvernement au pouvoir, que pour la population qui finance ces sommes. La grandeur des sommes investies dans le système de santé fait en sorte que les dépenses canadiennes en pourcentage du PIB sont au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE, représentant respectivement 10,6% contre 9%⁷. Ainsi, une gestion

⁵ <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements-de-sante-et-de-services-sociaux/>

⁶ http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2017-2018/fr/documents/PlanEconomique_Mars2017.pdf#page=459

⁷ http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT&lang=fr#

rigoureuse du réseau de la santé est nécessaire et justifiée selon une vision de gestion des coûts.

La structure et le fonctionnement des grands établissements de santé se comparent à des organisations professionnelles. En effet, ce type d'organisation se base sur les savoirs et les qualifications standardisés des professionnels qui y travaillent. Ces derniers offrent des services (les soins) spécialisés selon des compétences acquises par une formation, souvent très longue. Une forte standardisation des services au sein des établissements de santé assure l'unification des soins offerts à la population, permettant ainsi un certain contrôle sur les services prodigués. Ces caractéristiques dépeignent l'organisation professionnelle développée par Mintzberg (1993). Dans une telle organisation, les professionnels (surtout les médecins) jouissent d'une grande autonomie dans l'utilisation de leurs connaissances et compétences. Les médecins, étant considérés comme des travailleurs autonomes au sein du système de santé, voient leur pratique très peu influencée par les décisions administratives. Ceci fait en sorte qu'au niveau stratégique, la stratégie d'ensemble d'un établissement peut être très stable, mais son application peut être en continuel changement à un niveau plus concret. La stratégie peut ainsi être fragmentée selon les spécialisations des départements, mais ses constituantes restent cohérentes à la mission globale. La bureaucratie qui découle de ce type d'environnement fait en sorte que les changements sont difficiles à instaurer et à maintenir (Mintzberg, 1989). À cet effet, Mintzberg (1989) suggère que les changements proviennent du processus d'évolution des professionnels plutôt que d'être imposés par de nouveaux administrateurs ou fonctionnaires. Ainsi, ce sera la responsabilité sociale et professionnelle des différents intervenants de la santé qui sera prise en compte et contribuera le mieux à tous processus de changement.

2.3.2 La stratégie dans les environnements pluralistes

Le système de santé et les établissements qui le constituent sont des environnements pluralistes, c'est-à-dire où les objectifs sont multiples, le pouvoir diffus et où les processus de travail se basent fortement sur les compétences des acteurs aux différents niveaux (Denis, Langley et Rouleau, 2007). Ces caractéristiques particulières s'appliquent aussi à d'autres environnements que les hôpitaux, entre autres, aux universités et aux coopératives. Dans un environnement pluraliste, les stratégies émergent de jeux politiques entre des groupes d'intérêts aux visions divergentes (Denis, Langley et Rouleau, 2004). Cette multiplicité d'intérêts rend la formulation et le maintien de la stratégie plus complexe, et les décisions autonomes des différentes parties prenantes de l'organisation peuvent alors orienter les décisions stratégiques. Ainsi, les membres de la haute direction n'ont pas de raison claire et justifiée de formuler délibérément une stratégie puisque cette dernière ne sera pas nécessairement suivie à la lettre par tous les membres de l'organisation. La planification stratégique est donc un défi dans ce type d'environnement. Les plans rédigés se composent de recommandations relativement peu définies ce qui laisse une plus grande marge de manœuvre pour les actions subséquentes des différents acteurs (Denis, Langley et Lozeau, 1995).

Au Canada, la santé est de juridiction provinciale. La Loi canadienne sur la santé définit les critères de conformité que les provinces doivent respecter pour recevoir le transfert des fonds des coffres fédéraux relatifs à la santé⁸. Cette Loi fédérale est le fondement du système de santé canadien et contribue à maintenir l'universalité des soins et le caractère public du financement (Levine, 2015). Ainsi, l'administration et la prestation des services en matière de santé et de soins sont déléguées aux provinces. Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux joue un rôle important tant dans la structuration du réseau, que dans son administration et son financement. La politique est ainsi omniprésente au sein du système de santé, qui voit

⁸ <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/systeme-sante-canadien-assurance-sante/loi-canadienne-sante.html>

sa gouvernance changer selon le ministre et le parti qui prend les commandes au ministère.

2.3.3 Le partage des pouvoirs dans les établissements de santé et de services sociaux

Dans une bureaucratie professionnelle, le pouvoir est divisé en plusieurs zones internes et externes à l'organisation. Ainsi en est-il dans le réseau de la santé. Selon Levine (2015), dans un même établissement les pouvoirs de décisions locales sont partagés à l'interne entre le Conseil d'administration (CA), le directeur général (DG) et les médecins. D'autres acteurs tels les infirmières, les professionnels et les groupes d'intérêts influencent aussi les décisions prises à l'interne, mais le pouvoir de décision est majoritairement détenu par les trois instances nommées plus haut. L'auteur argumente que l'efficacité d'un directeur est déterminé en fonction de la manière dont il gère son organisation en prenant compte de ces différentes zones de pouvoirs (Levine, 2015). En plus de devoir user d'habiletés politiques au niveau interne de son organisation, le DG doit aussi tenir compte des influences externes, tels les médias, les universités et les acteurs politiques municipaux et provinciaux. Au niveau du système de santé, la répartition des pouvoirs est plus complexe et est influencée par des préoccupations gouvernementales qui s'ajoutent aux problèmes de santé et de gestion des établissements. Le pouvoir est ainsi réparti entre le gouvernement, son ministre et ministère de la santé, les PDG, les CA, les médecins, les groupes d'intérêts et les syndicats ainsi que les médias et la population, puisque le gouvernement garde en tête le souci de satisfaire la population dans l'optique d'une réélection. Le pouvoir est ainsi réparti au sein du réseau de santé et les préoccupations variées des acteurs font en sorte que la gestion stratégique d'un tel système est aussi de nature politique ce qui la rend extrêmement complexe.

2.4 Conclusion et question de recherche

À la lumière de cette revue de littérature, nous pouvons comprendre que la performance et les outils qui la mesurent ont largement été étudiés, et ce dans différents contextes. La performance dans le milieu de la santé a fait l'objet d'études qui en sont arrivées à un cadre d'application spécifique et adapté à ce domaine complexe. De plus, la salle de pilotage stratégique, cet outil *Lean* de mesure de la performance, a aussi été étudiée dans la littérature, mais à moindre mesure et non de manière systématique. L'étude de la salle de pilotage stratégique dans le milieu de la santé et son utilisation à des fins de contrôle stratégique par une équipe de direction n'a pas encore fait l'objet d'études académiques. Ainsi, notre devoir sera d'éclaircir ce lien en plus de fournir à ceux qui l'utilisent une meilleure compréhension de cet outil.

L'étude de la salle de pilotage stratégique est pertinente compte tenu d'une part que l'outil est utilisé par les organisations, dont les établissements de santé et de services sociaux, et d'autre part qu'il n'y a pas eu d'étude sur son utilisation à des fins de contrôle stratégique. De plus, la salle de pilotage stratégique présente des différences notables avec les autres outils utilisés par les organisations de santé – le modèle ÉGIPSS et le tableau de bord prospectif. En effet, la salle de pilotage stratégique utilise la gestion visuelle dans une pièce afin que les informations soient communiquées aux parties prenantes, ce qui diffère du modèle ÉGIPSS et du tableau de bord prospectif, qui peuvent plutôt être utilisés sur des feuilles ou sur un fichier Excel. La salle de pilotage stratégique est aussi un outil s'inscrivant dans un système intégré de gestion, donc incluant l'utilisation de différents outils de gestion pour remplir sa fonction de suivi de la performance organisationnelle. Ainsi, ces particularités de la salle de pilotage stratégique influenceront peut-être son utilisation à des fins de contrôle.

À la lumière des informations présentées dans le dernier chapitre, nous pouvons comprendre que plusieurs modèles de mesures de la performance sont utilisés comme outil de contrôle, et ce à différentes fins. Toutefois, la littérature se penche très peu

sur l'étude des outils *Lean*, et les recherches sur la salle de pilotage stratégique n'abordent point son utilisation par les organisations complexes tels les établissements de santé et de services sociaux. De plus, jusqu'à aujourd'hui les chercheurs ne se sont pas intéressés à la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle, ce qui rend son étude sous cet angle encore plus pertinente. Avec l'imposition du déploiement de salle de pilotage stratégique dans tous les établissements de santé et de services sociaux du Québec, l'étude de cet outil est non seulement d'actualité, mais nécessaire afin de comprendre son rôle à des fins de contrôle organisationnel. Ainsi, l'étude de l'utilisation de cet outil de mesure de la performance dans les établissements de santé apportera de nouvelles connaissances à la littérature scientifique, en plus d'éclairer les organisations, dans le domaine de la santé ou non, qui souhaiteraient aussi l'utiliser. Notre question de recherche émerge donc des liens entre ces différents concepts :

Comment la salle de pilotage stratégique est-elle utilisée à des fins de contrôle dans les établissements de santé et de services sociaux ?

Afin d'expliquer comment nous allons répondre à cette question, les prochaines sections présentent le cadre conceptuel et la méthodologie utilisés dans l'analyse des données recueillies sur les deux terrains d'étude.

Chapitre 3 Cadre d'analyse

Afin de comprendre comment la salle de pilotage stratégique est utilisée à des fins de contrôle, il est nécessaire de regarder les informations relatives à son utilisation au travers d'une lunette d'analyse. La lunette choisie à cette fin est le modèle des leviers de contrôle de Simons (1995).

Nous avons choisi ce modèle pour plusieurs raisons. D'abord, le modèle des leviers de contrôle de Simons (1995) fut utilisé plus de 128 fois soit comme cadre théorique ou comme objet d'étude et est cité dans la littérature plus de 5460 fois (Google Scholar, juin 2018). Sa notoriété dans le domaine du contrôle de gestion et dans l'étude des systèmes de contrôle et de mesure de la performance organisationnelle est marquée et soutenue depuis sa création, ce qui en fait un modèle d'analyse privilégié par les chercheurs étudiant de tels phénomènes.

Ensuite, la théorie sur laquelle est basé le modèle des leviers de contrôle est orientée sur l'action (Simons, 1995) ce qui rend son utilisation cohérente avec une étude de cas examinant l'utilisation d'un outil de mesure de la performance.

De plus, la typologie derrière le modèle des leviers de contrôle est définie dans la littérature comme étant utile et pertinente à l'étude du phénomène de contrôle à l'aide des outils de mesure de la performance. (Abernethy et Lillis, 2001; Bisbe, Batista-Foguet et Chenhall, 2007; Bisbe et Otley, 2004; Ferreira et Otley, 2009; Henri, 2006; Widener, 2007). Le modèle lie l'utilisation particulière des outils de mesure de la performance aux types spécifiques de contrôle. Ce type de relation explicite permet une meilleure compréhension conceptuelle des systèmes de contrôle (Ferreira et Otley, 2009), ce qui rend le modèle intéressant et utile afin d'étudier le lien entre la salle de pilotage stratégique et son utilisation potentielle comme outil de contrôle.

Aussi, Ferreira (2002) met de l'avant une force importante du modèle des leviers de contrôle qui est son « accent sur les enjeux stratégiques organisationnels et sur son

implication dans les systèmes de contrôle, en plus d'offrir une vision élargie des systèmes de contrôle en présentant plusieurs types de contrôle et comment ils sont utilisés par les organisations » (traduction libre, Ferreira, 2002; dans Ferreira et Otley, 2009). La présente étude vise à comprendre comment la salle de pilotage stratégique, un outil de gestion servant à priori à mesurer et suivre la performance organisationnelle à un niveau stratégique ainsi qu'à soutenir la prise de décision, est utilisée à des fins de contrôle, ce qui en fait un objet d'étude congruent avec la typologie des leviers de contrôle ainsi qu'avec l'objet d'application du modèle de Simons (1995).

Les raisons évoquées ci-haut justifient et confirment le choix d'utiliser le modèle des leviers de contrôle de Simons (1995) comme cadre d'analyse afin d'analyser le contrôle en fonction de l'utilisation d'un outil de mesure de la performance, la salle de pilotage stratégique. Les prochaines pages présenteront la théorie des leviers de contrôle (Simons, 1995) pour ensuite exposer les limites apportées à ce modèle dans la littérature. Enfin, le cadre d'analyse de la recherche sera présenté.

3.1 Le modèle des leviers de contrôle de Simons (1995)

Selon Simons (1995) pour que la stratégie d'une organisation soit implantée, réalisée et suivie de manière efficace, il est nécessaire de contrôler le processus à l'aide de mécanismes de contrôle. Pour ce faire, l'auteur a développé quatre leviers de contrôle pouvant être équilibrés, selon les besoins de l'organisation, afin de gérer la stratégie. La Figure 3.1 représente les quatre leviers de contrôle de Simons en lien avec la stratégie organisationnelle. Ces quatre leviers sont des systèmes de contrôle permettant à chacun de canaliser l'attention des gestionnaires et dirigeants d'une organisation soit sur les valeurs inhérentes à l'organisation, sur les risques à éviter, sur les variables critiques de la performance organisationnelle, ou sur les incertitudes stratégiques. Simons argumente que ces quatre leviers créent quatre forces opposées représentant les tensions entre l'innovation et la création, ainsi que l'atteinte des buts prédéterminés de l'organisation. Le contrôle stratégique est atteint lorsque ces

tensions sont transformées en profit et croissance pour l'entreprise. En raison de l'interdépendance et de la complémentarité des quatre leviers de contrôle, ces derniers devraient être présents et exploités dans un même système de contrôle afin de maximiser son efficacité et donc favoriser la performance organisationnelle (Widener, 2007). Les quatre leviers permettent donc l'implantation et le contrôle efficace de la stratégie afin d'atteindre les buts de l'organisation, et ce en équilibrant les contraintes organisationnelles ainsi que les besoins en termes d'innovation (Tuomela, 2005).

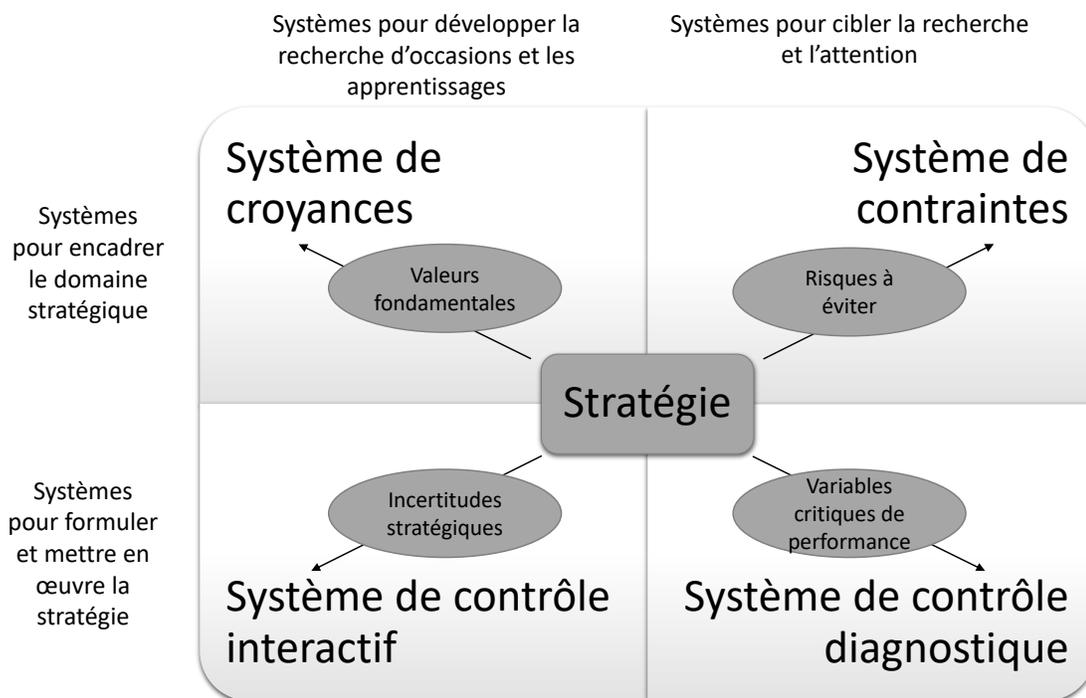


Figure 3.1: Modèle des leviers de contrôle de Simons (1995)

Les deux premiers systèmes de contrôle, le système de croyances et le système de contraintes servent à guider les membres de l'organisation dans la recherche d'occasions d'affaires soit en augmentant l'engagement des membres aux valeurs de l'organisation, soit en délimitant les frontières du domaine à l'intérieur desquelles l'entreprise peut étendre ses activités. Dans les deux cas, le contrôle sert

principalement à encourager les comportements innovants au sein des membres de l'organisation (Tuomela, 2005).

3.1.1 Le système des croyances

Ce premier système de contrôle se base sur les valeurs fondamentales de l'organisation et est utilisé pour inspirer et guider ses différentes parties prenantes dans la recherche et la découverte de nouvelles occasions d'affaires. La stratégie est ici considérée comme une perspective ou une vision d'affaires et le système de contrôle est utilisé pour favoriser l'engagement des membres aux grands buts de l'organisation afin de créer de la valeur pour ses différentes parties prenantes. Le système de croyances est créé et communiqué par les documents formels et les définitions organisationnelles, tels les documents stratégiques présentant la mission, la vision et les valeurs de l'organisation, les documents présentant la raison d'être de l'organisation ainsi que les crédos. Ces documents permettent à la direction de communiquer sa vision aux différents paliers de l'organisation pour ainsi aligner la performance désirée à la stratégie de l'entreprise. De cette façon, l'attention, l'engagement et les comportements relationnels des parties prenantes de l'organisation restent centrés sur les éléments clés liés à la vision et aux valeurs de la direction, et ce dans le but d'augmenter leur performance et la recherche d'occasions d'affaires. Avec un tel système de contrôle, les gestionnaires sont appelés à motiver et inspirer leurs équipes afin d'aligner les énergies communes avec la stratégie et les valeurs de l'organisation. Ils s'assurent de transmettre aux employés les attentes que l'organisation a envers eux en communiquant les valeurs organisationnelles et en renforçant positivement les comportements et actions qui contribuent à l'atteinte de la vision de l'entreprise. Cependant, puisque les directives sont de nature inspirante, mais nébuleuse, le système de contrôle basé sur les valeurs ne peut être lié directement aux incitatifs formels de l'organisation.

3.1.2 Le système des contraintes

Ce second système de contrôle délimite le domaine d'activité de l'organisation dans lequel les individus peuvent rechercher de nouvelles occasions d'affaires afin de créer de la valeur et de surmonter les obstacles organisationnels auxquels ils sont confrontés. Lorsqu'on utilise un tel système, la stratégie est considérée comme une situation concurrentielle. Le système de contrôle des contraintes est créé par des règles formellement définies, par des limites basées sur les risques d'affaires et les occasions potentielles et par les sanctions et punitions liées aux interdits formels de l'organisation. Il est ainsi mis en œuvre dans des documents présentant les codes de conduites, les instructions opérationnelles, et les systèmes de planification stratégique et d'acquisition des actifs. Contrairement au système des croyances, les termes utilisés dans ce système sont majoritairement négatifs puisqu'ils définissent les standards minimums et dictent aux gestionnaires les actions et comportements à éviter. Cette délimitation claire des frontières permet aux gestionnaires de déléguer certaines décisions à leurs subordonnés ce qui augmente la créativité et la flexibilité organisationnelle et donc peut aussi augmenter la fréquence des comportements entrepreneuriaux puisque les individus connaissent les limites formelles à l'intérieur desquelles ils peuvent explorer. Selon l'auteur, la présence simultanée de contraintes et de croyances organisationnelles crée une tension qui facilite l'engagement des individus et leur donne la liberté de contribuer individuellement et collectivement aux buts de l'entreprise.

Les deux prochains systèmes de contrôle, le système de contrôle diagnostique et le système de contrôle interactif, sont utilisés par les organisations afin de communiquer et contrôler efficacement la stratégie de l'entreprise. Le premier vise à surveiller et réaligner la performance de l'entreprise en fonction de la stratégie définie, tandis que le second vise à centrer l'attention organisationnelle sur les incertitudes stratégiques et stimuler l'émergence de nouvelles initiatives et stratégies (Simons, 1995). L'utilisation diagnostique des systèmes de contrôle suit une logique mécaniste, traditionnelle et répressive, tandis que l'utilisation interactive permet d'avoir une approche constructive, formatrice et organique (Tessier et Otley, 2012). Dans les

deux cas, le système de contrôle est utilisé afin d'assurer la cohérence entre les comportements des membres, les règles et la planification de l'organisation (Tuomela, 2005).

3.1.3 Le système de contrôle diagnostique

Les systèmes de contrôle de type diagnostique sont ultimement des systèmes d'information qui servent à coordonner et surveiller l'implantation de la stratégie préalablement planifiée, ainsi qu'à identifier et corriger les écarts aux standards définis par l'organisation. Dans un tel système, la stratégie est considérée comme un plan à suivre, la réalisation de la stratégie passant par l'atteinte des cibles et des buts des différents paliers de l'organisation, et ce des niveaux supérieurs aux niveaux inférieurs, de manière « top-down ». Différents systèmes d'information peuvent être utilisés de manière diagnostique si les buts et cibles sont décidés d'avance, les résultats sont mesurés, la variance de la performance entre les buts et les résultats est calculée et que cette variance est utilisée comme rétroaction afin d'assurer l'alignement entre le travail, les processus et les buts et standards organisationnels. Ainsi, l'information générée par un tel système permet de corriger les écarts entre les résultats et les cibles organisationnels, afin de réaliser la stratégie prédéfinie. Ce type de système de contrôle est mis en œuvre, entre autres, dans des outils comme les tableaux de bord, les budgets et les systèmes de suivi des projets. Ce type de système est utilisé dans les organisations pour deux raisons. D'une part, pour suivre de près l'implantation efficace de la stratégie. Pour ce faire, les gestionnaires suivent de près les facteurs devant nécessairement être atteints ou implantés afin de réaliser la stratégie : les variables critiques de la performance. Ce travail se fait grâce à l'identification des cibles et buts liés à la stratégie, la création de variables critiques de performance directement liées à ces buts et un système de retour d'information adéquat pour suivre de près la performance. D'autre part, les systèmes de contrôle diagnostique sont utilisés dans les organisations pour garder l'attention des gestionnaires afin que ces derniers soient en mesure de faire de la gestion par exception. Plutôt que de suivre constamment toutes les variables, le système de contrôle diagnostique permet par la rétroaction de mettre en lumière les processus et

résultats qui risquent de mettre en jeu la stratégie. Simons compare l'utilisation d'un tel système au système de contrôle de vitesse présent dans les voitures : il nous permet d'être moins attentifs à certains éléments comme la vitesse de croisière du véhicule, mais il en demeure néanmoins que nous devons rester vigilants et attentifs à la route afin de nous rendre à destination sans causer d'accident. Ainsi, afin de bien utiliser un système de contrôle diagnostique, il est nécessaire de bien identifier et négocier les buts et cibles à atteindre, d'aligner les mesures de performance à ces buts, de développer des incitatifs intéressants liés aux mesures afin de conserver l'attention sur l'implantation de la stratégie, d'assurer la révision systématique des rapports d'exception, et de faire le suivi des exceptions afin d'assurer la résolution des problèmes identifiés.

3.1.4 Le système de contrôle interactif

Ce dernier levier de contrôle représente les systèmes formels utilisés par les gestionnaires afin de s'impliquer et d'influencer les décisions de leurs subordonnés. Lorsqu'on utilise un tel système, la stratégie est contrôlée et considérée comme étant un modèle d'actions, faisant en sorte que l'organisation peut l'adapter à un environnement changeant en fonction des informations qu'elle reçoit. On l'utilise donc afin de stimuler et guider l'émergence de stratégies. À cette fin, les gestionnaires concentrent leur attention sur les incertitudes stratégiques : menaces et occasions d'affaires émergentes qui peuvent invalider les suppositions sur lesquelles est basée la stratégie actuelle. Ainsi, les gestionnaires et dirigeants utilisent l'information générée par les différents systèmes de contrôle afin de stimuler le dialogue avec leurs subordonnés dans le but d'ajuster la stratégie à la réalité du terrain ou de l'environnement. Cette forme de contrôle n'est donc pas mise en œuvre par des outils ou techniques de contrôle, mais plutôt par la manière dont les dirigeants et gestionnaires utilisent ces différents systèmes pour apprendre, comprendre et débattre de nouvelles manières de définir la stratégie émergente, « bottom-up ». Ainsi, selon Simons, n'importe quel système de contrôle peut être utilisé de manière interactive. Le système de contrôle interactif est mis en œuvre dans les discussions, les réunions et les interactions entre les dirigeants, gestionnaires, employés et pairs

d'une organisation menant à des décisions affectant la stratégie ou les suppositions qui la soutiennent. Pour être utilisé de manière interactive, un système de contrôle doit contenir de l'information simple à comprendre, cette information doit cibler les incertitudes stratégiques de l'organisation, le système doit être utilisé par les gestionnaires de tous les niveaux de l'organisation pour que l'information des différents paliers remonte à la direction, et ce type de système doit générer des plans d'action novateurs en lien avec les apprentissages faits sur le terrain. Ainsi, les dirigeants pourront adapter la stratégie de l'organisation à ces informations afin de l'adapter à un environnement compétitif changeant et imprévisible (Simons, 1995).

3.2 Les limites du modèle des leviers de contrôle de Simons (1995)

Le modèle des leviers de contrôle de Simons (1995) a fait l'objet de nombreuses études et fut utilisé afin d'analyser le contrôle dans plusieurs types d'organisations. Malgré une approche holistique du contrôle (Ferreira et Otley, 2009) en intégrant quatre formes de contrôle dans un seul cadre, le modèle des leviers de contrôle a fait l'objet de critiques amenant parfois à des modèles révisés ou alternatifs, dont entre autres les modèles de Tuomela (2005), de Widener (2007), de Mundy (2010) et de Tessier et Otley (2012). De ces critiques, trois grandes limites ont été identifiées dans la littérature traitant du modèle des leviers de contrôle de Simons (1995) : l'ambiguïté au niveau de ses concepts; les limites en ce qui a trait à l'application et les difficultés quant à l'opérationnalisation des leviers.

D'abord, selon Ahrens et Chapman (2004), Bisbe, Batista-Foguet et Chenhall (2007), Ferreira et Otley (2009) et Tessier et Otley (2012), la plus grande faiblesse du modèle des leviers de contrôle de Simons (1995) est le manque de précision en ce qui a trait à la définition et de l'applicabilité de ses concepts. En effet, certains concepts qui définissent les quatre leviers de contrôle ont été identifiés dans la littérature comme étant ambigus et superflus – manquent de spécificité - ce qui laisse place à leur interprétation (Ferreira, 2002; Tessier et Otley, 2012). Bisbe, Batista-Foguet et Chenhall (2007) illustrent l'ambiguïté au niveau du concept de contrôle interactif et

argumentent que les concepts inhérents aux systèmes de contrôle doivent être précisés tant au niveau de leur sens qu'au niveau des relations épistémologiques entre les dimensions et indicateurs au sein des systèmes, afin d'être utilisés et étudiés justement. Ce manque de clarté en ce qui a trait aux concepts est adressé dans la littérature sur les systèmes de contrôle de gestion et les auteurs argumentent que l'ambiguïté des concepts fait en sorte que leur étude mène à des résultats empiriques divergents (contradictoires) et difficilement comparables (Bisbe, Batista-Foguet et Chenhall, 2007; Malmi et Brown, 2008; Tessier et Otley, 2012) Bisbe et Fakiolas, 2000. La précision des concepts inhérents aux systèmes de contrôle est ainsi un enjeu qui touche les différents cadres d'analyse de ce domaine d'étude, et non seulement celui des leviers de contrôle de Simons (1995). Il y a donc un besoin important de clarifier les concepts et les liens entre ces concepts qui façonnent les cadres d'analyse sur le contrôle afin de conduire des recherches menant à des résultats clairs, reproductibles et comparables.

Ensuite, quant à l'applicabilité du cadre des leviers de contrôle, Ferreira (2002) et Ferreira et Otley (2009) argumentent que certains concepts, comme le contrôle des croyances et des contraintes, ne peuvent être appliqués à tous les types d'organisations. Par exemple, les auteurs argumentent qu'on ne peut appliquer ces concepts aux différentes succursales d'une organisation possédant des filiales. Dans de telles organisations, le cadre conceptuel des leviers de contrôle ne peut pas être appliqué de manière holistique puisque certains leviers ne peuvent être utilisés – comme le levier e contrôle des croyances et des contraintes - perdant ainsi sa notion d'efficacité en ce qui a trait au contrôle.

De plus, un même mécanisme de contrôle, comme le suivi d'indicateurs de performance, peut être utilisé dans plus d'un levier de contrôle ce qui rend la conception et la compréhension des systèmes de contrôle complexe. Selon Ferreira et Otley (2009), ce qui fait en sorte qu'un mécanisme appartient à un système de contrôle plutôt qu'à un autre est la manière dont il est utilisé par les individus et non le mécanisme même. Ainsi, dans l'étude des systèmes de contrôle, il semble

important voir essentiel d'analyser la manière dont les gestionnaires utilisent les différents mécanismes de contrôle, et non seulement quels mécanismes ils utilisent et ce, afin d'identifier les leviers de contrôles exploités.

Finalement, le cadre des leviers de contrôle de Simons (1995) ne semble pas adéquat pour expliquer l'opérationnalisation d'un système de contrôle à l'ensemble d'une organisation (Ferreira et Otley, 2009). Puisque la théorie derrière les leviers de contrôle est majoritairement en lien avec le contrôle qui est exercé par la haute direction ou par les niveaux hiérarchiques supérieurs des organisations, il devient difficile d'appliquer ces concepts à l'exercice du contrôle aux niveaux inférieurs des organisations.

3.3 Le cadre d'analyse de la recherche

Malgré les limites et les modifications apportées au cadre des leviers de contrôle (Simons, 1995), nous avons choisi d'utiliser ce modèle pour sa cohérence avec l'objet d'étude – la salle de pilotage stratégique, sa notoriété dans la littérature sur le contrôle ainsi que sa simplicité par rapport aux autres modèles présentés ci-haut. Par contre, nous avons décidé d'adapter ses concepts internes au but de la présente recherche, soit d'établir le lien entre l'utilisation de la salle de pilotage stratégique et les quatre types de contrôle de la typologie de Simons (1995).

Ainsi, nous avons développé le cadre d'analyse suivant afin de déterminer comment la salle de pilotage stratégique est utilisée à des fins de contrôle en intégrant les dimensions qui seront étudiées à cette fin. La Figure 3.2 représente le schéma de notre cadre d'analyse.

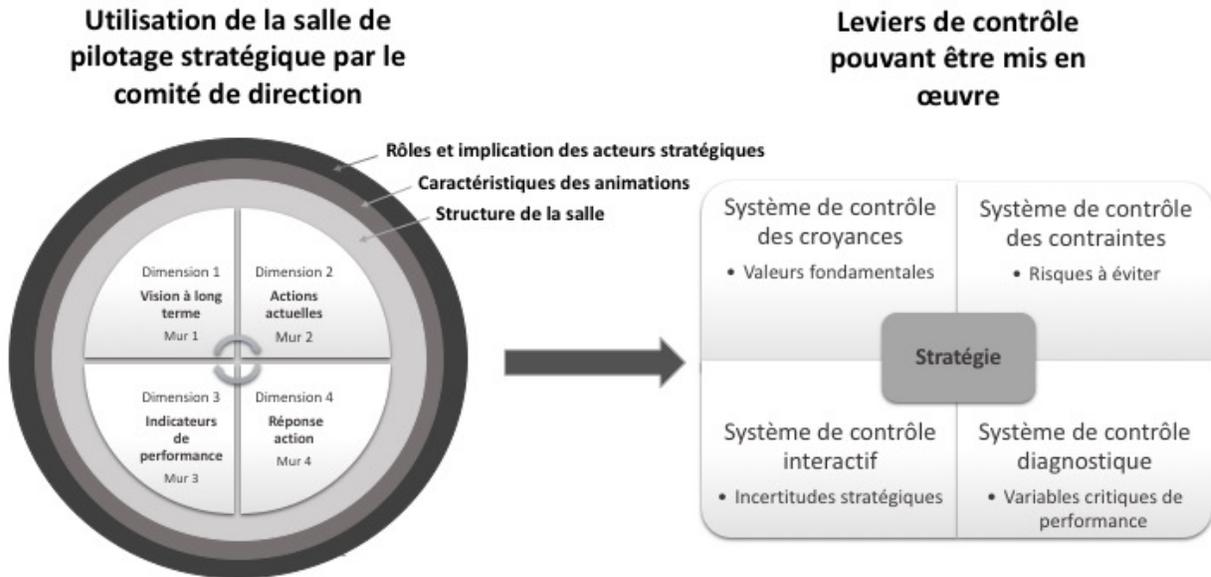


Figure 3.2 - Cadre conceptuel - Les leviers de contrôle dans la salle de pilotage stratégique

Le modèle se base sur trois catégories d'éléments permettant de déterminer comment la salle de pilotage stratégique est utilisée à des fins de contrôle. Afin d'identifier ces éléments, nous nous sommes basés sur la définition du contrôle retenue pour cette étude : « le processus selon lequel les gestionnaires assurent l'obtention et l'utilisation effective et efficiente des ressources afin d'atteindre les objectifs organisationnels » (traduction libre, Anthony, 1965; dans Anthony et Herzlinger, 1975). Selon cette définition, en plus des caractéristiques structurelles de l'outil étudié, les processus ainsi que les individus nous paraissent des éléments importants dans la réalisation du contrôle.

D'abord, les caractéristiques structurelles comme l'organisation et le contenu des murs ainsi que l'aménagement de la salle de pilotage seront analysées afin de déterminer si et quels types de contrôle sont favorisés par ces caractéristiques. Ensuite, les caractéristiques relatives à l'animation de la salle de pilotage stratégique qui sont inhérentes à la manière dont l'outil est utilisé par les acteurs de l'organisation seront analysées afin d'établir un lien avec la mise en œuvre des leviers de contrôle. Finalement, les rôles et l'implication des acteurs clés en lien avec l'animation de la salle de pilotage seront étudiés et analysés afin de comprendre comment les rôles de

chacun ainsi que leur implication envers l'outil influencent le type de contrôle favorisé par l'utilisation de la salle de pilotage. Ces trois catégories d'éléments permettront de comprendre comment les directeurs utilisent la salle de pilotage stratégique afin de contrôler ce qui se passe dans leur organisation.

3.4 Les trois sous-questions de recherche

À la lumière de ce cadre d'analyse incluant les caractéristiques propres à l'outil, à son utilisation ainsi qu'au modèle des leviers de contrôle de Simons (1995), trois sous-questions à la question de recherche principale guident notre analyse. Ces trois sous-questions sont :

1. Comment la structure de la salle de pilotage stratégique influence-t-elle son utilisation comme système de contrôle ?

2. Comment les caractéristiques de l'animation influencent l'utilisation de la salle de pilotage comme système de contrôle ?

3. Comment les différents acteurs stratégiques qui utilisent la salle de pilotage influencent son utilisation comme système de contrôle stratégique ?

Ces trois sous-questions tentent de confirmer et pallier certaines forces et limites identifiées aux sections 3.1 et 3.2 ci-haut. La première et la deuxième sous-questions permettent de comprendre le rôle de la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle efficace et orienté sur l'action. À cet effet, Widener (2007) affirme que les quatre leviers de contrôle devraient être présents et utilisés au sein d'un même outil afin de maximiser son efficacité. La seconde et la troisième sous-questions permettent d'instiguer la limite identifiée par Ferreira et Otley (2009). Ces derniers affirment que ce qui fait en sorte qu'un mécanisme s'inscrit dans un levier de contrôle plutôt qu'un autre est la manière dont les individus utilisent l'outil et non seulement la présence d'éléments favorisant ce levier. Ainsi, il semble cohérent d'étudier la manière dont

les individus utilisent la salle de pilotage stratégique en plus des caractéristiques de l'outil afin de comprendre comment il est utilisé à des fins de contrôle.

En étudiant la salle de pilotage stratégique pour déterminer comment elle est utilisée pour contrôler les activités de l'organisation, nous tentons aussi d'apporter plus d'informations au sujet de deux autres limites du modèle de Simons (1995). L'une est que le modèle des leviers de contrôle ne peut être appliqué de manière holistique dans des contextes particuliers puisque quelques leviers sont difficilement applicables à certains types d'organisations. Par exemple, les leviers de contrôle des croyances et des contraintes ne seraient pas applicables aux différentes succursales d'une organisation possédant des filiales (Ferreira, 2002; Ferreira et Otley, 2009). Comme il est détaillé à la section 4.6, les deux terrains étudiés pour ce mémoire sont les comités de direction de deux établissements de santé et de services sociaux du Québec. Ainsi, les établissements (CISSS) pourraient être considérés comme les filiales d'une organisation qui serait dans ce cas-ci le MSSS. L'autre limite à laquelle cette étude tente de pallier est la difficulté d'appliquer le modèle à l'ensemble de l'organisation. Puisque les comités de direction étudiés représentent l'entièreté des directions de chacun des établissements, l'opérationnalisation de ce modèle devrait être globale, mais à un niveau stratégique.

Afin de répondre à la question et aux sous-questions de recherche présentées, nous avons établi une méthodologie se basant sur l'étude de cas multiple et la collecte de données qualitatives. Le prochain chapitre (4) présente la méthodologie choisie et utilisée.

Chapitre 4 Méthodologie de la recherche

La présente section se penche sur la méthodologie utilisée dans cette étude afin de répondre à la question « comment la salle de pilotage stratégique est-elle utilisée à des fins de contrôle dans les établissements de santé et de services sociaux » et aux sous-questions identifiées à la section 3.4 précédente. Nous avons choisi de conduire une étude de cas multiple (sur deux terrains), récoltant les données par l'entremise d'observations, d'entrevues ainsi que l'analyse de documents pertinents. Les prochaines sous-sections présentent les composantes de la méthodologie choisie.

4.1 L'étude de cas comme stratégie de recherche

L'étude de cas s'inscrit dans l'étendue des recherches terrain (*field research*), décrites par Singleton et Straits (2010) comme étant une méthodologie de recherche permettant au chercheur de comprendre une situation ou un phénomène du point de vue de ceux qui les vivent, tout en préservant l'ordre naturel des événements. L'étude de cas permet une compréhension plus en profondeur d'un phénomène donné (Gagnon, 2012; Woodside, 2010). Elle est une méthode servant à décrire, comprendre, prédire et/ou contrôler le phénomène étudié (Woodside, 2010), surtout lorsque les frontières entre le phénomène et le contexte sont floues (Yin, 2003). La flexibilité de cette méthode permet d'étudier des phénomènes changeants ainsi que les dynamiques présentes dans des situations concrètes et ce même lorsque le chercheur en connaît peu sur le sujet (Singleton et Straits, 2010). Dans le cas de la présente étude, ces caractéristiques sont importantes à prendre en compte puisque d'une part le phénomène étudié, c'est-à-dire l'utilisation de la salle de pilotage stratégique dans les organisations de santé, doit être interprété en fonction de ceux qui l'utilisent et du contexte particulier du domaine de la santé et des services sociaux. D'autre part, même si la littérature sur le contrôle est riche, il n'y a que très peu de littérature sur la salle de pilotage stratégique, et encore moins sur son utilisation dans un contexte aussi complexe que le milieu de la santé. L'étude de cas semble ainsi, selon ces particularités du phénomène étudié, une méthode de recherche appropriée.

Selon Yin (2003), l'étude de cas est la méthode de recherche la plus adéquate lorsque les trois conditions suivantes sont présentes : la question de recherche commence par « comment » ou « pourquoi »; le chercheur a peu de contrôle sur les événements comportementaux; l'accent est mis sur un phénomène actuel dans un contexte réel. Ces trois conditions sont rassemblées dans la présente étude et justifient notre méthodologie de recherche. D'abord, dans la présente recherche nous tentons de comprendre « comment » la salle de pilotage stratégique est utilisée à des fins de contrôle dans un contexte particulier, celui de la santé et des services sociaux. Ensuite, nous étudions les comportements des membres de comités de direction en lien avec l'utilisation de la salle de pilotage stratégique. Ainsi, nous ne manipulons pas ces comportements, mais tentons de les comprendre dans leur contexte ce qui fait de l'étude de cas une stratégie de recherche appropriée. Finalement, nous avons étudié un phénomène actuel dans un contexte réel, soit la manière dont les comités de direction des établissements utilisent leur salle de pilotage stratégique, et ce de façon régulière. Dans la présente étude, nous tentons de comprendre et de décrire comment la salle de pilotage stratégique est utilisée par les dirigeants d'une organisation de santé et de services sociaux. Nous n'avons donc aucun contrôle sur l'utilisation de la salle de pilotage, les événements étudiés se déroulaient dans le présent⁹ et nous sommes entrés en interaction avec les dirigeants qui utilisent la salle de pilotage stratégique.

4.2 L'échantillon de recherche

La présente étude de cas se base sur deux cas, ce qui en fait une étude de cas multiples (Yin, 2003). Selon nos questions de recherche, notre unité d'analyse se trouve au niveau des processus au cœur des comités de direction des établissements de santé et de services sociaux. Nous tentons de comprendre comment la salle de pilotage stratégique est utilisée comme outil de contrôle par les membres des comités

⁹ Au moment de la collecte de données

de direction des établissements, plus précisément les processus de contrôle favorisant la présence des leviers de Simons (1995) lorsque l'outil est utilisé.

Nous avons choisi l'étude de cas multiples dans le but de comparer les données récoltées dans les deux établissements étudiés. Cette comparaison permet de faire ressortir les similitudes ainsi que les différences dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle par les deux comités de direction. Ces similitudes et différences peuvent être au niveau l'organisation de la salle de pilotage stratégique, des animations, ainsi que des rôles et de l'implication des directeurs dans l'animation. Nous avons choisi deux cas relativement semblables à première vue : deux comités de direction d'établissements de santé et de services sociaux, qui utilisaient régulièrement la salle de pilotage stratégique lorsque la recherche a commencé. Ces similarités entre les deux établissements peuvent influencer les données et les résultats. Cependant, certaines différences entre les deux cas peuvent faire en sorte que les données et résultats sont différents. Ces différences sont au niveau de la taille des établissements représentés par les comités de direction, ainsi que de la complexité des organisations étudiées. En effet, les deux établissements sont de taille et de complexité différentes, le CISSS-A étant plus grand et complexe que le CISSS-B. Toutefois, nous croyons que ces différences permettent de mettre en lumière des subtilités intéressantes en ce qui a trait à l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle.

4.3 Les méthodes de collecte de données choisies

Selon Yin (2003), afin de produire une étude de cas de haute qualité, la collecte de données doit reposer sur trois principes. Le premier est l'utilisation de plusieurs sources de collecte de données. La multiplication des sources permet de renforcer la validité des construits et de tracer des lignes de convergence entre les données analysées (Gagnon, 2012). Les données peuvent provenir de plusieurs méthodes de collectes, les plus utilisées dans les études de cas étant l'observation participante, l'observation directe, l'entrevue, l'analyse documentaire, l'examen de documents

d'archives et l'examen d'artéfacts physiques. Le second principe est de créer une base de données qui pourra être rendue accessible à des chercheurs désirant vérifier tant les analyses que les résultats de l'étude (Gagnon, 2012). Le dernier principe de Yin (2003) pour la collecte de données est le maintien d'une chaîne d'évidences qui servira à démontrer la cohérence et la fiabilité des données recueillies (Gagnon, 2012). Dans la présente étude, afin de récolter suffisamment d'informations pour conduire une analyse représentative et saisir l'ampleur du phénomène observé - l'utilisation de la salle de pilotage stratégique à des fins de contrôle par les comités de direction de deux établissements de santé et de services sociaux- nous avons choisi d'utiliser trois méthodes de collectes de données : l'observation directe; l'entrevue semi structurée; l'analyse de documents. Ce choix fut fait en fonction des ressources du chercheur, de ses codirecteurs et des participants de l'étude.

Les sous-sections suivantes décrivent en détail les éléments de chacune des méthodes de collecte retenues.

4.3.1 L'observation directe

Campenhoudt, Quivy et Marquet (2011) avancent que l'observation dans la recherche en sciences sociales à un triple sens. Cette méthode de collecte de données permet d'abord au chercheur de tester ses hypothèses, mais aussi d'ancrer la recherche dans la réalité du phénomène observé en plus d'être témoin d'aspects du phénomène qu'il n'aurait pas anticipés au départ. Les auteurs conseillent ensuite de structurer l'observation autour de trois questions préliminaires à l'entrée sur le terrain : *observer quoi, sur qui et comment ?* (Campenhoudt, Quivy et Marquet, 2011). *Observer quoi* revient à identifier les données nécessaires pour tester les hypothèses, ces données étant intimement liées aux informations et indicateurs présents dans le cadre conceptuel de la recherche. La question *sur qui* revient d'abord à identifier le champ des analyses empiriques géographiquement et temporellement. Ensuite, elle revient à identifier l'unité d'observation soit l'échantillon d'analyse. Ce dernier peut être une population complète, un échantillon représentatif de cette population ou des composantes strictement non représentatives, mais caractéristiques de la population.

Finalement, *observer comment* revient à identifier et/ou construire les instruments servants à l'observation ainsi que la collecte de données.

L'observation peut être directe ou indirecte, et chaque type ne permet pas de recueillir les informations de la même façon. Par l'observation directe, le chercheur récolte les données en observant lui-même le phénomène ou l'évènement étudié. Cette technique permet de récolter des informations brutes, c'est-à-dire qui n'ont pas été altérées par la perception d'un intermédiaire entre le chercheur et le phénomène. Par l'observation indirecte, le chercheur récolte les informations en posant des questions aux sujets concernés et impliqués dans l'évènement observé. Le chercheur peut utiliser soit un questionnaire ou un guide d'entrevue pour obtenir l'information du répondant.

L'observation directe n'implique aucune participation active de la part du chercheur dans les évènements et phénomènes observés (Gagnon, 2012; Yin, 2003). Elle permet au chercheur de récolter des données en lien avec des comportements ou des conditions environnementales (Gagnon, 2012), et ce en étant présent physiquement dans le milieu étudié (Yin, 2003). La collecte de données peut se faire formellement, avec un protocole d'observation comportant des mesures, ou informellement en récoltant des informations plus spontanément lors de visites du lieu étudié (Yin, 2003). Dans la présente recherche, nous avons choisi de réaliser des observations directes, mais nous utilisons aussi l'observation indirecte grâce à des entrevues qui sont décrites dans la section 4.3.2.

4.3.1.1 Le détail des observations dans la recherche

Nous avons choisi de réaliser l'observation directe des comités de direction des deux établissements de santé impliqués dans l'étude de cas. Nous avons identifié les comités de direction programmés entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2017 durant lesquels il y avait une animation de la salle de pilotage stratégique pour y assister, pour un total de 11 animations observées. Nous étions présents lors de la totalité des comités de direction afin de comprendre le contexte dans lequel s'inscrit l'animation de la salle de pilotage stratégique et d'identifier les directeurs présents. Toutefois, les

éléments notés, observés et analysés ont trait seulement à l'animation de la salle de pilotage stratégique.

Afin de saisir le plus grand nombre d'informations durant les animations, nous avons choisi de prendre librement des notes sous la forme de données brutes. De cette façon, le chercheur pouvait noter une grande quantité d'information qu'il pourrait par la suite trier à partir d'une grille d'analyse des observations. Cette grille d'observation peut être consultée à l'annexe III et sert à mesurer l'incidence de certains comportements ou situations qui ont trait au contrôle durant l'animation de la salle de pilotage stratégique par le comité de direction. Elle est construite à partir des quatre leviers de contrôle de Simons (1995) : le système des croyances; le système des contraintes; le système de contrôle diagnostique; le système de contrôle interactif. Nous avons donc inscrit dans la grille les thèmes relatifs à chaque type de contrôle. Pour le système des croyances, les observations des discussions tournant autour des valeurs furent identifiées et inscrites dans la grille sous la colonne « valeurs ». Pour le système des contraintes, les notes au sujet des discussions portant sur les risques à éviter furent notées dans la colonne « risques à éviter ». Pour le système de contrôle diagnostique, les observations des discussions portant sur les variables critiques de performance furent notées dans la colonne « variables critiques de performance ». Enfin, pour le système de contrôle interactif, les observations des discussions portant sur les incertitudes stratégiques furent notées dans la colonne « incertitudes stratégiques ». De plus, afin de comprendre les dynamiques de contrôle entre les directeurs prenant part à l'animation de la salle de pilotage stratégique, la section de droite de la grille permet d'indiquer quel directeur a discuté des sujets de la colonne de gauche pouvant s'inscrire dans les quatre leviers de contrôle. Nous avons ainsi tenté d'observer comment l'utilisation de la salle de pilotage stratégique par les comités de direction des établissements de santé s'inscrit dans une dynamique de contrôle, dynamique détaillée par les quatre leviers de contrôle de Simons (1995).

En plus des comités de direction formels durant lesquels il y a eu une animation de la salle de pilotage stratégique, nous avons identifié les rencontres informelles ainsi que

les comités de direction spéciaux durant lesquels les enjeux relatifs à la salle de pilotage stratégique étaient discutés. Nous avons pu assister à un comité spécial dédié entièrement à la salle de pilotage stratégique. Les notes prises durant cette rencontre ne suivent pas la grille d'observation mais ont plutôt été construites de manière informelle et spontanée.

4.3.2 Les entretiens

Les entretiens sont des observations indirectes (Campenhout, Quivy et Marquet, 2011) sous la forme de conversations guidées par une série de questions qui sont structurées (Yin, 2003) par un guide d'entretien. Elles servent ultimement à tirer l'information qui ne peut être observée, et ce en adoptant la perspective de la personne interviewée (Patton, 2002).

Le type d'entretien peut prendre plusieurs formes et peut être choisi selon le niveau de liberté du répondant et selon la profondeur et l'acuité de l'information recherchée (Gagnon, 2012), ou en fonction du déterminisme et de la standardisation des questions posées (Patton, 2002). L'entretien libre, aussi appelée entretien non directive (Gagnon, 2012) ou informelle (Patton, 2002), se déroule autour d'un seul thème décomposé en sous-thèmes prédéterminés. Les données qui en ressortent doivent être corroborées avec d'autres sources puisque le répondant guide l'entretien. La seconde forme d'entretien, l'entretien semi-structuré, est guidée par des questions ouvertes structurées par des thèmes découlant du protocole de recherche. La dernière forme d'entretien, l'entretien directive, se déroule autour de questions structurées. Dans cette recherche, nous avons choisi de conduire des entretiens semi-structurés afin d'aborder des questions ouvertes prédéterminées par le chercheur qui laisseront de la latitude aux directeurs interviewés pour répondre aux questions posées.

4.3.2.1 Le détail des entretiens dans la recherche

Nous avons identifié sept directeurs par comité de direction, pour un total de 14 directeurs interviewés que nous avons d'abord contacté par courriel (voir annexe

VII). Ces directeurs sont : les présidents directeurs généraux (PDG); les présidents directeurs généraux adjoints (PDGA); les directeurs de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE); les directeurs des ressources financières (DRF); les directeurs des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ); les directeurs des services professionnels (DSP); les directeurs des soins infirmiers (DSI). Nous avons choisi de conduire deux vagues d'entrevues, la première entre le 20 février et le 5 juillet 2017 et la deuxième entre le 13 novembre 2017 et le 31 janvier 2018. Dans la première vague, nous avons conduit 12 entrevues auprès des PDG, PDGA, DQEPE, DRF, DSP et DSI des deux établissements. Dans la seconde vague, nous avons conduit huit entrevues auprès des DQEPE, DRHCAJ, DSP et DSI des eux établissements. Ces deux vagues nous ont permis de questionner les directeurs à deux reprises sur leur compréhension et leur utilisation de la salle de pilotage stratégique, mais aussi d'avoir la vision de deux directeurs occupant le même poste dans deux organisations différentes. Les vagues d'entrevues étaient séparées par une période d'environ six mois pour favoriser l'évolution des réponses. Chacun des directeurs fut donc interviewé deux fois durant la période, sauf les DRHCAJ, car l'ajout de ces derniers à la liste des directeurs interviewés se produisit avant la deuxième vague d'entrevue, soit en novembre 2017. Chacune des entrevues était prévue pour une durée maximale d'une heure. En fonction du temps disponible des directeurs interviewés, certaines entrevues ont duré trente minutes et d'autres ont duré plus d'une heure et trente minutes.

Les guides d'entrevues utilisés dans les deux vagues d'entrevue furent construits et modifiés en fonction des directeurs interviewés. Dans un premier temps, un guide standard avec des questions ouvertes fut construit pour la première vague d'entrevue. Un exemple de guide de la première vague peut être trouvé à l'annexe V.A. Les questions ont été déterminées dans le but de comprendre comment chaque directeur perçoit la salle de pilotage stratégique et son utilisation par le comité de direction. Certaines questions cherchent de l'information sur les modalités de l'utilisation de la salle de pilotage stratégique, donc appellent à la mémoire des directeurs interviewés. Par exemple, « comment vous préparez-vous à une animation de la salle de pilotage

stratégique » requiert que le répondant explique ce processus en faisant appel à sa mémoire. D'autres questions sont d'ordre analytique et exigent que le directeur interviewé réfléchisse aux répercussions de l'utilisation de la salle de pilotage stratégique par le comité de direction. Un exemple d'un tel type de question est « comment l'utilisation de la salle de pilotage va-t-il changer le mode de gestion du comité de direction ».

Dans un second temps, nous avons construit un deuxième guide pour la deuxième vague d'entrevue. Un exemple de celui-ci peut être consulté à l'annexe V.B. Les questions de ce dernier furent déterminées en fonction des trois thèmes de l'analyse que nous avons identifiés grâce aux observations et à la première vague d'entrevue. Ces thèmes sont : l'animation de la salle de pilotage stratégique; le rôle et l'implication des directeurs dans l'animation de la salle de pilotage stratégique; la gestion des enjeux dans la salle de pilotage stratégique¹⁰. Les questions ont été construites dans le but d'approfondir les constats faits *a posteriori* en lien avec chacun des thèmes. Les questions peuvent donc faire appel à la mémoire des directeurs interviewés, mais certaines peuvent aussi nécessiter que les directeurs analysent ces informations pour répondre à la question. Un exemple d'une question posée aux directeurs et en lien avec les animations des salles de pilotage stratégiques est « comment se structurent vos animations », puis une autre question plus analytique et en lien avec les rôles et l'implication des directeurs « comment se distinguent les rôles des directeurs cliniques par rapport à ceux des directeurs administratifs ». Nous avons travaillé les questions afin que ces dernières soient ouvertes et que les directeurs soient en mesure de donner des réponses contenant beaucoup d'information sur le sujet discuté.

Afin de pouvoir écouter les propos des directeurs interviewés après leur entrevue, nous avons choisi d'enregistrer et de retranscrire intégralement l'audio de chaque entrevue. Yin (2003) met de l'avant que l'enregistrement audio est la méthode la plus

¹⁰ Le thème « gestion des enjeux » fut retiré suite à un consensus entre le chercheur et les deux co-directeurs

efficace pour récapituler une entrevue, mais qu'il est impératif de s'assurer que la personne interviewée donne son consentement, qu'un plan soit établi pour la retranscription ou la réécoute de l'entrevue, que l'appareil pour enregistrer ne dérange pas le déroulement de l'entrevue, que l'écoute du chercheur ne soit pas moins active en raison de l'enregistrement. Nous avons assuré ces derniers points grâce à un formulaire de consentement qui fut signé par les personnes interviewées avant chaque entrevue, l'embauche d'une personne pour retranscrire les entrevues, l'achat d'un appareil d'enregistrement audio discret et simple à utiliser, ainsi que la préparation et le sérieux du chercheur envers les entrevues. Le formulaire de consentement peut être consulté à l'annexe IV.

4.3.3 L'analyse documentaire

La troisième et dernière méthode de collecte de données est l'analyse de documents internes et externes aux organisations étudiées. Ces documents sont de nature multiple et fournissent des informations aidant à comprendre l'organisation étudiée, la salle de pilotage stratégique et comment cette dernière doit être utilisée. L'analyse de documents est une méthode qui se veut utile pour corroborer des renseignements provenant d'autres sources d'informations, pour ajouter des informations à ces autres sources (Yin, 2003) ou pour ajouter des éléments d'informations servant à comprendre le contexte dans lequel s'inscrit le phénomène étudié, soit l'utilisation de la salle de pilotage stratégique par les comités de direction des établissements de santé et de services sociaux.

4.3.3.1 Les détails des analyses documentaires dans la recherche

Dans un premier temps, afin de comprendre le contexte des établissements de santé étudiés, les documents de présentation des établissements ainsi que leur site web furent analysés. Dans un second temps, afin de comprendre le contexte de l'implantation de la salle de pilotage stratégique dans les établissements du réseau de santé québécois, la planification stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que les documents officiels du ministère sur l'implantation du projet de

loi 10 furent analysés. Dans un troisième temps, afin de comprendre les balises et les directives pour implanter les salles de pilotage stratégiques, les documents officiels des chercheurs aidant les établissements dans cette tâche ainsi que les documents non officiels des établissements sur le suivi de l'implantation furent analysés. Le formulaire de consentement au partage et à la consultation des documents utilisé se trouve à l'annexe VI.

4.3.4 La triangulation des méthodes de collecte de données

Selon Yin (2003), une des forces importante de l'étude de cas est l'utilisation conjointe de plusieurs méthodes de collecte de données. En effet, chaque méthode de collecte présente des avantages complémentaires qui réduisent les désavantages des autres. L'utilisation de plusieurs sources permet non seulement au chercheur d'adresser une gamme plus vaste de problématiques, mais aussi de développer des lignes convergentes d'informations (*converging lines of inquiry*). Le fait de réunir l'information de plusieurs sources permet d'augmenter le construit interne et de corroborer des faits ou observations. L'auteur argumente que de cette façon, les résultats ou les conclusions d'études de cas assurant la triangulation des méthodes ont plus de chance d'être persuasifs et précis. Dans le cas de la présente étude, nous avons assuré la triangulation, cette dernière étant quant aux méthodes de collectes de données ainsi qu'aux sources d'informations.

4.4 L'analyse des données recueillies

Préalablement à l'analyse des données recueillies lors des observations, entrevues et dans les documents consultés, nous avons dû préparer les données brutes afin d'être en mesure de les analyser adéquatement. Nous avons d'abord clarifié les notes prises durant les observations afin qu'elles soient claires et complètes. Ces notes totalisent 51 pages format lettre pour environ 1275 lignes de texte analysé. Nous avons ensuite fait retranscrire le verbatim des entrevues, totalisant 393 pages de verbatim et environ

13 755 lignes de textes. Nous avons finalement clarifié les notes et trié les 30 documents consultés.

Afin d'analyser les données provenant des trois méthodes de collectes détaillées dans les sections 4.3.1 à 4.3.3, nous avons choisi d'utiliser le logiciel N'Vivo. Ce dernier nous permet de créer des thèmes et indicateurs pouvant être regroupés par catégorie en fonction de notre cadre d'analyse qui se base sur les quatre leviers de contrôle de Simons (1995). Nous avons déterminé 14 thèmes regroupant 12 indicateurs présents dans les 22 entrevues, 11 observations et 30 documents consultés.

D'abord, nous avons développé des thèmes s'inscrivant dans la dimension du cadre d'analyse sur la structure de la salle de pilotage stratégique. Entre autres, les informations provenant de la collecte de données pouvaient être classées en fonction de chacun des quatre murs. Ensuite, nous avons développé des thèmes illustrant la dimension sur l'animation de la salle de pilotage stratégique. Nous avons aussi développé des thèmes représentant la troisième dimension du cadre d'analyse – les rôles et l'implication des directeurs dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique. Des thèmes comme « la vision des PDG » et « l'engagement des médecins » furent utilisés pour classer les données. En plus de ces thèmes, nous en avons aussi développés qui s'inscrivent dans les quatre leviers de contrôle de Simons (1995). Nous avons ainsi développé un thème par levier, soit le contrôle des croyances, le contrôle des contraintes, le contrôle diagnostique et le contrôle interactif.

Une fois l'information classée par thème et indicateur, nous avons utilisé les données provenant de chaque méthode de collecte pour développer les sections de l'analyse – chapitres 5 à 7 – représentant les trois dimensions du cadre conceptuel. Cependant, chaque section nécessita en plus grande partie l'information d'une méthode de collecte en particulier. Pour la dimension sur la structure de la salle de pilotage et le contrôle stratégique, nous avons majoritairement utilisé les données provenant de l'analyse documentaire car les documents ont permis de décrire en détail le contenu

des murs. Nous avons par la suite corroboré et modifié les informations en fonction des observations et des entrevues. Pour la dimension sur l'animation de la salle de pilotage stratégique, nous avons utilisé en grande partie les données provenant des observations, pour ensuite les corroborer avec les informations provenant des entrevues. Pour la dernière dimension sur le rôle et l'implication des directeurs, l'information provenant des entrevues fut majoritaire. Nous les avons ensuite corroborées avec les informations tirées des observations. Ainsi, l'analyse prit en compte l'information de chacune des méthodes de collecte de données afin de compléter ou de corroborer les observations ou les constats avec d'autres sources que la principale.

Suite à l'analyse des données et à la rédaction des chapitres 5, 6 et 7, nous avons fait valider les informations respectives auprès des directeurs de la DQEPE des deux établissements étudiés. Ces derniers ont pu demander des modifications au sujet de certaines informations erronées ou désuètes, qui furent corrigées. La validation des données des deux établissements permis d'assurer une juste et fidèle représentation des deux cas étudiés, en plus d'assurer le consentement au partage des informations citées et au niveau de confidentialité des informations choisi.

4.5 Les enjeux éthiques de la recherche

Puisque cette recherche se fait en collaboration avec des individus par l'entremise d'entrevues et d'observations, certains enjeux éthiques propres à ce type de collecte de données doivent être soulevés.

Puisque nous avons choisi de ne pas divulguer les noms des personnes et établissements étudiés, la confidentialité des données est un enjeu important. Afin d'assurer la confidentialité des données recueillies et analysées durant cette étude, nous avons pris certaines mesures réduisant le partage des données ainsi que l'identification des établissements et personnes citées. D'abord, l'analyse complète des données se fit sur l'ordinateur du chercheur principal. Ce dernier a créé un dossier

sécurisé à l'aide d'un mot de passe dans lequel sont sauvegardés tous les documents relatifs à la recherche. En plus de la sécurisation numérique de ce dossier, le document principal de la recherche est lui aussi sécurisé à l'aide d'un mot de passe. Afin d'assurer la pleine confidentialité des établissements ou des personnes, aucun nom de personne n'apparaît dans les documents, et les noms des deux établissements ont été remplacés par des noms substitués dès le début de la recherche. Enfin, afin de diminuer le plus possible la reconnaissance des individus ayant pris part à cette étude, nous avons parfois maquillé le genre utilisé pour les décrire dans le présent mémoire.

Cependant, il est nécessaire d'affirmer que la confidentialité des données présente certaines limites malgré les mesures prises par les chercheurs pour éviter la reconnaissance des établissements et individus ayant pris part à cette recherche. En effet, en raison de la nature des établissements étudiés ainsi que de la relative proximité des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux québécois, quelqu'un de très informé sur les différentes manières de fonctionner des établissements pourrait reconnaître les établissements étudiés. C'est pour cette raison que nous avons tenté au mieux de notre connaissance, sans altérer les données pour l'analyse, de maquiller les données pouvant favoriser la reconnaissance des établissements et personnes ayant pris part à l'étude en plus d'avoir fait valider les données respectives par les directeurs de la DQEPE des deux établissements.

4.6 La présentation des deux établissements choisis comme terrains pour l'étude de cas

4.6.1 Le premier cas : le centre intégré de santé et de services sociaux A (CISSS-A)

Le premier terrain faisant l'objet de l'étude de cas pour ce mémoire est le comité de direction d'un CISSS. Nous avons choisi de nommer ce dernier CISSS-A. Desservant près de 300 000 personnes sur un territoire dépassant 40km² et comportant plusieurs divisions territoriales, le CISSS-A est composé de plus d'une quarantaine

d'installations de santé et de services sociaux dans lesquelles on peut retrouver plus de 45 cliniques médicales et une dizaine de GMF. Près de 15 000 employés et près de 800 médecins travaillent dans les différents établissements de ce CISSS. La population desservie par le CISSS-A est en général plus vulnérable que la moyenne de la région. Entre autres, la proportion d'ainés vivant seuls, de personnes vivant sous le seuil de faible revenu ainsi que le nombre d'hospitalisations en médecine et en psychiatrie sont des indicateurs présentant des statistiques supérieures à la moyenne affichée par les CISSS du reste du Québec. La complexité des caractéristiques du milieu desservi par le CISSS-A se répercute dans son offre de services qui doit combler les besoins de la population. La direction du CISSS-A doit ainsi adapter son offre de services ainsi que les soins prodigués afin de répondre aux particularités de la population desservie par l'établissement.

En plus des caractéristiques citées ci-haut, le CISSS-A subit depuis les dernières années une transformation majeure au niveau de sa structure. En plus d'avoir incorporé plusieurs établissements lors de la fusion suivant l'adoption de la Loi 10 en avril 2015 comme la majorité des CISSS du Québec, ce dernier a aussi fait l'objet d'un projet d'envergure d'intégration d'un centre de soins.

Le comité de direction de ce CISSS est composé d'une vingtaine de directeurs, répartis dans près du même nombre de directions et bureaux. Le comité de direction se rencontre deux fois par mois dont une fois durant laquelle il y a animation de la salle de pilotage stratégique. Ces rencontres se déroulent dans la salle de réunion officielle où se trouve la salle de pilotage stratégique, située dans les bureaux administratifs de l'établissement où sont aussi ceux de la direction générale. Pour leur part, les bureaux des directeurs du comité de direction sont dispersés à plusieurs endroits sur le territoire couvert par le CISSS-A.

4.6.2 Le deuxième cas : le centre intégré de santé et de service sociaux B (CISSS-B)

Le second terrain faisant l'objet de l'étude de cas pour ce mémoire est le comité de direction d'un second CISSS, que nous nommerons ici CISSS-B. L'établissement dessert un territoire de plus de 200 km² sur lequel se trouvent près de 400 000 habitants. On peut retrouver plus d'une trentaine d'installations de santé et de services sociaux sur le territoire desservi par le CISSS-B, dont plus de 40 cliniques médicales et près d'une quinzaine de groupes de médecine familiale (GMF). Près de 10 000 employés et 600 médecins, dentistes et pharmaciens travaillent dans les établissements du CISSS-B afin de répondre aux besoins de la population relativement homogène de son territoire. Lors de la fusion des établissements en avril 2015, le CISSS-B a intégré, entre autres, un centre de soins particuliers augmentant ainsi la complexité de son offre de soins.

Le comité de direction du CISSS-B est composé d'une vingtaine de directeurs répartis dans près du même nombre de directions cliniques et administratives. Les bureaux de la haute direction et de quelques directeurs cliniques sont en majorité situés dans l'aile administrative de l'hôpital principal du CISSS-B. Les bureaux des directeurs administratifs et des autres directeurs cliniques sont, pour leur part, presque tous situés de part et d'autre du territoire desservi par l'établissement. Le comité de direction du CISSS-B se rencontre deux fois par mois, dont une durant laquelle il y a animation de la salle de pilotage stratégique. Cette dernière est située dans l'aile administrative de l'hôpital principal du CISSS-B, au même endroit que les bureaux de la haute direction et ceux de plusieurs directeurs cliniques.

4.6.3 Le contexte de l'implantation de la salle de pilotage stratégique dans le réseau de santé et de services sociaux québécois

Les salles de pilotage stratégiques des deux centres intégrés de santé et de services sociaux étudiés ont été mises en place selon les directives ministérielles du MSSS

après l'adoption, en février 2015, de la loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux.

Vers la fin de l'année 2014, le MSSS changea de gouvernement. Accaparant plus de la moitié du budget provincial, le MSSS est le ministère le plus important du gouvernement du Québec¹¹. Le premier ministre libéral élu, Philippe Couillard, choisit de mettre le docteur Gaëtan Barrette à la tête de ce ministère¹². Le nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux développa un plan mettant de l'avant la performance du système de santé québécois, en commençant par la réorganisation de sa structure¹³. Il choisit alors, avec l'adoption du projet de loi 10 en février 2015, de centraliser les établissements en abolissant les agences régionales de santé et de services sociaux (ARSSS) et en fusionnant les 182 centres de santé et de services sociaux (CSSS) en 34 centres intégrés et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS)¹⁴. Les CISSS et les CIUSSS sont ainsi composés de centres de soins aux missions variées et ont comme mandat la coordination territoriale et la prestation des services (Levine, 2015). Cette restructuration par la fusion des établissements et par l'élimination d'un palier administratif fait en sorte que les directions des CISSS et CIUSSS, surtout les PDG, sont directement sous la gouverne du MSSS et de son ministre.

Plusieurs mesures ont ainsi été élaborées et mises en place dans les organisations de santé québécoises afin de favoriser une culture et une gestion axée sur l'amélioration de la performance. L'une de ces mesures est l'implantation des salles de pilotage stratégiques : « ces salles serviront d'outils d'alignement, de priorisation et de concertation pour les établissements et le MSSS » (MSSS, 2017: 18). En effet, le plan

¹¹ http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2017-2018/fr/documents/PlanEconomique_Mars2017.pdf#page=459

¹² <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/ministre/>

¹³ <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/>

¹⁴ <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-10-41-1.htm>

stratégique 2015-2020 du MSSS indique que tous les établissements doivent s'être dotés de cet outil de gestion avant 2018 (MSSS, 2017).

À l'automne 2015, le MSSS a élaboré une nouvelle orientation en matière de performance : « mesurer et analyser la performance opérationnelle, afin de favoriser la production de renseignements qui permettent d'identifier des pistes et des leviers d'amélioration de la prestation de services »¹⁵. Cette nouvelle orientation s'inscrit dans la mise en œuvre de la loi 10 et encadre l'utilisation de la salle de pilotage stratégique dans les établissements de santé et de services sociaux québécois. Par la suite, en janvier 2016, le MSSS a priorisé les objectifs de son plan stratégique pour 2015-2020 afin d'identifier ceux qui serviront de pilier au soutien de la réforme instaurée par la loi 10¹⁶. Ces objectifs prioritaires sont ainsi ceux qui se retrouvent dans les différentes dimensions des salles de pilotage stratégiques des établissements.

La salle de pilotage stratégique fut ainsi imposée aux comités de directions de tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux québécois par le MSSS. Lors de la collecte de données de la présente étude, les deux établissements collaborateurs avaient implanté et utilisaient régulièrement leur salle de pilotage stratégique comme outil de gestion.

¹⁵ <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/mesure-et-analyse-de-la-performance/>

¹⁶ Idem 15

Partie II – Analyse des données

Chapitre 5 La structure de la salle de pilotage et le contrôle stratégique

Dans les deux établissements étudiés, la salle de pilotage stratégique fut construite de telle façon que chaque mur représente une dimension du cycle PDCA. Elle est mise en œuvre dans une pièce permettant aux acteurs stratégiques – les membres du comité de direction - de se rencontrer pour discuter de la performance actuelle et future. L'analyse des murs des salles de pilotage stratégiques des deux organisations étudiées ainsi que de la pièce dans laquelle est organisée la salle de pilotage stratégique nous permet de comprendre comment ces dimensions structurelles influencent son utilisation comme outil d'amélioration de la performance et de contrôle. À cette fin, nous analyserons les documents officiels de l'implantation des salles de pilotage stratégiques - le cadre de référence (MSSS et Chaire IRISS, 2015) et la présentation PowerPoint subséquente (Chaire IRISS et Pôle Santé, 2016), ainsi que les documents et photos des salles de pilotage stratégiques des deux établissements étudiés.

5.1 Les murs de la salle de pilotage stratégique

Les balises du contenu des murs des salles de pilotage stratégiques du CISSS-A et du CISSS-B furent prédéterminées par le MSSS et la Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé (IRISS) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Pour aider les organisations à construire les murs de leur salle de pilotage stratégique, la chaire IRISS ainsi que le Pôle Santé de HEC Montréal ont mis sur pied des formations et des documents destinés aux directions des établissements de santé. Ces documents servent de guides pour les directions responsables d'implanter la salle de pilotage stratégique, soit la DQEPE. Toutefois,

ces dernières avaient une certaine latitude quant à la présentation et au contenu des dimensions.

Dans le cadre de référence (MSSS et Chaire IRISS, 2015) ainsi que dans le document de formation sur la salle de pilotage (Chaire IRISS et Pôle Santé, 2016), qui furent partagés à tous les établissements de santé du Québec, dont le CISSS-B et le CISSS-A, on peut trouver une image représentant les grandes dimensions de la salle de pilotage. Cette image, présentée à la Figure 5.1 résume sommairement les éléments que l'on doit trouver sur chaque mur ou dimension. Les quatre dimensions sont analysées dans les sous-sections 5.1.1 à 5.1.4.

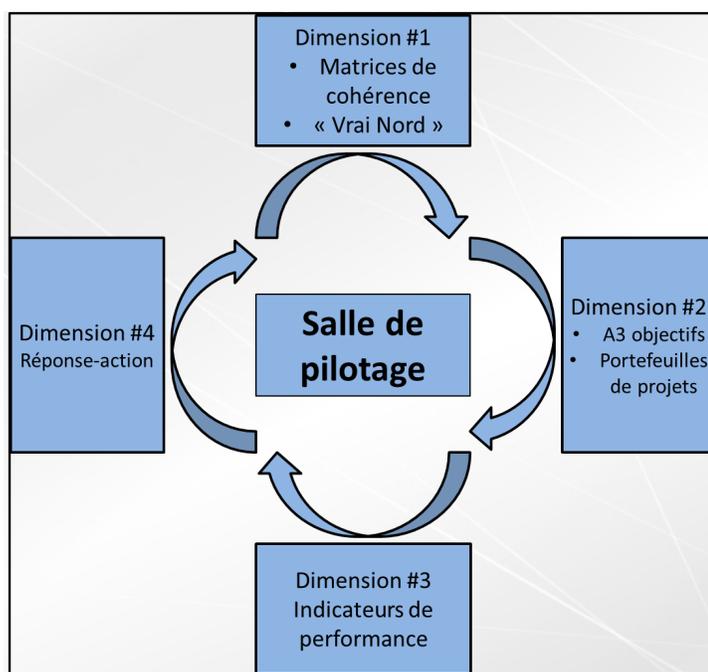


Figure 5.1 - Les 4 dimensions d'une salle de pilotage. - Source : formation sur les salles de pilotage, Chaire IRISS et Pôle Santé (2016)

5.1.1 Mur 1 – dimension « vision à long terme » (*Plan*)

5.1.1.1 Analyse du mur 1, la dimension « vision à long terme » dans le cadre de référence

Le mur 1 « vision à long terme » représente la dimension explicitant la planification stratégique de l'organisation. On y retrouve le Vrai Nord ainsi que la matrice de cohérence, aussi appelée matrice en X.

Le Vrai Nord communique la mission, la vision et les valeurs de l'organisation. On peut également y retrouver les volets de la performance des établissements. Un exemple de Vrai Nord est présenté à la Figure 5.2. Puisque les deux organisations étudiées œuvrent dans le milieu de la santé et des services sociaux, les éléments inscrits au Vrai Nord doivent refléter la mission particulière de ce type d'organisation en plaçant le patient au cœur de la stratégie. Cet exemple était présent dans le cadre de référence du MSSS et de la chaire IRISS (2015) ainsi que dans la présentation de la chaire IRISS et du Pôle santé (2016) sur l'implantation de la salle de pilotage et donc disponible pour les gestionnaires responsables de l'implantation de la salle de pilotage stratégique au CISSS-B et au CISSS-A.

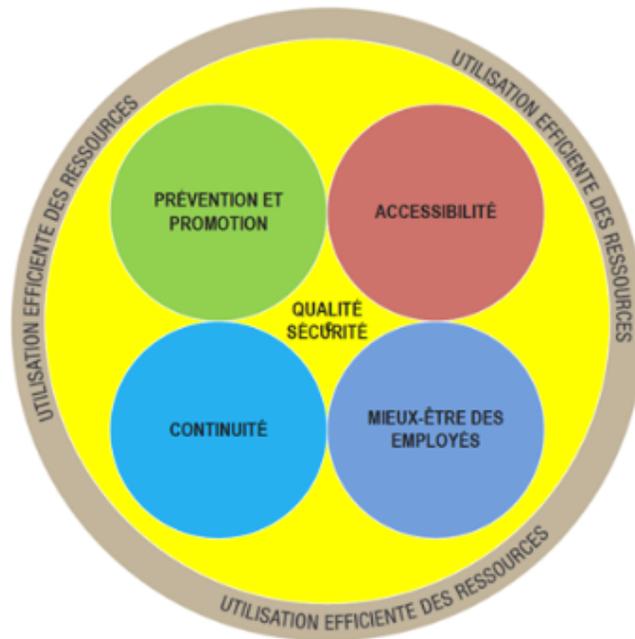


Figure 5.2 - Exemple de Vrai Nord, Source: présentation sur les salles de pilotage, chaire IRISS et Pôle Santé (2016)

Ensuite, on retrouve aussi sur le mur 1 la matrice de cohérence, représentant la planification stratégique de l'organisation. La Figure 5.3 en présente un exemple. Cet outil permet de décliner les actions à prendre selon les directions et les niveaux hiérarchiques pour assurer la cohérence entre la stratégie de l'organisation et les actions mises en œuvre sur le terrain. En déclinant les objectifs stratégiques en actions à prendre à plusieurs niveaux, on assure « la cohérence des actions de la base avec la stratégie choisie de l'organisation » (MSSS et Chaire IRISS, 2015). On retrouve sur la matrice trois volets de la cohérence : l'intention stratégique; les indicateurs; les rôles et responsabilités des personnes ou directions impliquées. Afin d'assurer de manière réaliste la réalisation des objectifs et actions déterminés sur la matrice de cohérence, les directions doivent calculer leur capacité et ainsi déterminer l'aptitude de l'organisation à réaliser ce qui est prévu. Ce calcul de la capacité permet « une meilleure gestion du portefeuille de projets en favorisant la priorisation des actions ainsi que l'atteinte des objectifs, tout en respectant l'engagement des ressources impliquées » (Chaire IRISS et Pôle Santé, 2016). Les directions peuvent alors calculer leur capacité théorique pour ensuite être en mesure d'attribuer et programmer les projets selon leur capacité réelle.

La matrice de cohérence est ainsi un outil de gestion qui permet de descendre les informations du haut de l'organisation (i.e. la direction générale) aux plus bas niveaux (i.e. aux opérations, dans les départements), s'apparentant ainsi à une gestion descendante (*top down*).

Figure 5.3 – Exemple de matrice de cohérence des établissements de santé, Source: présentation sur les salles de pilotage - Chaire IRISS et Pôle Santé (2016)

La Figure 5.4 présente un exemple des éléments qui devraient être présents sur le mur 1, dans la dimension « vision à long terme » de la salle de pilotage stratégique.

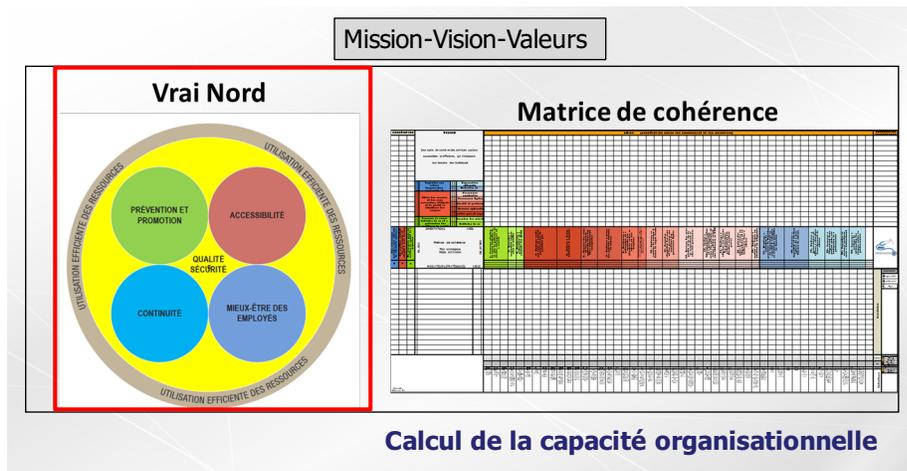


Figure 5.4 - Exemple du mur 1 : dimension « vision à long terme », Source: Présentation sur les salles de pilotage - Chaire IRISS et Pôle Santé (2016)

5.1.1.2 Analyse du mur 1, la dimension « vision à long terme » au CISSS-A

Le mur 1 au CISSS-A suit de très près les recommandations du cadre de référence suggéré par la chaire IRISS. Les trois éléments suggérés sont présentés sur deux murs. Sur le premier mur, on retrouve en en-tête le titre « 01 Planifier » ce qui identifie clairement la section. À droite sur celui-ci, on retrouve le modèle de performance déterminé par la direction de l'établissement. Ce modèle inclut trois grands volets de la performance, entre autres l'accessibilité et la qualité des services. Les trois dimensions du modèle englobent la dimension « patient/client », au cœur de la mission d'un établissement de santé. Sous ce modèle, on peut retrouver le détail de chacune des trois dimensions. Sur le second mur, la mission, la vision et les valeurs sont indiquées sur de grandes pancartes d'environ 3' par 6'. L'affiche avec en-tête « mission » présente le détail de la mission de l'organisation. Sur l'affiche « vision », on retrouve aussi du texte détaillant la vision du CISSS-A. Sur les deux affiches « valeurs », on retrouve les quatre grandes valeurs de l'organisation accompagnées de logos les imageant.

La disponibilité du contenu de cette dimension est un élément important pour la haute direction, comme l'explique le PDG : « pour moi, [...] mes assises comme gestionnaire sont affichées dans la salle stratégique : mission, vision, valeurs, plan stratégique et le cadre de performance qualité ». Cette information est ainsi disponible aux directeurs, mais aussi à tous ceux qui se trouvent dans la salle de pilotage stratégique, ce qui permet un rappel constant des dimensions de la performance à prioriser ainsi que des valeurs, de la mission et de la vision à suivre durant l'animation des murs, mais aussi durant toute autre réunion ou événement ayant lieu dans cette pièce. Le grand format de ces dimensions du mur 1 permet aussi de rapidement voir et comprendre la planification stratégique de l'organisation, et ce à plusieurs pieds du mur.

La Figure 5.5 présente la disposition des éléments affichés sur la dimension « vision à long terme » du CISSS-A¹⁷.

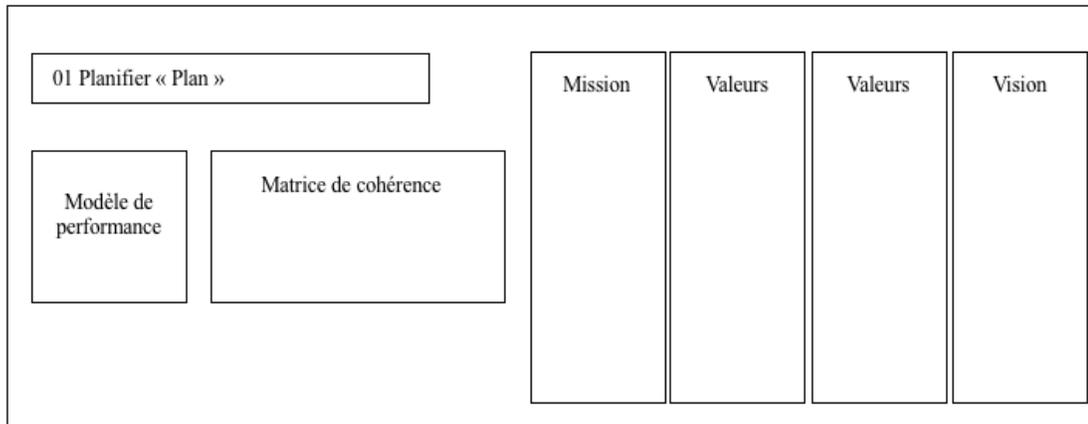


Figure 5.5 - Croquis du mur 1, dimension « vision long terme » du CISSS-A

5.1.1.3 Analyse du mur 1, la dimension « vision à long terme » au CISSS-B

La première dimension « vision à long terme » au CISSS-B est affichée sur la moitié d'un mur, l'autre moitié étant dédiée à la dimension « actions actuelles » (*Do* du PDCA). En en-tête de cette section de mur, on retrouve à droite une feuille avec le titre « Dimension 1 Planification » et une banderole au centre sur laquelle est inscrite « planification stratégique ». À l'intérieur de cette dimension, on retrouve au centre la matrice de cohérence. À sa droite, on retrouve le tableau de suivi des indicateurs, ces derniers étant ceux présents dans la matrice de cohérence. Cependant, les dimensions du Vrai Nord n'y sont pas présentées. Il n'y a aucun document présentant la mission, la vision et les valeurs de l'organisation. Les volets de la performance de l'établissement de santé n'y sont pas affichés non plus.

La Figure 5.6 présente la disposition des éléments affichés sur la dimension « vision à long terme » du CISSS-B¹⁸.

¹⁷ Ces informations sont confirmées en date de mai 2018, les éléments discutés peuvent avoir changé depuis.

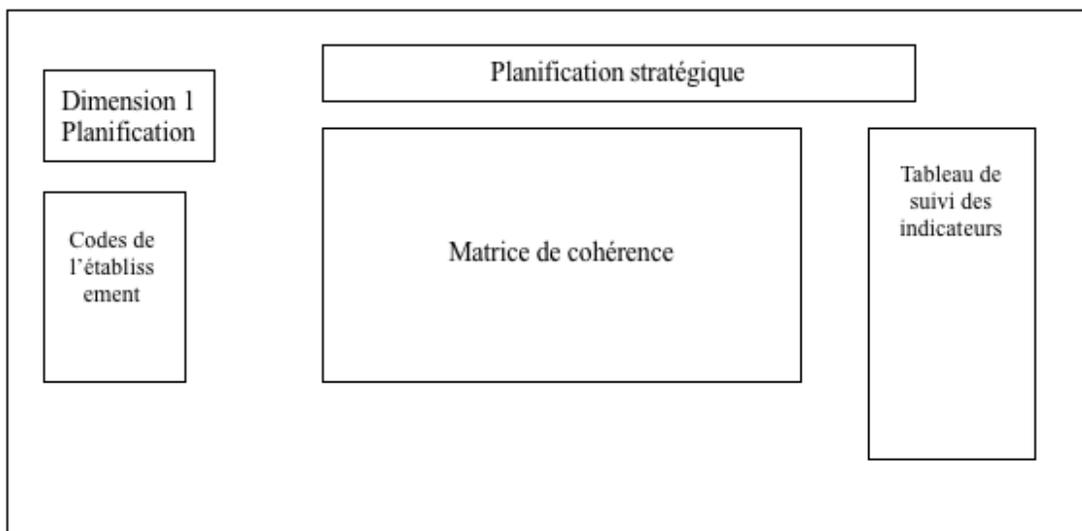


Figure 5.6 - Croquis du mur 1, dimension « vision à long terme » du CISSS-B

5.1.1.4 Analyse de la dimension 1 « vision à long terme » comme système de contrôle

La dimension « planifier », présente sur le mur 1 de la salle de pilotage stratégique, élabore les grandes lignes de la planification stratégique de l'organisation. Théoriquement, les recommandations du MSSS et de la chaire IRISS dans le cadre de référence sur le contenu devant être présent dans cette dimension s'inscrivent dans un système de contrôle des croyances ainsi que dans celui des contraintes.

Le premier système de contrôle favorisé par le mur 1 se base sur les valeurs fondamentales de l'organisation et la stratégie est considérée comme une vision. Ce système est utilisé pour inspirer et guider les parties prenantes de l'organisation dans la recherche et la découverte de nouvelles occasions d'affaires ainsi que pour favoriser l'engagement des membres aux grands buts de l'organisation afin de créer de la valeur. Les documents formels et informels, comme la matrice de cohérence et les affiches présentant la vision, la mission et les valeurs, permettent à la direction de

¹⁸ Ces informations sont confirmées en date de mai 2018, les éléments discutés peuvent avoir changé depuis.

communiquer sa vision stratégique aux différents paliers de l'organisation pour ainsi aligner les actions à la performance désirée et à la stratégie de l'entreprise. En affichant les orientations stratégiques ainsi que les dimensions de la performance, ce type de contrôle est favorisé. Leur absence pourrait faire en sorte que le levier du contrôle des croyances n'est pas utilisé lors des animations.

Le second système de contrôle favorisé par le mur 1, celui des contraintes, est mis en œuvre par le calcul de la capacité organisationnelle et par la matrice de cohérence. Ce système de contrôle communique les limites formelles à l'intérieur desquelles les directeurs peuvent agir pour atteindre les objectifs présents sur la matrice. Bien que les termes utilisés ne soient pas négatifs, et qu'il n'y ait pas la présence de sanctions liées à des comportements s'inscrivant à l'extérieur de ces limites, un contrôle des contraintes organisationnelles est présent par l'affichage des objectifs à atteindre, leur attribution aux directeurs, ainsi que le calcul de la capacité organisationnelle.

Dans les deux cas étudiés, nous y retrouvons la matrice de cohérence, ce qui permet à tout individu présent dans la salle de pilotage de voir et comprendre avec précision les intentions stratégiques du MSSS, les indicateurs que les établissements doivent atteindre et suivre, ainsi que l'attribution de ces indicateurs aux différentes directions, divisés en rôle et responsabilités. La matrice de cohérence est un outil visuel de priorisation et d'attribution des activités stratégiques, ce qui permet un rappel rapide des objectifs stratégiques à prioriser. Elle permet donc d'assurer une cohérence entre les objectifs, les indicateurs et les actions prises par les dirigeants de l'organisation.

Une différence importante au niveau de la dimension « planifier » de la salle de pilotage stratégique des deux établissements étudiés est la présence au CISSS-A et l'absence au CISSS-B du modèle de performance et de l'identification et l'explication de la mission, de la vision et des valeurs priorisées par l'organisation. Au CISSS-A, ces dimensions stratégiques sont présentes et très visibles, permettant à quiconque se trouve dans la salle de pilotage stratégique de comprendre en un coup d'œil les grands volets de la stratégie de l'organisation. Au CISSS-B, ces dimensions

stratégiques sont absentes du mur « planifier », et ne se retrouvent sur aucun autre mur de la salle de pilotage stratégique. Cette absence du modèle de performance et de la mission, de la vision et des valeurs organisationnelles peut diminuer le contrôle des croyances au sein de l'organisation. La haute direction doit s'assurer que les objectifs organisationnels s'inscrivent à tout moment dans la vision stratégique afin d'aligner la performance de son organisation. Pour le CISSS-A, cet alignement peut être favorisé en un coup d'œil par l'observation des affiches expliquant la mission, la vision et les valeurs de l'établissement. Dans une situation ambiguë où les membres du comité de direction hésitent à prendre une décision délicate, ces éléments stratégiques peuvent être rappelés facilement verbalement ou visuellement s'ils sont affichés. Cependant, au CISSS-B, puisque ces éléments de la vision stratégique sont absents des murs, les directeurs ou tout autre acteur de l'organisation présent dans la salle de pilotage stratégique doivent les connaître par cœur afin d'assurer un alignement entre les intentions stratégiques et les actions et décisions prises.

5.1.2 Mur 2 - dimension « actions actuelles » (*Do*)

5.1.2.1 Analyse du mur 2, la dimension « actions actuelles » dans le cadre de référence

La deuxième dimension de la salle de pilotage stratégique, affichée sur le mur 2, représente le *Do* du PDCA et peut se traduire en français par « réaliser », « déployer » ou « élaborer ». Le cadre de référence suggère aux établissements d'utiliser le terme « actions actuelles » pour identifier cette section dans les salles de pilotage stratégiques. Cette dimension présente dans un premier temps les objectifs prioritaires de la planification stratégique de l'organisation qui est affichée sur le mur 1. Ces objectifs doivent faire l'objet d'une plus grande attention de la part des directeurs et des membres de l'organisation présents dans la salle de pilotage stratégique, car leur réalisation est nécessaire à la mise en œuvre de la stratégie organisationnelle ciblée dans la planification. Afin d'illustrer la démarche de résolution de problème ou d'atteinte de l'objectif, le cadre de référence suggère d'utiliser une fiche A3 objectif (aussi appelée A3 stratégique, traduit de l'anglais *Strategic* ou *A3Mother A3*) pour

chacun des objectifs prioritaires. Une A3 objectif est un outil visuel présenté sur une feuille de format 11" par 17" (format A3 papier) sur laquelle est détaillée la démarche standardisée et déterminée pour atteindre un objectif stratégique prioritaire. La démarche est ainsi structurée selon l'approche de résolution de problèmes PDCA. La Figure 5.7 présente un exemple de feuille A3 objectif pouvant être utilisé dans la dimension « actions actuelles » de la salle de pilotage stratégique.

Établissement : Titre :		Promoteur : Collaborateur :		Niveau : A3 Objectif																																																											
				Date :																																																											
				Version :																																																											
Raison de l'action	Analyse des écarts			Plan d'action																																																											
Condition actuelle	Approche solution			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ejau</th> <th>Action</th> <th>Indicateur</th> <th>Cible</th> <th>Resp.</th> <th>Col.</th> <th>Date</th> <th>État</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Ejau	Action	Indicateur	Cible	Resp.	Col.	Date	État																																																
	Ejau	Action	Indicateur					Cible	Resp.	Col.	Date	État																																																			
			<table border="1"> <tr><td>1.</td><td> </td><td>7.</td><td> </td></tr> <tr><td>2.</td><td> </td><td>8.</td><td> </td></tr> <tr><td>3.</td><td> </td><td>9.</td><td> </td></tr> <tr><td>4.</td><td> </td><td>10.</td><td> </td></tr> <tr><td>5.</td><td> </td><td>11.</td><td> </td></tr> <tr><td>6.</td><td> </td><td>12.</td><td> </td></tr> </table>			1.		7.		2.		8.		3.		9.		4.		10.		5.		11.		6.		12.																																			
1.		7.																																																													
2.		8.																																																													
3.		9.																																																													
4.		10.																																																													
5.		11.																																																													
6.		12.																																																													
Condition désirée	Matrice Effort/Impact			Leçons apprises																																																											

Figure 5.7 - Exemple de feuille A3 objectif (stratégique), Source: présentation sur la salle de pilotage stratégique - Chaire IRISS et Pôle Santé (2016)

La fiche A3 objectif est divisée en sept étapes suivant la méthode PDCA. Les étapes sont, dans l'ordre de haut en bas et de gauche à droite, les suivantes : raison de l'action ou raison d'agir; condition actuelle; condition désirée ou condition cible; analyse des écarts; approche solution (projets); plan d'action; leçons apprises. Ainsi, lorsque le directeur responsable d'un objectif présente la fiche A3 correspondante, il peut partager au reste du comité de direction la démarche de résolution de problèmes retenue pour réaliser cet objectif.

Dans un deuxième temps, la dimension 2 « actions actuelles » de la salle de pilotage stratégique doit présenter le portefeuille de projets ou les différentes actions des membres présents dans la salle de pilotage stratégique, soit des directeurs du comité de direction de l'établissement. Ce dernier doit donc s'adonner à un exercice de consolidation des projets en cours afin d'être en mesure d'illustrer l'impact des actions sur les projets et de faire le suivi des efforts investis par ses membres selon la capacité organisationnelle déterminée dans la planification.

5.1.2.2 Analyse du mur 2, la dimension « actions actuelles » au CISSS-A

Le mur 2 du CISSS-A présente les six projets identifiés comme prioritaires par le comité de direction de l'établissement. En en-tête est inscrit « 02 Réaliser « Do » » afin d'identifier la section. Sous l'en-tête, deux sous-sections sont identifiées : objectifs et suivi. On retrouve dans la première sous-section les objectifs présentés sous la forme d'A3 objectifs. À gauche de chaque objectif sous la section « suivi », une feuille du même format présente visuellement l'état d'avancement de chaque objectif.

On ne retrouve pas l'ensemble du portefeuille de projets sur le mur 2 du CISSS-A, comme il était suggéré dans le cadre de référence du MSSS et de la chaire IRISS (2015). Ainsi, ce mur sert strictement au suivi des projets prioritaires sous forme d'A3 objectifs, et non du portefeuille de projets.

La Figure 5.8 illustre la disposition des éléments sur la dimension « actions actuelles » au CISSS-A¹⁹.

¹⁹ Ces informations sont confirmées en date de mai 2018, les éléments discutés peuvent avoir changé depuis.

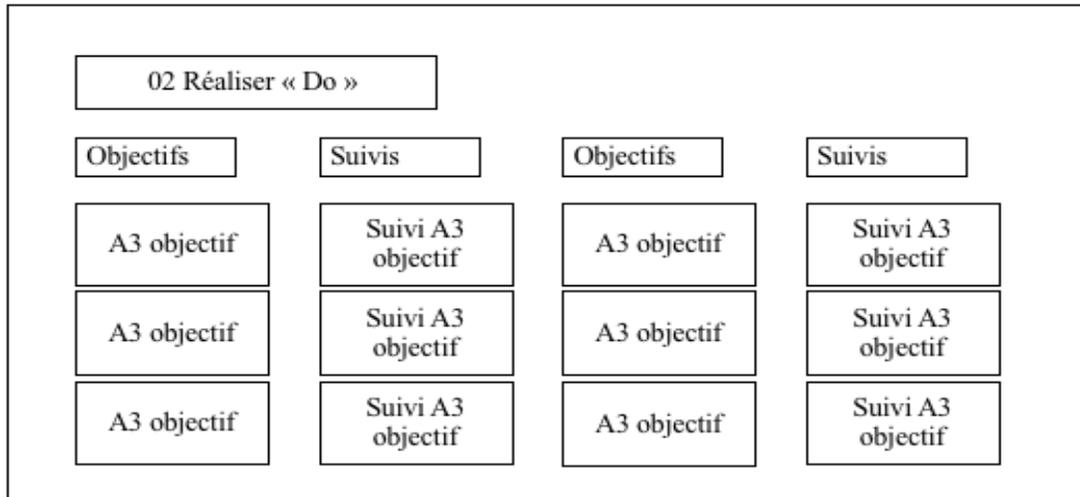


Figure 5.8 - Croquis du mur 2, dimension « actions actuelles » au CISSS-A

5.1.2.3 Analyse du mur 2, la dimension « actions actuelles » au CISSS-B

Le mur 2 du CISSS-B est beaucoup plus détaillé que celui du CISSS-A. Il s'étale sur deux murs et on y retrouve les A3 prioritaires qui correspondent aux chantiers prioritaires du MSSS ainsi que l'ensemble du portefeuille de projets des directions, incluant leur niveau d'avancement. Sur la première section de cette dimension, qui se trouve sur le même mur étant utilisé pour la dimension « vision à long terme », on retrouve en en-tête une feuille avec l'inscription « dimension 2 élaboration ». Une banderole chapeaute la section avec la mention « suivi des portefeuilles de projets ». Au début de cette section à gauche complètement se trouvent les objectifs prioritaires de l'organisation, correspondant aux chantiers prioritaires du MSSS, sous la forme d'A3 objectifs regroupés selon les continuums de soins. Cette sous-section est identifiée par l'en-tête « A3 stratégiques ».

Sur la seconde section de cette dimension, l'en-tête indique aussi « suivi des portefeuilles de projets ». Sous l'en-tête on retrouve les projets regroupés par axes de la planification stratégique. Sous chaque axe sont affichés les projets visant l'amélioration de chacun des axes et des objectifs qu'ils alimentent. Cette partie de la dimension 2 a changé au cours de l'étude de cas. Durant les premiers mois de 2017 les projets étaient classés par direction, mais par souci d'intégration la direction

générale ainsi que les directeurs de la DQEPE ont choisi de regrouper les projets par axes de la planification stratégique vers le printemps 2017.

La Figure 5.9 représente le croquis de la dimension « actions actuelles » du CISSS-B²⁰.

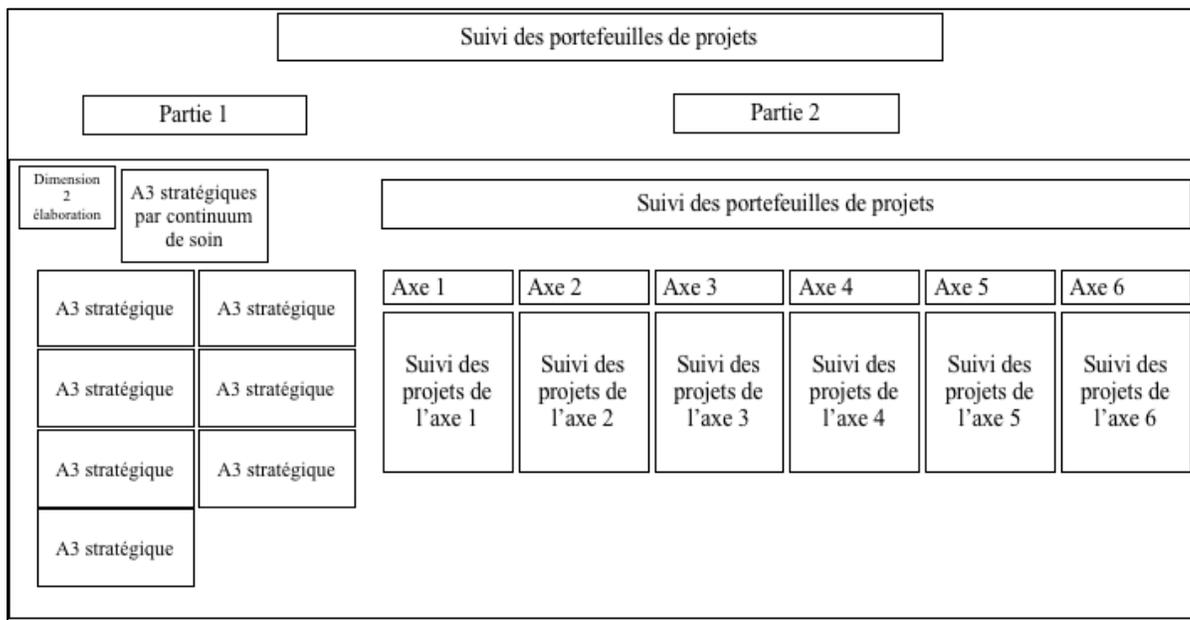


Figure 5.9 - Croquis du mur 2, dimension « actions actuelles » du CISSS-B

5.1.2.4 Analyse de la dimension 2 « actions actuelles » comme système de contrôle

La dimension « actions actuelles », présente sur le mur 2 de la salle de pilotage stratégique, expose visuellement le détail du plan servant à l'atteinte des objectifs stratégiques de l'organisation. La priorisation des objectifs ainsi que les A3 objectifs permettent de prendre en compte la capacité organisationnelle en fonction de chacune des directions. De manière théorique, les recommandations du cadre de référence quant à l'élaboration du contenu du mur 2 s'inscrivent d'abord dans un système de contraintes (Simons, 1995). Ce système de contrôle délimite le domaine d'activité de l'organisation dans lequel ses membres peuvent chercher des occasions pour aider à

²⁰ Ces informations sont confirmées en date de mai 2018, les éléments discutés peuvent avoir changé depuis.

surmonter les obstacles organisationnels ou pour créer de la valeur. Il est mis en œuvre, entre autres, par des règles formelles et des limites basées sur les risques et les opportunités potentiels. Cela peut faire référence à des instructions opérationnelles ou des systèmes de planification stratégique. Ainsi, le mur « actions actuelles », s'inscrivant dans la réalisation de la planification de la stratégie, fait référence à ce type de contrôle. Les comités de direction ont d'abord eu à compléter un exercice de priorisation des objectifs stratégiques, ce qui représente une délimitation des frontières organisationnelles à ne pas dépasser. Les A3 objectifs où l'on présente le détail du cheminement standardisé de résolution de problème ou d'atteinte d'un objectif font référence aux instructions opérationnelles de réalisation des objectifs priorités. De plus, le portefeuille de projets est aussi un outil permettant de délimiter les activités des directions des établissements. Les projets présentés doivent être réalisés, mais les directions responsables peuvent innover à l'intérieur des contraintes préalablement déterminées et inscrites sur le mur 2.

Par contre, les éléments présents sur le mur « actions actuelles » peuvent aussi faire référence au système de contrôle diagnostique (Simons, 1995). Le portefeuille de suivi des projets est une manière de surveiller l'atteinte des objectifs prioritaires et donc l'implantation de la stratégie organisationnelle. Les A3 sont aussi un moyen d'identifier les écarts à la cible ou à la situation désirée pour ensuite établir un plan de correction des écarts afin d'atteindre les standards déterminés par le comité de direction ou le MSSS. Les systèmes de contrôle diagnostique sont utilisés pour suivre l'implantation de la stratégie, et les outils comme les A3 et les suivis de portefeuille de projets s'inscrivent aussi dans ce type de contrôle.

Dans les deux cas étudiés, nous retrouvons affichés sur le mur 2 les projets priorités par l'organisation ainsi que leur suivi. Sur le mur 2 du CISSS-A, on peut facilement voir le suivi d'une fiche A3 objectif puisque les deux feuilles sont placées côte à côte (A3 objectif initial et A3 suivi). Sur celui du CISSS-B, le suivi des A3 stratégiques est affiché sur la première section de la dimension 2. Sur la seconde partie du mur 2, le CISSS-B a choisi d'afficher et de présenter l'ensemble du portefeuille de projet,

d'abord organisé direction puis par axes de la planification stratégique. On peut donc, en un coup d'œil, voir et comprendre l'état d'avancement du portefeuille des projets. Pour sa part, le CISSS-A a décidé de ne pas afficher l'ensemble du portefeuille de projets de l'organisation sur son mur 2.

5.1.3 Mur 3 - dimension « indicateurs de performance » (*Check*)

5.1.3.1 Analyse du mur 3, la dimension « indicateurs de performance » dans le cadre de référence

La troisième dimension « indicateurs de performance » (*Check*) affichée sur le mur 3 de la salle de pilotage stratégique permet au comité de direction de faire le suivi de la situation actuelle. Sur ce mur sont affichés les indicateurs stratégiques servant à mesurer l'état d'avancement des objectifs de la planification stratégique de l'établissement. Selon le cadre de référence (MSSS et Chaire IRISS, 2015), on doit y retrouver entre 20 et 25 indicateurs regroupés en fonction des volets de la performance du Vrai Nord de l'établissement de santé. Les indicateurs sont déterminés par le MSSS ainsi que par les établissements afin que tous les établissements du réseau de santé soient alignés vers l'atteinte des objectifs ministériels. Cela vise un alignement entre le modèle de performance du MSSS et le Vrai Nord des établissements (Chaire IRISS et Pôle Santé, 2016)

Les indicateurs de performance doivent être présentés conjointement avec plusieurs informations complémentaires et utiles qui faciliteront leur compréhension par les individus présents dans la salle de pilotage stratégique. D'abord, le ou les noms des responsables de l'indicateur doivent être inscrits près du graphique afin de rapidement pouvoir se référer à eux lorsque le comité de direction anime ce mur. Ensuite, l'historique de l'indicateur, sur les dernières périodes de l'année, doit être présent afin de suivre l'évolution et la tendance de l'indicateur dans le temps. Parallèlement, la cible ainsi que la direction qui doit être prise afin de l'atteindre doivent être clairement indiquées sur le graphique afin de voir rapidement si les efforts influencent positivement ou non l'atteinte de la cible. Finalement, certains rappels

visuels peuvent être ajoutés aux indicateurs, comme les dimensions du Vrai Nord, les objectifs stratégiques ou les dimensions de l'entente de gestion leur étant liés, et ce afin d'assurer l'alignement en tout temps des indicateurs avec la stratégie de l'organisation. Afin de comprendre rapidement les informations présentes, il est suggéré d'appliquer des critères de gestion visuelle telle la standardisation et des codes de couleur selon l'état de l'indicateur. La standardisation réfère à une présentation normalisée pour tous les indicateurs et informations présents sur le mur. Des codes de couleur peuvent aussi être appliqués afin de voir rapidement si un indicateur présente des résultats positifs en étant aligné avec la cible (vert), s'il risque de s'éloigner de la cible (jaune) ou s'il s'éloigne de la cible (rouge). Dans ces deux derniers cas, il est important de considérer un écart avec la cible comme une situation positive permettant de changer les actions afin de pouvoir atteindre la cible. Ainsi, la présence de rouge ne doit pas être considérée comme une situation à éviter, mais plutôt une occasion d'améliorer les pratiques selon une logique de gestion par exception.

Dans la présentation sur la salle de pilotage stratégique (Chaire IRISS et Pôle Santé, 2016), il est aussi mentionné d'allouer un espace sur le mur 3 pour afficher les trajectoires clients/patients et leurs indicateurs de performance. Cela permet de comprendre comment les indicateurs stratégiques s'inscrivent dans les trajectoires des patients de l'établissement de santé afin de déterminer à quels endroits dans ces trajectoires se trouvent les goulots d'étranglement ou les activités critiques influençant le reste de la trajectoire.

La Figure 5.10 présente un exemple de configuration du mur 3, sans les trajectoires clients.



Figure 5.10 - Exemple du mur 3 : dimension « indicateurs de performance », Source: cadre de référence (MSSS et Chaire IRISS, 2015)

5.1.3.2 Analyse du mur 3, la dimension « indicateurs de performance » au CISSS-A

Le mur 3 du CISSS-A, la dimension « indicateurs de performance », présente les trajectoires clients et les indicateurs en lien avec les objectifs stratégiques. Cette dimension de la salle de pilotage stratégique prend un mur complet. En en-tête, on retrouve le numéro et le titre du mur « 03 Mesurer « Check » ». Sous le titre, les indicateurs sont séparés en deux sections et une sous-section : trajectoires; indicateurs; indicateurs critiques.

La première section « trajectoires » située à gauche de la dimension « mesurer » présente quatre trajectoires clients. Ces trajectoires sont détaillées afin de comprendre quelles sont les grandes étapes à travers lesquelles passent les patients, selon les problèmes visés.

La seconde section « indicateurs » présente les indicateurs liés aux objectifs stratégiques du CISSS-A. On peut compter 18 indicateurs dont 3 sont des indicateurs critiques. Les indicateurs critiques sont tous sous la même colonne avec comme entête « indicateurs critiques ». Les indicateurs sont présentés sous forme de graphiques soit de type histogrammes ou diagrammes à courbe. Les graphiques présentant une tendance positive sont imprimés sur des feuilles blanches, tandis que ceux présentant une tendance négative, donc les indicateurs critiques, sont imprimés sur des feuilles jaunes.

La Figure 5.11 représente le croquis du mur 3, dimension « indicateurs de performance » au CISSS-A²¹.

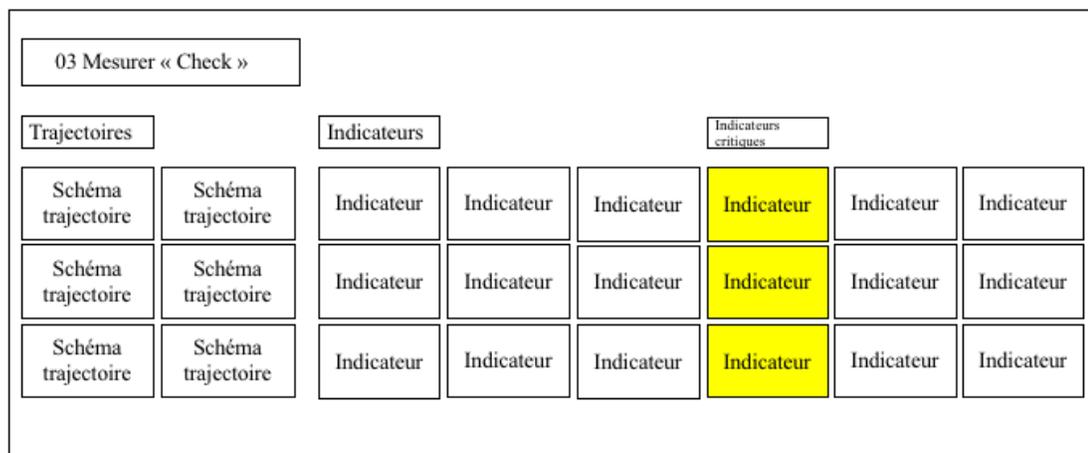


Figure 5.11 - Croquis du mur 3 « indicateurs de performance » au CISSS-A

5.1.3.3 Analyse du mur 3, la dimension « indicateurs de performance » au CISSS-B

Le mur 3 du CISSS-B est affiché sur la partie droite du mur sur lequel se trouve aussi le suivi des portefeuilles de projets du mur 2. On peut y trouver les mêmes éléments que celui du CISSS-A, mais ces derniers sont disposés différemment. D’abord, en entête à gauche on retrouve, comme sur les autres murs, une feuille indiquant

²¹ Ces informations sont confirmées en date de mai 2018, les éléments discutés peuvent avoir changé depuis.

« Dimension 3 Vérification ». Au centre en en-tête, une banderole indique « Tableau de bord de veille de performance ». Sous ce titre, les indicateurs de performance sont affichés individuellement sur une feuille et regroupés en quatre catégories définissant les quatre axes de la performance définis par le MSSS. Selon chaque axe, les indicateurs sont affichés à l'aide majoritairement d'histogrammes, mais aussi de diagrammes à courbes. Les indicateurs présentant une tendance positive sont indiqués sur des feuilles blanches, tandis que les indicateurs critiques, eux, sur des feuilles jaunes.

À droite complètement du tableau de veille de performance se trouve la section des « bons coups » sous laquelle sont inscrits les projets, les actions ou les idées mis en place dans l'établissement de santé et dont le partage auprès du comité de direction est jugé pertinent. La description de la section des « bons coups » se retrouve plutôt sur le mur 4 dans le cadre de référence du MSSS et de la chaire IRISS.

La Figure 5.12 représente le croquis du mur 3 « indicateurs de performance » du CISSS-B²².

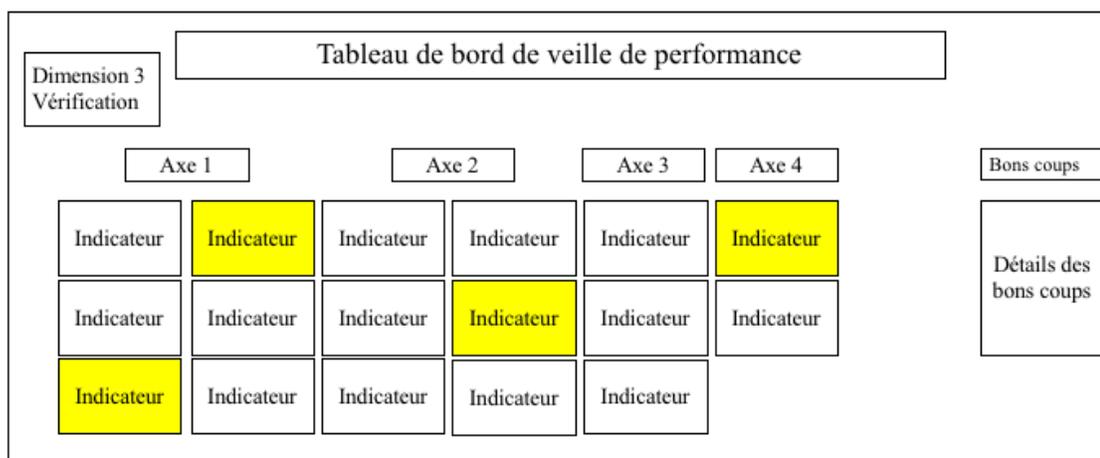


Figure 5.12 - Croquis du mur 3, dimension « indicateurs de performance » au CISSS-B

²² Ces informations sont confirmées en date de mai 2018, les éléments discutés peuvent avoir changé depuis.

5.1.3.4 Analyse de la dimension 3 « indicateurs de performance » comme système de contrôle

La dimension « indicateurs de performance » (*Check*) affichée sur le mur 3 de la salle de pilotage stratégique présente les indicateurs de performance stratégiques de l'organisation. Leur évolution et donc leur suivi sont illustrés à l'aide de graphiques détaillant les périodes de l'année sur lesquelles les indicateurs évoluent. L'identification des indicateurs critiques se fait rapidement puisque ces derniers sont affichés sur des feuilles jaunes, ce qui permet de les cibler et concentrer l'attention des directeurs sur leur évolution. Par ces informations et les recommandations théoriques émises par le MSSS et la chaire IRISS, nous pouvons lier cette dimension de la salle de pilotage stratégique au système de contrôle diagnostique de Simons (1995). Ce type de contrôle se caractérise par un système d'information servant à coordonner et surveiller l'implantation de la stratégie préalablement planifiée, ainsi qu'à identifier et corriger les écarts aux standards définis par l'organisation. C'est ainsi un système *top-down* mesurant l'atteinte des objectifs stratégiques des niveaux supérieurs aux niveaux inférieurs de l'organisation.

Les systèmes d'informations, comme ceux utilisés par le CISSS-A et le CISSS-B, peuvent être utilisés comme systèmes de contrôle diagnostique lorsqu'ils présentent les caractéristiques suivantes : les buts et cibles sont décidés d'avance; les résultats sont mesurés; la variance de la performance entre les buts et les résultats est calculée et utilisée comme rétroaction afin d'assurer l'alignement entre le travail, les processus, les buts et les standards organisationnels. En effet, les buts et les cibles à atteindre sont déterminés d'avance, soit dans la planification stratégique au mur 1. Ensuite, la variance entre les résultats est calculée et affichée sous forme de graphique, ce qui permet au comité de direction de l'utiliser comme une rétroaction permettant de réaligner si nécessaire les actions prises par les directeurs avec les cibles établies. Cette caractéristique est accentuée par le fait que les indicateurs de performance critique, donc qui doivent faire l'objet de plus d'attention de la part des directeurs présents durant l'animation de la salle de pilotage stratégique, sont affichés sur des feuilles jaunes, ce qui les met en évidence lors de l'animation du mur 3. Les

membres du comité de direction peuvent facilement et rapidement identifier ces indicateurs, en discuter et proposer des actions concrètes afin de les réaligner avec les cibles organisationnelles.

Dans les deux cas étudiés, nous retrouvons les indicateurs de performance présentant des résultats positifs ainsi que les indicateurs critiques. Cependant, leur organisation sur le mur est différente d'un établissement à l'autre. Au CISSS-A, les indicateurs de performance critiques sont regroupés ensemble et séparés des indicateurs non critiques. De plus, on retrouve à droite de cette dimension une section présentant les trajectoires clients établies par les directions. L'affichage des trajectoires client permet ainsi de comprendre à quel niveau les indicateurs de performance s'inscrivent dans les différents parcours de soin de la clientèle. La dimension « indicateurs de performance » du CISSS-A respecte aussi presque tous les critères proposés dans le cadre de référence par le MSSS et la chaire IRISS. Sur chaque indicateur, on retrouve son responsable ainsi que la cible à atteindre et sa direction. Grâce aux graphiques par période, on voit l'historique de l'indicateur depuis le début de l'année. Cette section de la salle de pilotage est aussi standardisée, tous les indicateurs et les trajectoires sont présentés sur des feuilles de même format et de même couleur, et un code de couleur est utilisé pour identifier visuellement les indicateurs critiques. Cependant, sur les indicateurs on ne retrouve pas de lien avec le Vrai Nord ou l'entente de gestion.

La dimension « indicateurs de performance » du CISSS-B, qu'ils ont plutôt appelée « vérification » présente les indicateurs de performance divisés selon les quatre volets de la performance identifiés par le MSSS : accessibilité; mieux-être des employés; continuité; prévention et promotion. Sous ces volets, les indicateurs critiques et non critiques sont affichés sans être regroupés ensemble respectivement. Cette dimension de la salle de pilotage stratégique du CISSS-B respecte les mêmes recommandations du cadre de référence du MSSS et de la chaire IRISS que le CISSS-A. Cependant, sur les indicateurs du CISSS-B, on peut retrouver des points de couleur associés au niveau d'alignement de l'indicateur avec la cible en plus des feuilles jaunes pour

identifier les indicateurs critiques. Lorsqu'un indicateur est jugé « à suivre de près » par les membres du comité de direction, ces derniers peuvent y apposer un point rouge. Cela permet de concentrer les efforts sur les indicateurs non critiques qui pourraient le devenir ainsi que les indicateurs critiques sur lesquels il faudra porter une attention particulière dans un avenir rapproché.

5.1.4 Mur 4 – dimension « réponse action » (*Act*)

5.1.4.1 Analyse du mur 4, la dimension « réponse action » dans le cadre de référence

La dernière dimension de la salle de pilotage stratégique, la dimension « réponse action » (*Act*) représente le plan d'action à court terme suivant les problématiques soulevées à la dimension « mesurer » précédente, ou durant l'animation des autres murs de la salle de de pilotage. Cette dimension permet d'inscrire les engagements pris par les membres de l'organisation afin de résoudre les problèmes identifiés précédemment tout en tenant compte de la capacité actuelle des différentes directions. On y met ainsi en place les prochaines étapes afin de dénouer les points critiques de la performance (MSSS et Chaire IRISS, 2015).

Le contenu à afficher sur le mur 4 suggéré par le cadre de référence du MSSS et la chaire IRISS s'inspire et suit la démarche du *Kata* d'amélioration (Rother, 2010). Cette routine de résolution de problème se base sur « un modèle scientifique de pensée et d'action qui vise à atteindre les objectifs et à résoudre les problèmes » au sein des équipes dans les organisations (Landry et Rother, 2016). Le *Kata* d'amélioration se détaille en quatre étapes : comprendre le défi : définir la condition actuelle; définir la condition cible à atteindre : identifier les obstacles. En se basant sur ces quatre étapes, la dimension « réponse action » de la salle de pilotage stratégique engage une « réflexion sur les obstacles qui empêchent l'organisation [d'arriver à sa] condition cible » (Chaire IRISS et Pôle Santé, 2016: 89). La Figure 5.13 représente le modèle suggéré dans le cadre de référence.

#	Quoi?	Qui?	Quand?	État

Figure 5.13 - Exemple de dimension « réponse action », dans le cadre de référence du MSSS et de la chaire IRISS (2015)

Dans cet exemple présentant les bases de la dimension 4, on peut inscrire le numéro de l'indicateur en lien avec l'action, l'action à entreprendre, la personne responsable, une date venant consolider dans le temps l'engagement des directeurs à atteindre la condition cible ainsi que l'état lors du suivi. Ce dernier mur de la salle de pilotage est ainsi un réel plan d'action et d'engagement des directeurs des comités de direction à trouver des solutions aux problématiques stratégiques de leur organisation. Dans le cadre de référence du MSSS et de la chaire IRISS, il est aussi suggéré d'y inclure un espace pour y afficher les « bons coups ».

5.1.4.2 Analyse du mur 4, la dimension « réponse action » au CISSS-A

Le mur 4 de la salle de pilotage du CISSS-A est affiché sur un tableau blanc sur lequel sont identifiées et séparées les étapes du *Kata* d'amélioration. En en-tête, le nom de la dimension « 04 Améliorer « Act » » est affiché. Sous le titre et sur le tableau blanc, six des huit dimensions proposées par le cadre de référence du MSSS et de la Chaire IRISS sont inscrites. On peut y retrouver les dimensions suivantes : enjeux; actions; résultats attendus; responsables; état; retour. La dimension « enjeux » fait référence à la dimension « problèmes/obstacles » du cadre de référence, la dimension « état », à la dimension « résultats obtenus » du cadre de référence et la

dimension « retour », aux « apprentissages » du cadre de référence. Ainsi, on ne retrouve pas la dimension « condition cible » ni la date à laquelle les résultats sont attendus. L'absence d'une condition cible et d'une date précise peut être problématique à deux niveaux. D'abord, la condition cible étant l'état organisationnel ou le mode de fonctionnement souhaité (Landry et Rother, 2016), son absence du mur 4 fait en sorte que l'équipe détermine des résultats à atteindre sans que ces derniers s'inscrivent dans une amélioration globale des conditions organisationnelles. Ensuite, l'absence d'une date précise à laquelle on s'attend à des résultats fait en sorte que les actions peuvent être remises à plus tard ou prolongées si les résultats attendus ne sont pas atteints.

On retrouve les « bons coups » sur le mur adjacent à la dimension « réponse action » de la salle de pilotage du CISSS-A. Ainsi, lorsque le comité de direction a terminé l'animation des murs de sa salle de pilotage, il peut logiquement souligner les bons coups des équipes de ses différentes directions. Pour le PDG du CISSS-A, cette section de la dimension 4 est importante et permet d'identifier et de comprendre comment les équipes des différentes directions se sont mobilisées pour réaliser des actions ayant un impact sur les objectifs stratégiques : « [...] on veut que les bons coups qui soient faits par les équipes, qu'ils soient faits par le terrain en lien avec nos objectifs de la salle de pilotage (stratégique), soient aussi ramenés à la salle de pilotage (stratégique) pour qu'on puisse [...] voir un peu quelles sont les équipes qui se sont mobilisées, et comment ils l'ont fait ». Lorsqu'un directeur identifie des « bons coups » réalisés par les membres de ses équipes, il peut les mentionner lors de l'animation de ce mur.

La Figure 5.14 représente un croquis du mur 4 « réponse action » au CISSS-A²³.

²³ Ces informations sont confirmées en date de mai 2018, les éléments discutés peuvent avoir changé depuis.

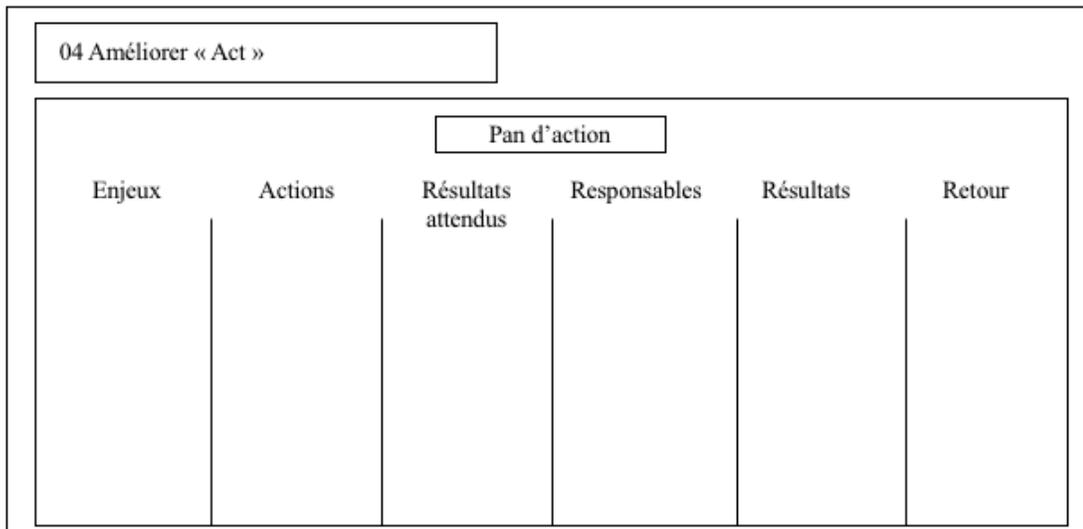


Figure 5.14 - Croquis du mur 4, dimension « réponse action » au CISSS-A

5.1.4.3 Analyse du mur 4, la dimension « réponse action » au CISSS-B

La dimension « réponse action » présente sur le mur 4 de la salle de pilotage du CISSS-B a pris plusieurs formes depuis l’implantation de l’outil. Les membres de la DQEPE ont longtemps cherché une manière de présenter la dernière dimension afin que cela soit simple et efficace. D’abord sous forme de feuilles sur lesquelles l’animateur écrivait les éléments discutés durant l’animation, il a par la suite été affiché sur un tableau blanc. Depuis l’automne 2017, il est affiché sur un tableau interactif en utilisant l’application web Trello. Cela permet aux directeurs d’avoir accès au contenu directement sur la plateforme en ligne, donc ils peuvent consulter le plan d’action établi de leur poste de travail. Le CISSS-B a choisi d’appeler cette dimension « action réponse » et d’y inclure les catégories suivantes sur son mur 4 : situation actuelle; situation désirée; objectif SMART; trajectoire clientèle touchée; obstacles; actions; prochaines expériences. Il a ainsi décidé d’ajouter une dimension identifiant la ou les trajectoires clientèle touchée par les enjeux identifiés. Toutefois, le mur 4 du CISSS-B n’inclut pas certains éléments de suivi, soit les résultats obtenus ainsi que les apprentissages faits. Finalement, le mur 4 du CISSS-B contient un onglet « alarme » permettant aux directeurs de créer leurs propres alarmes de rappel sur des actions importantes à suivre.

La Figure 5.15 représente la fenêtre principale du mur 4 « réponse action » de la salle de pilotage du CISSS-B tandis que la Figure 5.16 représente la fenêtre lorsqu'on clique sur un indicateur pour détailler son plan d'action.²⁴

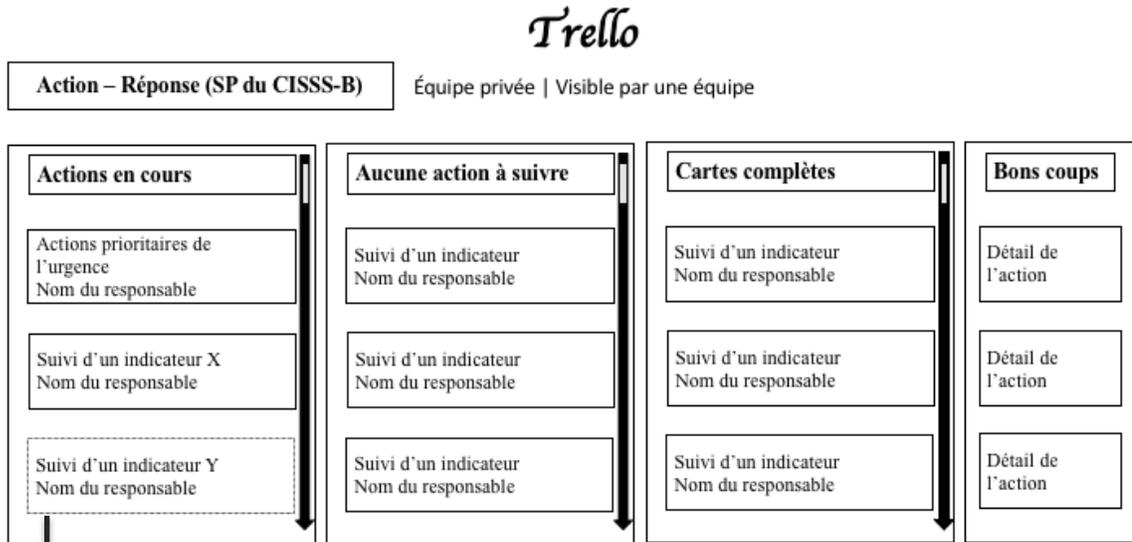


Figure 5.15 - Croquis du mur 4, dimension « réponse action » au CISSS-B (fenêtre principale)

Suivi de l'indicateur Y – Nom du responsable

Description

Situation actuelle (décrire l'obstacle rencontré)
Description de la situation actuelle

Situation désirée
Description de la situation désirée

Objectif SMART
Description de l'objectif SMART

Trajectoire clientèle touchée

Date de l'animation

Obstacles

- Identification des obstacles
-

Actions

- Description des actions
-

Anciennes animations

Décrire les prochaines expériences

- Description des prochaines expériences

Ajouter

Membres

Étiquettes

Checklist

Échéance

Pièce jointe

Actions

Déplacer

Copier

Suivre

Archiver

Figure 5.16 - Croquis du mur 4, dimension « réponse action » au CISSS-B (fenêtre du plan d'action d'un indicateur)

²⁴ Ces informations sont en date de mai 2018, les éléments discutés peuvent avoir changé depuis.

5.1.4.4 Analyse de la dimension « réponse action » comme système de contrôle

La dimension « réponse action » (*Act*) présente sur le mur 4 de la salle de pilotage stratégique affiche le plan détaillé de résolution des problèmes organisationnels et stratégiques identifiés par le comité de direction. On y retrouve entre six et sept dimensions inspirées du *Kata* d'amélioration. Ces dimensions permettent aux membres du comité de direction d'identifier les problématiques vécues par leurs équipes au niveau stratégique pour ensuite mettre en œuvre un plan de résolution de problème réaliste qui s'inscrit dans la charge de travail des directeurs. En établissant une condition cible selon les besoins de leurs équipes, les membres du comité de direction façonnent la stratégie de leur organisation à l'image des besoins réels des parties prenantes.

Dans un premier temps, la dimension « réponse action » de la salle de pilotage stratégique favorise un contrôle interactif où la stratégie est considérée comme étant un modèle d'actions, faisant en sorte que l'organisation puisse adapter ses actions aux besoins de son environnement – les clientèles de ses différentes directions, le MSSS, etc.- en fonction des informations qu'elle reçoit. En effet, cette dimension fait appel à l'implication des membres du comité de direction afin de trouver des solutions aux enjeux stratégiques identifiés lors de l'animation de la dimension « indicateurs de performance », ce qui correspond à ce levier de contrôle. En présentant un plan détaillé d'actions à mettre en œuvre afin d'atteindre des objectifs et ultimement des conditions cibles, la dimension « réponse action » fait référence au système de contrôle interactif en générant des plans d'action novateurs en lien avec les apprentissages faits sur le terrain par les directeurs des différentes directions de l'établissement. Par contre, puisque le contrôle interactif est une manière d'utiliser des outils ou systèmes et non un système en soi, nous pourrions déterminer si le mur 4 de la salle de pilotage stratégique est utilisé interactivement dans l'analyse des données relatives à l'animation, et non juste en fonction du contenu du mur.

Dans un second temps, la dimension « réponse action » de la salle de pilotage stratégique peut aussi favoriser un contrôle de type diagnostique. En effet, dans les

deux établissements, les murs 4 « réponse action » servent à aligner le travail des directeurs avec les buts stratégiques grâce à un processus de retour d'information, ce qui correspond à un système de contrôle diagnostique. Ce système permet aux directeurs de suivre les plans d'action mis en œuvre afin de corriger les écarts aux cibles des indicateurs de performance, et donc d'assurer en quelque sorte l'implantation de la stratégie établie.

5.2 L'espace dédié à la salle de pilotage stratégique

5.2.1 Les balises de l'espace dédié à la salle de pilotage stratégique

Obeya, terme japonais équivalent à la salle de pilotage stratégique, réfère à une « grande pièce ». Ainsi, la salle de pilotage stratégique doit nécessairement se trouver dans une pièce assez grande pour y inclure sur ses murs le contenu des quatre dimensions. De plus, la disposition de la salle doit permettre à ses utilisateurs de voir facilement ce qui est affiché sur les murs afin de pouvoir en discuter efficacement en groupe. Dans sa présentation sur l'*Obeya* durant le mini colloque sur les salles de pilotage en octobre 2017 à HEC Montréal, Sam MacPherson (2017) expliqua que le choix d'une pièce assez grande pour y installer les quatre dimensions de l'outil permet de contrer l'isolement créé par les petits espaces comme les cubicules. Malgré que le cadre de référence ne présente pas beaucoup d'information sur la disposition de l'espace choisi pour la salle de pilotage stratégique, les chercheurs de la chaire IRISS et du Pôle santé (2016) suggèrent trois balises à suivre pour les établissements de santé dans leur présentation sur l'outil. La première balise consiste à utiliser les murs pour présenter l'information. Plutôt que de mettre l'information sur des présentoirs ou des chevalets, on suggère de mettre les feuilles contenant l'information directement sur les murs. La seconde balise consiste à utiliser des outils visuels pour présenter l'avancement des projets et l'atteinte des cibles. Ces outils peuvent être sous la forme d'A3, de matrice de cohérence, de graphiques ou de démarche *Kata*. La dernière balise suggérée par la chaire IRISS et le Pôle santé est de présenter et

d'identifier les éléments nécessitant un suivi. Encore une fois, cela peut être fait grâce à des outils visuels mettant l'accent sur les enjeux à adresser et les actions à prendre.

Ainsi, il n'y a pas de balises précises quant à la disposition de l'espace dédié à la salle de pilotage stratégique. Le CISSS-A et le CISSS-B, en utilisant chacun une pièce disponible et assez grande selon leur jugement, ont choisi d'organiser leur salle de pilotage stratégique différemment.

5.2.2 Analyse de l'espace dédié à la salle de pilotage stratégique du CISSS-A

La salle de pilotage stratégique au CISSS-A est installée dans une grande pièce située au centre administratif de l'établissement de santé. On retrouve dans le même établissement les bureaux du PDG et de ses PDGA. « Elle est ici, là où siège le comité de direction, donc elle est au siège social » nous informe le PDG du CISSS-A en entrevue. Lors des animations de la salle de pilotage stratégique, les autres directeurs doivent se déplacer au centre administratif. Cette salle est utilisée pour les réunions du comité de direction, durant lesquelles il y a animation de la salle de pilotage stratégique.

Au niveau de la disposition de la salle de pilotage stratégique, cette dernière se trouve dans une pièce asymétrique, au centre de laquelle se trouve la table de réunion. Un croquis de la salle de pilotage stratégique du CISSS-A ainsi que de la disposition des murs est présenté à la Figure 5.17 suivante.

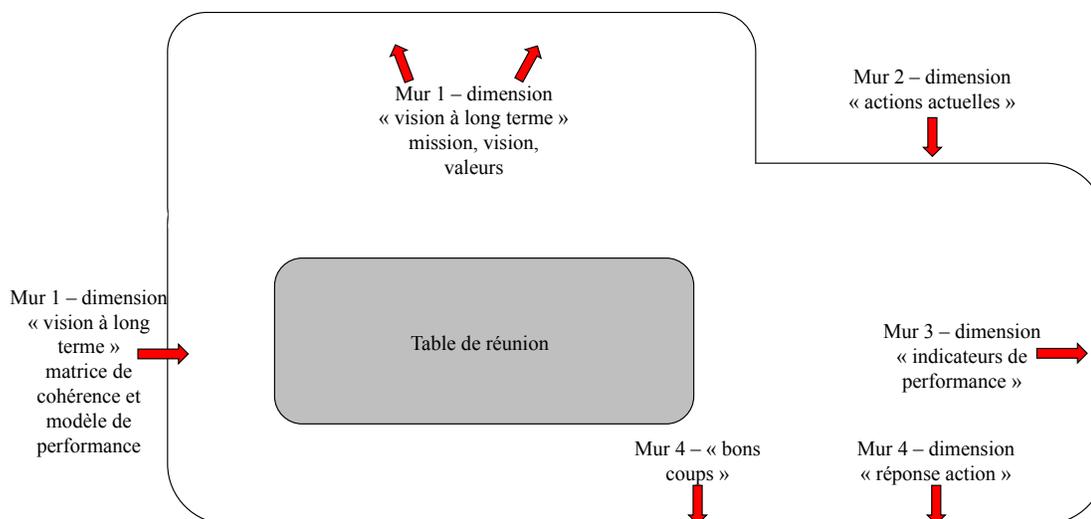


Figure 5.17 - Schéma de la salle de pilotage stratégique du CISSS-A (vue d'en haut)

La forme particulière de la salle dans laquelle le comité de direction du CISSS-A a choisi d'implanter sa salle de pilotage stratégique a plusieurs avantages. D'abord, la dimension « vision à long terme » où l'on retrouve la matrice de cohérence, le modèle de performance ainsi que la mission, la vision et les valeurs est tout près de la table de réunion ce qui permet, même à l'extérieur des animations, un rappel facile de ces éléments stratégiques importants. Ensuite, la rotonde, où sont disposées la mission, la vision et les valeurs, permet de mettre l'accent sur ces éléments stratégiques puisqu'un mur complet leur est dédié. De plus, la disposition des murs 2, 3 et 4 est avantageuse pour les réunions debout et près des murs. Puisque la table se situe dans l'espace en face de la rotonde, les murs 2, 3 et 4 sont dégagés ce qui laisse de la place pour que tous les directeurs soient debout et devant les murs durant les animations. Cela pourrait permettre de faire des liens plus facilement entre les murs en évitant de traiter chacune des dimensions de manière isolée durant l'animation. Finalement, les bons coups sur le mur 4 sont affichés tout près de la table de réunion, ce qui permet aux directeurs de rappeler les efforts de leurs équipes même à l'extérieur des animations de la salle de pilotage stratégique.

5.2.3 Analyse de l'espace dédié à la salle de pilotage stratégique du CISSS-B

La salle de pilotage stratégique du CISSS-B fut installée dans la salle de réunion officielle du comité de direction qui se trouve dans le volet administratif de l'hôpital principal de l'établissement de santé. Les bureaux de la haute direction et de quelques directeurs cliniques se trouvent dans cette aile de l'hôpital. De plus, la salle dédiée à la salle de pilotage stratégique est aussi celle dans laquelle ont lieu les plénières du conseil d'administration (CA) de l'établissement.

Au niveau de la disposition de la salle de pilotage stratégique du CISSS-B, la grande pièce rectangulaire fait en sorte que les quatre dimensions sont affichées sur trois des quatre murs. La Figure 5.18 représente un schéma de la salle de pilotage du CISSS-B.

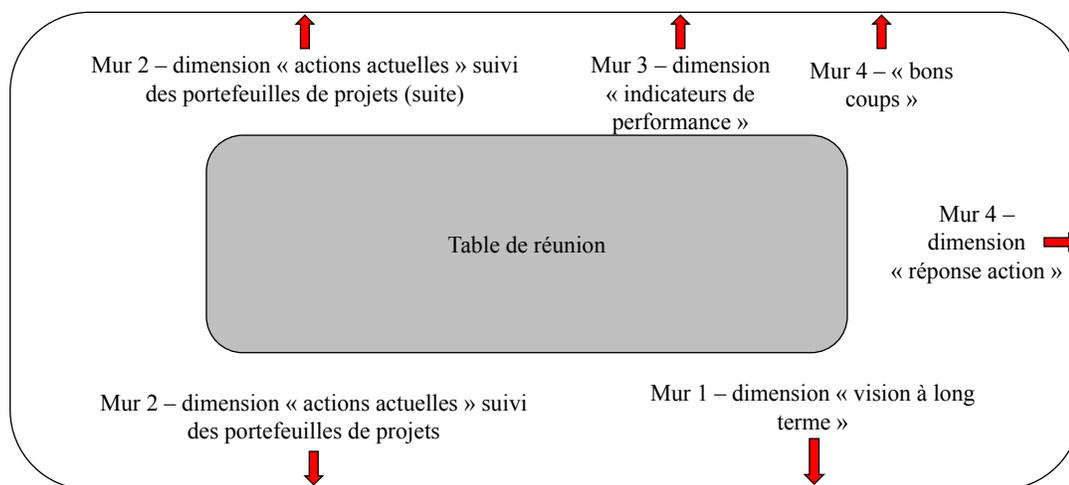


Figure 5.18 - Schéma de la salle de pilotage stratégique du CISSS-B (vue d'en haut)

La table est placée au centre de la pièce ce qui restreint l'espace pour se déplacer entre les murs et la table et rend difficile l'accès de tous les directeurs aux différents murs durant l'animation. Les quatre dimensions de la salle de pilotage stratégique utilisent trois des quatre murs. La première dimension « vision à long terme » prend la moitié du mur, la deuxième moitié de ce mur étant occupée par le début de la dimension « actions actuelles ». La dimension « actions actuelles » continue sur le mur parallèle, les murs étant séparés par la table. Suivant la seconde dimension se trouve la dimension « indicateurs de performance » qui se trouve sur la deuxième

moitié du mur. Juste à côté de la troisième dimension, les « bons coups » sont affichés près du coin du mur. Finalement, sur le dernier mur la dimension « réponse action » est affichée sur un tableau interactif.

5.2.4 Les éléments critiques de l'espace dédié à la salle de pilotage stratégique

Le CISSS-A et le CISSS-B ont tous deux utilisé la pièce dédiée à la salle de pilotage selon les directives du cadre de référence du MSSS et de la chaire IRISS et les recommandations de la présentation de la chaire IRISS et de Pôle santé, mais en modifiant certains éléments selon leurs besoins ou ce qu'ils croient le plus pertinent. En comparant les deux salles de pilotage stratégiques, certaines caractéristiques de l'espace doivent être prises en compte.

5.2.4.1 La configuration de la pièce

D'abord, la configuration de la pièce semble importante afin de permettre un arrangement adéquat des murs. Au CISSS-A, la rotonde permet d'y mettre des éléments importants devant être rappelés fréquemment au comité de direction ou durant les décisions. Ils ont choisi d'y afficher la mission, la vision et les valeurs, mais on aurait pu aussi y afficher d'autres éléments tels les portefeuilles des projets (mur 2), les indicateurs de performance (mur 3) ou le plan d'action (mur 4). Puisque cet espace est dégagé, cela laisse assez de place aux directeurs pour se regrouper devant le mur durant l'animation et ainsi avoir accès aux informations affichées tout en étant debout. La salle de pilotage du CISSS-A possède aussi un second espace dégagé à droite de la table. Dans cet espace carré sont affichées les dimensions « réaliser », « mesurer » et « agir ». Les directeurs peuvent ainsi s'y regrouper afin de discuter du contenu des murs 2 à 4, sans avoir à se déplacer. Encore une fois, l'ordre des murs aurait pu pivoter, et cela n'aurait pas causé d'obstruction à l'une des quatre dimensions de la salle de pilotage stratégique du CISSS-A. La grandeur de la pièce amène un point négatif : la matrice de cohérence ainsi que le modèle de performance de l'établissement sont loin des dimensions 2, 3 et 4. Ainsi, lorsque l'animation du mur 4 a lieu, il peut être plus complexe d'aller se référer aux objectifs stratégiques

prioritaires affichés sur la matrice de cohérence, ou de s'assurer que les actions prises sont alignées avec le modèle de performance. Cependant, compte tenu de la grandeur de la table de réunion qui doit avoir entre 20 et 25 places assises, il peut s'avérer difficile de trouver une pièce où la table n'obstrue aucune dimension de la salle de pilotage stratégique, et où toutes les dimensions sont visibles et accessibles à partir de tous les endroits dans la pièce.

Au CISSS-B, puisque la pièce est rectangulaire, il n'y a pas d'espace dégagé où tous les directeurs peuvent se réunir durant l'animation. Lorsqu'il y a animation d'un mur, les directeurs peuvent se regrouper de chaque côté du mur et en face, mais de l'autre côté de la table. Cela fait en sorte que certains éléments peuvent se trouver loin des directeurs se trouvant aux extrémités des murs, ou en face de l'autre côté de la table. Ainsi, non seulement peuvent-ils avoir plus de difficulté à comprendre le contenu de la dimension et donc ce qui est discuté, mais cela peut faire en sorte qu'ils se laissent plus facilement déconcentrer par des objets près d'eux, tels leurs téléphones ou leurs tablettes. La table au centre de la pièce est ainsi un élément important empêchant le bon déroulement de l'animation, obstruant les directeurs et prévenant leur regroupement devant les dimensions discutées. La disposition des murs est aussi un élément qui diffère de la salle de pilotage du CISSS-A. Au CISSS-B, les quatre murs sont très près de la table de réunion, faisant en sorte que leur contenu est accessible par les membres étant assis tout près. Il devient ainsi facile de s'assurer que les valeurs sont respectées lors de prises de décisions durant les réunions du comité de direction, ou que les propositions restent alignées avec les objectifs stratégiques. Malgré cela, l'obstruction causée par la table reste un enjeu majeur rendant l'accès aux murs difficile si l'on se trouve de l'autre côté de celle-ci. Durant l'animation, si le sujet amène le comité de direction à changer de mur, le déplacement des directeurs peut être difficile, prendre du temps et faire en sorte que tous ne pourront être près du mur et ainsi lire et comprendre ce qui y est inscrit.

5.2.4.2 L'emplacement de la salle de pilotage stratégique dans l'établissement de santé et de services sociaux

Ensuite, l'emplacement choisi par la direction afin d'y installer la salle de pilotage stratégique semble être un élément important à considérer dans la mise en place de ce type d'outil de performance. Au CISSS-A, la salle de pilotage stratégique est dans l'édifice administratif où se trouvent les bureaux du PDG et de la PDGA. En raison de la taille du territoire desservi par le CISSS-A, les bureaux des autres directeurs se trouvent éparpillés dans différents bâtiments d'un bout à l'autre du territoire. Ainsi, lorsqu'il y a animation de la salle de pilotage stratégique, les directeurs doivent se déplacer jusqu'au pavillon administratif. De plus, puisque la salle de pilotage se trouve dans un bâtiment administratif, elle est loin des opérations quotidiennes et cliniques de l'établissement, loin du *gemba*. Cela fait en sorte qu'elle n'est pas facilement accessible aux autres directeurs et au personnel de l'établissement de santé, mais aussi que les décisions stratégiques se prennent loin des activités cliniques au cœur de la mission de l'établissement.

Au CISSS-B, cette contrainte est diminuée puisque la salle de pilotage stratégique se trouve non seulement dans l'aile administrative de l'établissement, où la majorité des bureaux des directeurs cliniques et administratifs se trouvent, mais elle se situe par le fait même dans l'hôpital principal du CISSS-B. Ainsi, elle est plus près des opérations cliniques et administratives au cœur des activités quotidiennes de l'établissement de santé, plus près du *gemba*, et donc plus accessible aux membres de l'organisation.

La salle de pilotage stratégique du CISSS-B est aussi l'endroit où se passent les rencontres du CA. Le fait que les membres du CA se réunissent dans cette même pièce, ayant donc accès à l'information sur les murs durant leurs réunions, peut faire en sorte que le comité de direction de l'établissement risque de choisir d'ajouter/enlever certains éléments sur les murs afin de les rendre disponibles/indisponibles pour les membres du CA. Puisque le CA chapeaute l'établissement, et donc le comité de direction, ce dernier peut décider de modifier

l'information sur les murs en fonction des demandes du CA. Au CISSS-A, par soucis de transparence de d'alignement la salle de pilotage stratégique est ouverte aux réunions d'autres groupes que le comité de direction ou de la haute direction de l'établissement.

5.3 Synthèse et analyse de la structure de la salle de pilotage stratégique comme levier de contrôle

5.3.1 Le contenu des murs de la salle de pilotage stratégique comme leviers de contrôle

À la lumière des informations analysées ci-haut, nous pouvons comprendre que les éléments présents sur les murs de la salle de pilotage stratégique pourraient favoriser l'utilisation de l'outil comme système de contrôle par les comités de direction des établissements étudiés. Chaque mur ou dimension présente les caractéristiques d'un ou plusieurs leviers de contrôle en fonction de son contenu. Cependant, ce n'est que lorsque ces dimensions seront animées – et donc utilisées - que les leviers de contrôle seront réellement mis en œuvre. Ainsi, le contenu des murs favorise leur utilisation comme systèmes de contrôle, mais leur utilisation lors de l'animation déterminera comment ils sont utilisés pour contrôler les activités.

Le mur 1, représenté par la dimension « vision à long terme », favorise deux types de contrôle : le contrôle des croyances; le contrôle des contraintes. Le Vrai Nord communique la mission, la vision et les valeurs de l'établissement, en plus des volets de la performance déterminés par la direction. La matrice de cohérence présente les objectifs stratégiques de l'organisation attribués aux différentes directions. Ces dimensions s'inscrivent dans le système de contrôle des croyances en communiquant les valeurs fondamentales de l'organisation ainsi que sa raison d'être, soit sa mission. Ce système de contrôle favorise l'engagement des directeurs aux grands buts de l'établissement en communiquant la vision aux différents paliers de l'organisation, ce qui permet ultimement un alignement de la performance à la stratégie. La matrice de

cohérence et le calcul de la capacité favorisent aussi un système de contrôle des contraintes, en posant les limites formelles à l'intérieur desquelles les directeurs peuvent agir pour atteindre les objectifs présents sur la matrice, en affichant les objectifs à atteindre et leur attribution aux directeurs, ainsi que la capacité organisationnelle. La matrice de cohérence, attribuant les objectifs stratégiques aux différentes parties prenantes, sert d'outil pour déléguer les tâches aux directeurs, ce qui favorise l'utilisation de cette dimension comme un système de contrôle des contraintes.

Selon Simons (1995), la présence simultanée d'un système de contraintes et d'un système des croyances organisationnelles crée une tension qui facilite l'engagement des individus et leur donne la liberté de contribuer individuellement et collectivement aux buts de l'organisation. Ainsi, la présence sur le même mur des éléments favorisant le contrôle des croyances et des contraintes pourrait, selon Simons, augmenter l'engagement des directeurs. Toutefois, les murs 1 du CISSS-A et du CISSS-B ne contiennent pas les mêmes informations. Au CISSS-A, la matrice de cohérence, le modèle de performance, la mission, la vision et les valeurs de l'établissement y sont affichés. Au CISSS-B, seule la matrice de cohérence est présente parmi les éléments suggérés dans le cadre de référence du MSSS et de la Chaire IRISS (2015). Le CISSS-B a aussi ajouté un tableau de suivi des indicateurs afin de suivre leur évolution selon la direction à laquelle ils sont attribués. Cette différence dans le contenu des murs fait en sorte que les deux dimensions peuvent être utilisées différemment par leur comité de direction respectif. Au CISSS-A, l'affichage géant de la mission, de la vision et des valeurs, ainsi que le détail du modèle de performance de l'organisation, fait en sorte que la première dimension reflète plus fortement un système de contrôle des croyances que des contraintes. Cependant, au CISSS-B, l'affichage de la matrice de cohérence et du tableau des indicateurs s'inscrit plus fortement dans un système de contrôle des contraintes que des croyances. L'absence totale sur le mur 1 du CISSS-B des dimensions favorisant le contrôle des croyances, soit les dimensions du Vrai Nord, peut rendre plus difficile ce type de contrôle lors des animations de la salle de pilotage stratégique par le

comité de direction. De plus, l'addition du tableau de suivi des indicateurs permet au CISSS-B d'utiliser cette dimension de l'outil comme système de contrôle diagnostique. En effet, ce système est mis en œuvre dans des systèmes d'information servant à coordonner l'implantation de la stratégie. Ainsi, en suivant l'évolution des indicateurs selon les cibles établies, et ce conjointement avec la matrice de cohérence sur laquelle sont affichés les objectifs et les projets et indicateurs qui en découlent, cette dimension permet aux directeurs de suivre globalement l'implantation de la stratégie organisationnelle et les variables critiques qui y sont propres.

Le second mur, où se trouve la dimension « actions actuelles », présente le détail des objectifs prioritaires de la planification stratégique sous forme de A3 objectifs. On retrouve aussi sur ce mur l'éventail du portefeuille de projets du comité de direction de l'organisation. Ces deux éléments du mur 2 s'inscrivent dans un système de contrôle des contraintes ainsi qu'un système de contrôle diagnostique. D'abord, les A3 objectifs affichent le détail du plan d'action à mettre en œuvre afin de réaliser les objectifs prioritaires identifiés. Ensuite, le portefeuille de projets permet de faire le suivi des grands chantiers organisationnels priorisés par direction. Ces deux éléments favorisent dans un premier temps un contrôle des contraintes en détaillant les instructions opérationnelles afin de réaliser la stratégie. L'exercice de priorisation des objectifs stratégiques fait référence à la délimitation des frontières stratégiques à l'intérieur desquelles les directeurs et leurs équipes peuvent innover pour assurer l'atteinte des objectifs et la réalisation de la stratégie. Dans un second temps, les éléments présents dans cette dimension favorisent aussi un système de contrôle diagnostique. Le portefeuille de suivi des projets et les A3 objectifs permettent au comité de direction d'identifier les écarts à la cible et de mettre en œuvre des actions afin de réaligner la situation vers la cible. Ces éléments servent ainsi à suivre l'implantation de la stratégie, ce qui s'inscrit dans un système de contrôle diagnostique.

Le niveau de détail choisi par chaque organisation peut faire en sorte que la dimension 2 « actions actuelles » est utilisée plus fortement comme système de

contrôle des contraintes ou diagnostique. Au CISSS-A, les A3 objectifs sont affichés juste à côté des feuilles détaillant leur suivi. Au CISSS-B, on y retrouve les A3 objectifs, mais sans le suivi à leur côté. Cependant, au CISSS-A, le détail du portefeuille de projets n'est pas affiché, tandis qu'au CISSS-B, l'ensemble du portefeuille de projets y est, en plus d'être regroupé par axes de la planification stratégique. Les A3 ainsi que leur suivi au CISSS-A représentent autant des systèmes de contrôle diagnostique que des contraintes, tandis que l'élaboration du portefeuille de projets organisé par axes de la planification stratégique au CISSS-B s'inscrit plus fortement dans un système de contrôle des contraintes. Cependant, le suivi de l'avancement des projets est un élément s'inscrivant aussi dans un système de contrôle diagnostique. Ainsi, le niveau de détail ainsi que l'élaboration d'un plan de suivi des objectifs et des projets présents sur le mur sont deux éléments qui influencent l'émergence d'un système de contrôle soit plus de type des contraintes ou diagnostique. Toutefois, la présence simultanée de ces éléments sur le second mur de la salle de pilotage stratégique fait en sorte qu'il est utilisé pour contrôler les frontières des activités organisationnelles d'une part (systèmes de contrôle des contraintes), et l'implantation de la stratégie d'autre part (systèmes de contrôle diagnostique).

Le troisième mur, où est affichée la dimension « indicateurs de performance », présente les 20 à 25 indicateurs de performance stratégiques sous forme de graphiques et regroupés selon les volets de la performance du Vrai Nord de l'établissement. En y affichant les informations relatives au suivi des cibles afin de pallier les écarts par des actions concrètes, cette dimension représente un système de contrôle diagnostique. Les indicateurs sont détaillés et on peut y retrouver les cibles, la mesure concrète des résultats, la variance entre les cibles et les résultats. Ces informations permettent aux directeurs d'identifier et de corriger les écarts des processus mesurés en fonction des cibles établies. De plus, l'affichage des indicateurs critiques en jaune permet au comité de direction d'y consacrer leur attention plus rapidement. Ces éléments favorisent ainsi l'utilisation de la dimension 3 comme un système de contrôle diagnostique.

Les dimensions 3 « indicateurs de performance » du CISSS-A et du CISSS-B sont relativement semblables et présentent toutes deux des éléments s'inscrivant dans un système de contrôle diagnostique. Toutefois, les indicateurs de performance sur le mur 3 du CISSS-B sont regroupés selon les quatre axes de la performance plutôt qu'en fonction de leur niveau d'atteinte de la cible (indicateurs critiques ou non critiques) comme au CISSS-A. Ainsi, au CISSS-B, on peut facilement identifier les catégories où certains indicateurs méritent d'être analysés attentivement. Le mur 3 du CISSS-A contient cependant les trajectoires client, permettant aux directeurs de comprendre dans quels types de trajectoires les indicateurs s'inscrivent, ce qui n'est pas indiqué au CISSS-B.

Le dernier mur, le mur 4 affichant la dimension « réponse action » de la salle de pilotage stratégique, détaille le squelette du plan d'action à mettre en œuvre afin d'ajuster les actions de l'organisation aux cibles et objectifs. Les étapes de ce plan d'action sont inspirées de la démarche de résolution du *Kata* d'amélioration. Cette dernière dimension de la salle de pilotage stratégique, en favorisant l'innovation dans les actions par les apprentissages faits sur le terrain et durant l'animation des dimensions précédentes, s'inscrit dans le système de contrôle interactif. En trouvant des solutions en groupe, le comité de direction permet aux directeurs ainsi qu'à la direction générale de s'impliquer dans les décisions de leurs collègues. Cependant, le mur 4 pourrait aussi être utilisé de manière diagnostique, puisque grâce à l'information générée lors de l'animation du mur 3, les directeurs pourraient mettre en place des plans d'action qui serviraient à corriger les écarts aux cibles.

Un dernier élément relatif à l'information présente sur les murs des salles de pilotage stratégiques du CISSS-A et du CISSS-B est le choix des titres pour chaque section. Mis à part le choix des mots pour traduire chaque dimension, la disposition des titres des sections et sous-sections fait en sorte que certaines dimensions sont davantage valorisées que d'autres. Au CISSS-A, les titres sont très visibles et au-dessus de chaque section. Cependant, au CISSS-B, les titres sont inscrits sur une petite feuille à

gauche en haut de chaque section. Au-dessus des sections, en gros, on retrouve les titres descriptifs du contenu, comme « tableau de bord de veille de performance » ou « suivi du portefeuille de projets ». Ainsi, l'accent est mis sur la dimension comme telle (au CISSS-A) ou sur le contenu de la dimension (au CISSS-B). Dès lors, durant l'animation, on pourrait se référer à certains contenus plutôt qu'à des dimensions complètes. De plus, certains directeurs moins à l'aise avec la salle de pilotage stratégique pourraient se perdre dans le contenu des murs, ces derniers étant moins bien identifiés et délimités.

L'analyse du contenu des quatre dimensions de la salle de pilotage stratégique répond partiellement à notre première sous-question de recherche : comment la structure de la salle de pilotage influence son utilisation comme outil de contrôle stratégique. En effet, comme le communiquent les données d'analyse ci-haut, la réalité est complexe. Les quatre leviers de contrôle sont favorisés par le contenu des quatre dimensions de la salle de pilotage stratégique, mais les leviers se retrouvent souvent dans plus d'une dimension, et une dimension peut favoriser plus d'un levier de contrôle. L'utilisation des dimensions de la salle de pilotage stratégique comme systèmes de contrôle sera analysée plus en profondeur dans le chapitre sur les caractéristiques propres à l'animation, permettant de déterminer comment les directeurs utilisent le contenu pour contrôler les activités de leur organisation.

5.3.2 L'espace dédié à la salle de pilotage stratégique, plus qu'un enjeu physique

L'espace dans lequel se trouve la salle de pilotage stratégique a un impact important sur la disposition des dimensions, ce qui pourrait se refléter sur leur animation, mais aussi sur la disponibilité de leur contenu. Deux éléments critiques ressortent de l'analyse structurelle des salles de pilotage stratégiques du CISSS-A et du CISSS-B : la configuration de la pièce choisie pour implanter la salle de pilotage stratégique; l'emplacement de la salle dans l'établissement.

Dans un premier temps, la configuration de la pièce choisie pour afficher les dimensions de la salle de pilotage stratégique a un impact tant sur la disposition des

murs que sur leur accès, et potentiellement sur leur animation. Au CISSS-A, la pièce étant asymétrique, les quatre dimensions sont affichées sur cinq murs ce qui laisse beaucoup d'espace pour y afficher les éléments importants. Au CISSS-B, les quatre dimensions sont affichées sur trois murs, faisant en sorte que l'information est plus condensée en plus de retrouver parfois plusieurs dimensions par mur. La présence d'objets ou de meubles peut aussi être un enjeu limitant l'espace et l'accès aux murs. Dans les deux établissements, la salle de pilotage stratégique se trouve dans la salle de réunion principale du comité de direction. Au CISSS-A, la table de réunion se trouve dans un espace n'obstruant l'accès à aucune dimension. Les directeurs ont ainsi de la place pour se regrouper debout devant chaque mur. Au CISSS-B, la table de réunion se trouve au centre de la pièce et l'espace entre les chaises et les murs est ainsi restreint, ne permettant pas aux membres du comité de direction de tous se regrouper devant les murs durant l'animation. Cette particularité de la salle de pilotage stratégique du CISSS-B fait en sorte que les individus présents dans la pièce durant l'animation se retrouvent soit de part et d'autre des murs, soit en face de l'autre côté de la table. Ainsi, l'information affichée sur les murs peut devenir difficile à lire et à comprendre si elle n'est pas de grande taille. Prenant en compte ces constats, la configuration de la salle semble avoir un impact important sur l'animation. Ainsi, il semble conséquent de prioriser une salle sans table de réunion, ou aux dimensions assez grandes pour qu'aucun objet n'obstrue l'accès aux murs.

Dans un second temps, l'endroit où se trouve la pièce dans laquelle est aménagée la salle de pilotage stratégique semble aussi avoir un impact sur la disponibilité de son contenu pour les membres de l'organisation. Au CISSS-A, la salle de pilotage stratégique se trouve dans l'édifice administratif de l'établissement, loin des activités cliniques de l'organisation de santé, du *gemba*. De plus, seulement quelques bureaux, dont celui du PDG et de la PDGA, se retrouvent dans ce bâtiment. Au CISSS-B, la salle de pilotage stratégique se trouve dans l'aile administrative de l'hôpital principal de l'établissement, il est donc près des activités cliniques et administratives et de la majorité des bureaux des directeurs. La salle de pilotage stratégique du CISSS-B est

ainsi plus près de la réalité des opérations de ses équipes et aussi disponible pour être visitée par le personnel clinique, ce qui peut être plus difficile au CISSS-A.

Un dernier élément ayant trait au choix de l'endroit où la salle de pilotage stratégique est aménagée est l'utilisation de la pièce à d'autres fins que les animations. Dans les deux établissements, la pièce choisie est aussi celle où ont lieu les réunions du comité de direction, car l'animation s'inscrit dans l'horaire de ce dernier. Cependant, au CISSS-B, la pièce où est la salle de pilotage stratégique est aussi celle où se rencontrent les membres du CA de l'établissement. Ainsi, les membres de ce dernier ont accès à l'information présentée sur chacune des dimensions, ce qui peut influencer l'ajout ou le retrait de certaines informations par le comité de direction afin de volontairement les rendre disponibles ou non au CA. Ainsi, l'utilisation autre que pour les animations de la salle de pilotage stratégique peut entraîner certaines modifications au contenu des dimensions.

Le tableau synthèse suivant résume et compare les éléments d'analyse des deux établissements et du cadre de référence en lien avec les caractéristiques de la structure de la salle de pilotage stratégique.

Tableau 5.1 - Synthèse des caractéristiques de la salle de pilotage stratégique en lien avec le contrôle

	Cadre de référence	CISSS-A	CISSS-B
Mur 1 – vision à long terme	<ul style="list-style-type: none"> - Vrai Nord - Matrice de cohérence <p>Favorisent le contrôle des croyances et des contraintes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vrai Nord - Matrice de cohérence <p>Favorisent le contrôle des croyances et des contraintes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Matrice de cohérence <p>Favorise le contrôle des contraintes et diagnostique</p>
Mur 2 – actions actuelles	<ul style="list-style-type: none"> - A3 objectifs - Portefeuille de projets <p>Favorisent le contrôle des contraintes et diagnostique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A3 objectifs - Suivi des A3 <p>Favorisent le contrôle diagnostique et des contraintes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A3 objectifs - Portefeuille de projets <p>Favorisent le contrôle des contraintes et diagnostique</p>
Mur 3 – indicateurs de performance	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateurs de performance et indicateurs critiques <p>Favorisent le contrôle diagnostique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateurs de performance et indicateurs critiques <p>Favorisent le contrôle diagnostique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateurs de performance et indicateurs critiques <p>Favorisent le contrôle diagnostique</p>
Mur 4 – réponse action	<ul style="list-style-type: none"> - Tableau avec démarche de résolution de problème <p>Favorise le contrôle interactif et diagnostique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tableau avec démarche de résolution de problème <p>Favorise le contrôle interactif et diagnostique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tableau avec démarche de résolution de problème <p>Favorise le contrôle interactif et diagnostique</p>

Le schéma suivant présente l'importance des quatre leviers de contrôle de Simons (1995) en fonction de l'analyse de la structure de la salle de pilotage stratégique. L'intensité de chaque levier de contrôle est représentée par les zones ombragées – plus la zone est foncée, plus l'intensité du levier est importante en fonction de l'analyse des éléments qui ont trait à la structure de la salle de pilotage stratégique.

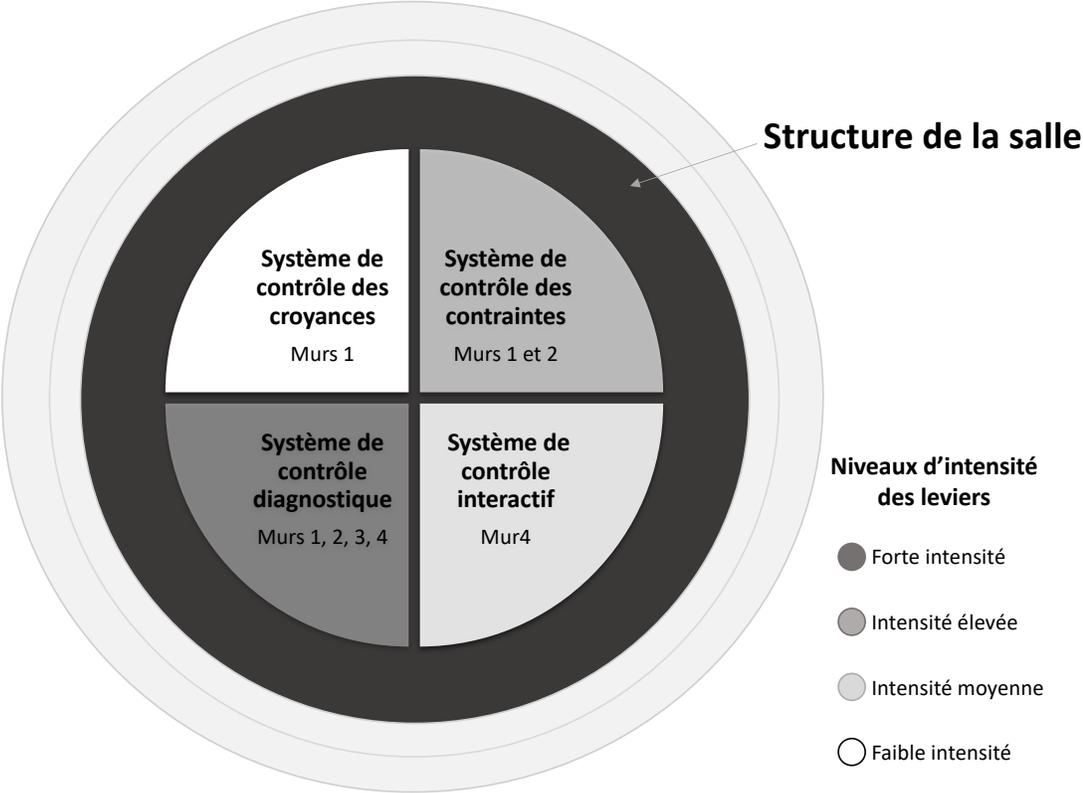


Figure 5.19 - Schéma intégrateur de l'intensité de chaque levier de contrôle en lien avec les caractéristiques de la structure de la salle de pilotage stratégique

Chapitre 6 Les caractéristiques de l’animation de la salle de pilotage et le contrôle stratégique

L’animation de la salle de pilotage stratégique est un élément important de l’analyse de l’utilisation de cet outil de gestion. Dans un premier temps, nous analyserons le déroulement des animations afin de comprendre comment les étapes et les dimensions charnières de l’animation influencent le contrôle au sein des comités de direction étudiés. Nous analyserons ensuite la démocratisation de l’animation de la salle de pilotage stratégique, élément porteur de sens de l’animation de cet outil de gestion. Nous terminerons enfin avec une synthèse et analyse des éléments soulevés dans cette section en lien avec les leviers de contrôle de Simons (1995).

6.1 Le déroulement des animations de la salle de pilotage stratégique

6.1.1 Le déroulement des animations selon le cadre de référence

Le cadre de référence du MSSS et de la Chaire IRISS (2015) décrit le détail des dimensions et les modalités ayant trait à l’animation de la salle de pilotage stratégique. Il fait d’abord mention de la fréquence à laquelle les animations devraient se produire. Afin de favoriser des rencontres où les directeurs peuvent discuter des enjeux saillants de gestion stratégique propres à l’organisation, le cadre de référence suggère d’animer la salle de pilotage stratégique durant les rencontres du comité de direction des établissements de santé. Il y est aussi mentionné que la fréquence des animations devrait augmenter « en fonction de sa proximité du niveau opérationnel » (MSSS et Chaire IRISS, 2015), signifiant ainsi que les animations des salles tactiques et opérationnelles devraient être plus fréquentes que les animations des salles stratégiques, et que les animations de ces dernières devraient être plus fréquentes que celles du Comité de gestion du réseau (CGR) regroupant les PDG des établissements, le ministre et le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le cadre de référence fait ensuite mention de la séquence structurée que doit suivre l'animation. Cette séquence se divise en trois phases suivant un ordre chronologique.

La première phase, T-1, se fait avant la rencontre durant laquelle il y a animation. Durant cette phase de préparation, les directeurs doivent d'abord mettre à jour l'état d'avancement de leurs indicateurs de performance et de leurs dossiers et projets. Cela permet d'identifier les indicateurs devant être discutés durant l'animation et de les ajouter sur la dimension « indicateurs de performance » s'ils n'y sont pas déjà présents. La mise à jour des dimensions dans la salle doit être incorporée aux activités régulières du système intégré de gestion et s'inscrire dans l'agenda standard de l'établissement.

La seconde phase, T-0, représente l'animation même de la salle de pilotage stratégique. Le cadre de référence suggère d'abord de privilégier des animations debout, selon le principe du « *stand-up meeting* » (MSSS et Chaire IRISS, 2015), afin de favoriser des rencontres dynamiques où tous les directeurs sont engagés dans l'animation des dimensions de la salle de pilotage stratégique. Il suggère ensuite de commencer l'animation par la dimension 4 « réponse action » ayant été discutée et complétée durant l'animation de la salle de pilotage précédente. Il est par la suite suggéré de faire une revue semestrielle de l'évolution de la planification stratégique présente sur la dimension 1 « vision à long terme » afin de discuter du progrès des objectifs. Les directeurs responsables peuvent ainsi partager l'avancement de leurs objectifs. Après cette revue des objectifs de la planification stratégique, les A3 objectifs présents sur la dimension 2 « actions actuelles » sont discutés, suivis de l'analyse des portefeuilles de projets par direction. Cette discussion permet d'augmenter la collaboration du comité de direction afin de canaliser les efforts vers l'atteinte des objectifs organisationnels. Par la suite, l'animation de la dimension 3 « indicateurs de performance », et plus spécifiquement l'analyse des indicateurs critiques de performance, permet aux directeurs de comprendre les enjeux actuels des différentes directions. On termine ensuite l'animation en complétant l'information sur la dimension 4 « réponse action ». Le cadre de référence suggère de remplir le tableau

présent sur cette dimension au fur et à mesure que les obstacles et problématiques sont identifiés durant l'animation des trois dimensions précédentes. Les actions de résolution de problème doivent toutes être attribuées à un ou plusieurs directeurs qui s'engagent à les mettre en œuvre avant la prochaine animation. Selon le cadre de référence, la complétion de ce tableau est une étape cruciale de l'animation et il est important que tous les directeurs comprennent les actions identifiées afin de pallier les défis de l'établissement. Suite à l'animation de la dimension « réponse action », l'équipe de direction peut terminer l'animation par la présentation des « bons coups » inscrits sur le mur de cette dernière dimension. Le cadre de référence du MSSS et de la Chaire IRISS (2015) ne mentionne pas de durée exacte pour les animations, mais suggère plutôt qu'elles soient de courte durée pour éviter les longs débats et questionnements et favoriser l'approfondissement et la résolution active d'enjeux de gestion ponctuels.

La troisième et dernière phase identifiée par le cadre de référence (MSSS et Chaire IRISS, 2015), T+1, renvoie au suivi après l'animation de la salle de pilotage stratégique. Cette période d'appropriation des éléments soulevés durant l'animation permet de mettre en œuvre les actions choisies sur la dimension « plan d'action » ainsi que de revenir sur les apprentissages faits. Le cadre de référence suggère de faire des évaluations régulières des animations afin d'ajuster les éléments de la salle de pilotage stratégique en plus de favoriser une culture d'apprentissage au sein du comité de direction des établissements. Cette évaluation des animations peut prendre la forme d'un indicateur affiché dans la dimension 3 « indicateurs de performance », favorisant ainsi l'amélioration continue.

6.1.2 Le déroulement de la phase de préparation T-1

Les animateurs du CISSS-A et du CISSS-B se préparent tous préalablement aux animations des salles de pilotage stratégiques. Les notes d'entrevues suivantes font mention de la préparation des deux comités de direction aux animations de leur salle de pilotage stratégique respective.

6.1.2.1 Le déroulement de la phase de préparation T-1 au CISSS-A

Notes brutes 6.1.2.1 – A. Extraits d’entrevues avec les directeurs du CISSS-A liés à la préparation à l’animation de la salle de pilotage stratégique

1.DQEPE 2 (novembre 2017)

- A.« la semaine avant l’animation, on a toujours un ordre du jour avec une série de choses à regarder qui sont toutes en lien avec le déploiement de la gestion visuelle au CISSS, de façon plus large, mais aussi on prépare l’animation, donc on donne les indicateurs, s’il y a des enjeux particuliers on va parfois choisir de présenter une A3. Par exemple, si on a une nouvelle A3 ou qui a été modifiée, on va demander au directeur de se préparer pour la présenter. C’est la même chose pour la question des indicateurs, on va s’assurer que si on identifie un indicateur critique on a avisé d’avance les directeurs pour qu’ils sachent que ça risque d’être nommé comme étant un indicateur sur lequel on va regarder les obstacles. »
- B.« Lors de la préanimation, [le PDG est] soucieux que les gens arrivent préparés, donc de ne pas coincer les gens avec des choses par surprise, le moins possible. »
- C.« [...] il [le PDG] veut être sûr d’être bien préparé à chacune [des animations], donc c’est un petit peu plus exigeant sur le temps de préparation. »

2.DSI 1 (mai 2017)

- A.« La salle de pilotage, lorsqu’elle est animée selon les thèmes qui ont été priorisés peut-être une semaine ou deux avant son animation, ça nous permet à la fois de se préparer à cette discussion-là, faire un temps d’arrêt qui devient par la suite un levier pour que les choses avancent. »

3.DSP (mai 2017)

- A.« Ils [la DQEPE et le PDG] ont dit « ça été rajouté sur l’A3 », je ne le sais pas moi. Ça été mis là. Et ils ont dit « c’est de ça qu’on va parler la prochaine fois ». [...] je n’ai pas eu mon mot à dire, ça, c’est sûr et certain. »

4.PDGA (avril 2017)

- A.« Mais ce qu’on fait, quand même, pour ne pas mettre personne mal à l’aise là-dedans, c’est qu’on prépare toujours la rencontre de la salle de pilotage et puis les indicateurs critiques on les identifie avant, mais on va aviser les directeurs concernés qu’on va discuter de ça. [...] pour qu’ils puissent aller chercher l’information. Se préparer, ce n’est pas dans le sens de préparer une défense, c’est dans le sens d’aller chercher l’information à jour sur les enjeux parce qu’il faut bien voir que chacun des directeurs a des immenses directions aussi, donc ils ne maîtrisent pas tout le détail de ce qu’il se passe au sein de leur direction. »
- B.« Quand les gens ne sont pas avisés à l’avance, ils risquent d’être plus

défensifs alors que s'ils vont chercher l'information [...]. À travers ça, l'enjeu c'est vraiment de développer une relation de confiance et de collaboration au sein du comité de direction parce que chacun est lié aussi à l'action des autres. »

5.PDG (mars 2017)

- A.« Il faut la préparer [la salle de pilotage stratégique]. Premièrement, il faut la monter, il faut la mettre à jour. Puis à partir du moment où on commence à faire le montage, il y a des fois où on ajuste les choses. Nous, en cours de route, on a constamment ajusté certains murs. »
- B.« ça demande de la préparation, et ça demande d'avoir une équipe qui travaille au niveau de la qualité performance. »
- C.« j'avais dit au directeur qualité « écoute, on va avoir besoin de quelqu'un dans ton équipe pour gérer la salle de pilotage » [...] Puis j'ai dit « écoutez, ça fonctionnera pas là. Si on n'a pas quelqu'un qui met à jour, c'est impossible [...] Nous, c'est la même équipe qui fait le suivi de l'entente de gestion aussi, le tableau de bord du CA, tout ça ensemble. »
- D.« Avant chaque séance d'animation, donc une fois par mois, la semaine précédente, je m'assois avec l'équipe qui gère la salle de pilotage et avec la PDGA, puis avec le directeur qualité. »
- E.« l'équipe me présente les indicateurs. Ensuite, avec la PDGA et le directeur qualité, on regarde les indicateurs qui s'améliorent, et on retient ceux qui ne s'améliorent pas et on les met de côté. On en choisit habituellement trois puis on se dit « ok, on va faire notre animation en lien avec ça ». »
- F.« Donc on informe les directeurs concernés. On dit « écoutez, on va regarder ces indicateurs-là à la prochaine animation » [...] les gens se préparent. Mais on ne leur dit pas comment. On leur dit « écoutez, à la prochaine animation là, on va regarder. » »
- G.« mais ils le savent, ils ne sont pas surpris, ils connaissent leurs indicateurs. Ce n'est pas moi qui leur annonce. »
- H.« Donc une semaine avant, je rencontre l'équipe. Je suis avec le directeur qualité, je choisis les trois indicateurs et c'est l'équipe qui va informer les directeurs. Parce que souvent, je n'ai pas le temps de le faire. Ils ont dit « ok, on les informe », les gens se préparent. C'est beaucoup plus positif. Et l'idée ce n'est pas de prendre les gens en faute. »

6.DSP 2 (décembre 2017)

- A.« [...] il y a l'indicateur lui-même. Des fois, on le reçoit la veille. [...] Dans le fond, à la salle stratégique on devrait amener ce qu'on n'a pas été capable de régler. Mais si je ne savais pas c'était quoi l'indicateur et qu'il y avait un problème, c'est sûr que ça ne sert pas à grand-chose, la discussion. C'est sûr que plus on l'a d'avance [...]. On est en train de travailler pour que ce soit vraiment le plus productif possible. »

La phase de préparation T-1 au CISSS-A comporte les points suivants : mettre à jour les indicateurs de performance de l'organisation; identifier les indicateurs critiques; préparer le PDG à l'animation; et aviser les directeurs concernés que leurs indicateurs seront discutés durant l'animation de la salle de pilotage stratégique. D'abord, la mise à jour des indicateurs se fait par l'équipe de la DQEPE (ligne 1-A). Comme il fut mentionné par le PDG, une personne de l'équipe de la DQEPE est chargée de la gestion de la salle de pilotage stratégique. Cette personne s'assure entre autres de la mise à jour des projets et des indicateurs de performance affichés sur les murs (ligne 5-C). Une fois les indicateurs à jour, le PDG, la PDGA ainsi que l'équipe de la DQEPE se rencontrent afin de discuter des enjeux de l'organisation et identifier les indicateurs qui devront être analysés durant l'animation de la dimension 3 « indicateurs de performance » de la salle de pilotage stratégique (ligne 5-D et E). Durant cette rencontre préparatoire, les indicateurs de performance sont passés en revue et ceux présentant des résultats critiques sont retenus afin de faire leur suivi en salle de pilotage stratégique. Le PDG retient habituellement trois indicateurs qui seront analysés durant l'animation de la dimension 3. C'est aussi durant cette rencontre préparatoire que l'équipe de la DQEPE aide le PDG à identifier des questions précises qui seront posées aux directeurs durant l'animation afin d'aider le comité de direction à comprendre les obstacles empêchant l'amélioration des indicateurs, ainsi qu'à trouver des pistes de solutions. Cette rencontre préparatoire se déroule environ une semaine avant l'animation et est une étape importante pour la haute direction – la directrice de la DQEPE affirme que le PDG accorde une grande importance à sa préparation en vue de l'animation de la salle de pilotage stratégique de son établissement (ligne 1-C).

Suite à cette rencontre, l'équipe de la DQEPE informe par téléphone les directeurs concernés que leurs indicateurs seront discutés durant l'animation de la salle de pilotage stratégique. Cet appel a pour but d'informer les directeurs afin qu'ils puissent se préparer adéquatement à l'analyse de leurs indicateurs durant l'animation. À cet effet, la DQEPE et la PDGA mentionnent que les directeurs sont généralement informés d'avance non pas pour trouver les raisons qui justifient la performance de

leur indicateur, mais plutôt pour avoir assez de temps pour recueillir l'information de leurs équipes afin que les discussions durant l'animation soient plus constructives et mènent à l'identification de pistes de solution afin de surmonter les obstacles minant l'atteinte des objectifs (lignes 1-A et B, et 4-A et B). Le DSP fait mention d'une situation où il a été informé la veille qu'un de ses indicateurs allait être discuté durant l'animation de la salle de pilotage du lendemain (ligne 6-A). Cette situation a fait en sorte que le directeur concerné n'a pu aller chercher les informations adéquates auprès de ses équipes et la discussion durant l'animation de la salle de pilotage stratégique n'a pu être axée sur la recherche de solutions. De plus, comme la PDGA le mentionne, le fait d'aviser à l'avance les directeurs que leurs indicateurs seront discutés durant l'animation permet d'éviter de les interroger sur des sujets dont ils n'ont pas toutes les informations à jour, ce qui pourrait mener à la justification de la performance de l'indicateur plutôt qu'à l'identification de pistes de solutions (ligne 4-A). La préparation préalable à l'animation de la salle de pilotage stratégique est ainsi une phase importante et soutenue par la haute direction du CISSS-A, et qui est systématique dans le processus entourant l'animation de la salle de pilotage stratégique.

La séance de préparation à l'animation étant réservée à la DQEPE, au PDG et à la PDGA, cela peut engendrer des situations où des directeurs sentent qu'ils ne peuvent donner leur opinion sur une décision, comme mentionné par le DSP (ligne 3-A). Cela peut aussi engendrer des situations où les indicateurs jugés comme critiques par la haute direction ne sont pas perçus de la sorte par les directeurs concernés. Cette situation fut illustrée par le DSI et la DQEPE de l'établissement alors que le taux d'infections nosocomiales, un indicateur dont le DSI est imputable et qui n'était alors pas suivi en salle de pilotage stratégique, allait être discuté durant la prochaine animation, car sa performance était critique. Ce dossier a attiré l'attention de plusieurs directeurs et fut analysé lors de plusieurs animations au printemps 2017 car le taux d'infections nosocomiales était élevé et loin de la cible. La directrice de la DQEPE avait alors choisi de l'ajouter à la dimension 3 afin de trouver des solutions à l'aide des autres directeurs, mais le DSI, alors avisé que l'indicateur allait être discuté

durant l'animation, ne voyait pas l'intérêt d'en discuter en salle de pilotage stratégique, puisqu'il ne s'y retrouvait pas auparavant. Les commentaires d'entrevues et les observations en lien avec cette situation sont présentés dans la vignette 6.1.2.1 – B suivante.

Vignette 6.1.2.1 – B. Notes des entrevues et observations liées à l'ajout de l'indicateur mesurant le taux d'infections nosocomiales à l'animation de la salle de pilotage stratégique au CISSS-A du 18 mai 2017

Données des entrevues

1.DSI (mai 2017)

- A.« [...] on m'a prévenu il y a une semaine que nous regarderions les taux d'infections nosocomiales qui, dans certains cas, paraissent être à la hausse. Alors, quand j'entends ça, c'est à la fois vrai, mais si ce n'est pas soutenu par une explication qui est partagée, on a l'impression que c'est la catastrophe, mais je vais expliquer jeudi prochain pourquoi les taux sont si élevés dans telle recherche de bactérie résistante alors qu'auparavant les taux étaient beaucoup plus bas. Alors, il y a une explication à ça, mais de toute évidence elle n'est pas connue parce que ça devient un indicateur qui est jugé critique pour être mis en lumière à la salle de pilotage. »
- B.« Alors, moi je pense que si on m'en avait parlé avant de m'interpeller à devoir me préparer pour jeudi prochain...[...] Je suis plus en réaction à une situation qui a été jugée critique par de tierces parties ou personnes. »

2.DQEPE 2 (novembre 2017)

- A.« [...] les infections nosocomiales, c'est moi qui avais décidé de le sortir, il n'était même pas dans les indicateurs stratégiques qu'on suivait. J'ai décidé de le mettre et ça a provoqué une réaction de la part du directeur des soins infirmiers. Il a questionné pourquoi on mettait ça [parmi les indicateurs stratégiques]. Et pour moi, c'est une question de maturité d'équipe, de confiance les uns envers les autres et d'être vraiment dans un mode de collaboration. Ça prend pas mal de maturité pour reconnaître que « je ne suis pas capable de solutionner, je suis en difficulté dans une situation ». Par exemple les infections nosocomiales, tu peux être en difficulté dans le sens où tu vois que les résultats des audits, par exemple sur le lavage des mains, descendent. Ça ne veut pas dire que tu acceptes ça et tu n'es pas nécessairement fier de ça, mais en même temps c'est ça la situation actuelle. Il faut accepter que ça puisse être discuté avec des collègues. L'idéal dans la maturité, c'est que les collègues ne soient pas : « Ah, ah, on vient de te déculotter », mais plutôt de dire : « Bien, comment je peux t'aider, moi, là-dedans? Comment on peut tous t'aider? ». Ça serait un niveau de maturité souhaité et on ne serait plus dans la justification. Au contraire, c'est une opportunité de venir chercher de l'aide sur des situations et d'être très ouvert

en transparence parce que c'est un enjeu quand on a des problèmes d'infections nosocomiales à tous les niveaux : ça va venir toucher les finances, les ressources humaines, les pratiques professionnelles... Ça va toucher tous les secteurs. Donc c'est de dire : « bien, on travaille ça ensemble en équipe. On forme une équipe ». Peut-être que dans mon rôle de gardien du sens, si c'est moi qui continue à l'avoir, le gardien du sens doit ramener cette question-là. On revient aux valeurs de l'organisation, c'est écrit « une collaboration » dans nos valeurs. Tu sais, ça veut dire quoi ça finalement, la collaboration quand on est en animation comme ça? Concrètement, ça veut dire quoi? Ça veut dire qu'on n'est pas obligé de se justifier, mais plutôt d'être très transparent sur ce qu'il se passe et comment on peut exprimer qu'on a besoin d'aide et de dire : « ça va être le groupe qui va nous aider ». Moi, je pense que ça va se faire graduellement. Si on ne réussit pas ça, on va avoir, à mon avis, limité de beaucoup la portée de tout ce système-là. C'est beau de suivre les chiffres, d'être technique et de faire les choses techniques, mais la plus grande avancée, ça va être de réussir sur le plan de la culture de travailler en mode de collaboration. »

Données des observations

3.Observation du 18 mai 2017 :

Animation du mur 4

- **3.PDG :**
 - A.demande de mettre le taux à 61% et clostridium 20.5, et le temps supplémentaire à 2.82
- **4.DSI :** fait une mise en contexte sur les données du taux d'infection à l'hôpital
 - A.explique que le dépistage du ERV est systématique donc que les données ont changées, car avant ce n'était pas systématique
- **5.PDG :** répond au DSI
 - A.demande ce qu'on peut faire
- **6.DSI :** répond au PDG
 - A.demande du temps pour vérifier la validité des données, car il croit que n'est pas juste et représentatif de l'état réel, la méthodologie peut ne pas être juste donc demande une analyse dans action
- **7.PDG :** répond au DSI
 - A.propose de faire un retour sur les mesures de précaution (lavage des mains, etc.)
 - ajoute que les responsables sont les deux directeurs (DSI et DSP), propose juin
- **8.DSI :** répond au PDG
 - A.demande que ça soit plus tard, car il n'a pas les ressources
- **9.PDG :**
 - A.demande de faire suivi en juin quand même, car les résultats sont dans le tableau de bord du CA, donc il faut une explication à apporter au CA quand ils vont arriver à ce point
- **10.DSI :** ajoute une information
 - A.Mentionne qu'il y a eu une éclosion de clostridium en P13
- **11.Directeur administratif :**

- A.propose d'aller chercher des données plus récentes sur le taux d'éclosion pour que ça soit plus représentatif de la situation
- **12.PDG** : répond aux directeurs
 - A.« vous me dites qu'il n'y a pas de problématique dans les infections, donc on devrait atteindre la cible à la prochaine période »
- **13.DSI** : répond au PDG
 - A.explique qu'il espère que oui
- **14.PDG** : conclut le point
 - A.résume qu'ils sont quand même en contrôle, mais qu'il va faire un retour sur les modalités de prévention en septembre, les porteurs de cet enjeu sont le DSI et le DSP (écrit informations sur mur 4)

Dans la situation décrite dans l'encadré de la vignette 6.1.2.1. - B le DSI anticipe les questionnements qui seront soulevés à l'animation suivante. Il mentionne en entrevue qu'il voulait « expliquer » pourquoi l'indicateur présentait des résultats qui inquiétaient la haute direction de l'établissement et réagit à son ajout à l'animation de la salle de pilotage stratégique (ligne 1-A). Durant l'animation, le DSI a donc expliqué que l'augmentation du taux d'infections nosocomiales pouvait être expliquée par le manque de justesse des données recueillies et demanda par la suite de lui laisser une période de temps pour vérifier la validité des données et la méthodologie utilisée pour mesurer l'indicateur (ligne 6-A). Un directeur administratif a alors fait une suggestion soutenant les demandes du DSI (ligne 11-A). Le PDG a alors mandaté le DSI ainsi que le DSP dans la prise en charge de ce dossier qui sera regardé durant les animations suivantes afin d'apporter des éléments d'explication au CA de l'établissement (ligne 14-A). À la suite de cette animation, la DQEPE a commenté la situation en expliquant son choix d'avoir relevé l'indicateur durant l'animation de la salle de pilotage stratégique. L'indicateur qui présentait des résultats inquiétants selon elle devait être discuté durant l'animation du mur 3 afin de trouver collectivement des pistes de solutions (ligne 2-A).

Cette situation illustre le manque de cohérence entre la volonté de la haute direction et de la DQEPE à trouver en groupe des solutions afin de résoudre l'augmentation du taux d'infections nosocomiales, et la vision du DSI sur la validité des données utilisées pour mesurer l'indicateur. Ce dernier affirme qu'il aurait préféré être consulté plutôt qu'avisé que l'indicateur dont il est imputable serait discuté durant

l'animation (ligne 1-B). Pour la DQEPE, les résultats négatifs récurrents de l'indicateur étaient une raison suffisante pour l'inclure dans l'animation du mur 3 du 18 mai 2017 (ligne 2-A). Durant l'animation, la discussion en lien avec l'indicateur mesurant le taux d'infections nosocomiales a permis au DSI de partager ses hypothèses sur la validité des données, et le PDG a pu mandater le DSI et le DSP pour trouver des solutions qui feront en sorte que la cible de l'indicateur soit atteinte dans 4 mois, soit en septembre suivant (ligne 8-A à 14-A). De plus, le PDG a laissé le DSI exprimer ses inquiétudes en lien avec la mesure elle-même, mais il a tout de même exigé des actions concrètes afin d'influencer les taux d'infections nosocomiales à l'hôpital. De cette manière, le PDG a tenté de stimuler la collaboration en mandant le DSI et le DSP sur le dossier. En entrevue à la suite de cette animation, la DQEPE a mentionné qu'un niveau de maturité attendu en lien avec les animations de la salle de pilotage stratégique est la transparence des directeurs dans les dossiers critiques. Pour elle, lorsque les indicateurs présentent des résultats critiques, les directeurs imputables doivent être capables de partager des informations qui permettront aux autres directeurs d'apporter leur aide au besoin : « [...] ça veut dire quoi ça finalement, la collaboration quand on est en animation comme ça? [...] Ça veut dire qu'on n'est pas obligé de se justifier, mais plutôt d'être très transparent sur qu'est-ce qu'il se passe et comment on peut exprimer qu'on a besoin d'aide » (ligne 2-A). Ainsi, le PDG a tenté de favoriser cette collaboration et cette transparence en apportant des informations et en forçant la mise en place d'un plan d'action, mais la position du DSI face aux raisons derrière les données de l'indicateur a fait en sorte que des plans d'actions peut-être plus élaborés n'ont pas été proposés durant l'animation afin d'atteindre la cible.

La préparation à l'animation de la salle de pilotage stratégique au CISSS-A permet de soutenir un système de contrôle diagnostique et interactif. D'une part, la haute direction accompagnée de la DQEPE regarde les indicateurs de performance des différentes directions et choisit ceux présentant des résultats critiques et devant être discutés durant l'animation du mur 3 afin de trouver collectivement des pistes de solutions. La rencontre de préparation permet donc d'identifier les indicateurs

critiques afin d'éventuellement chercher des pistes de solutions pour atteindre les cibles stratégiques, ce qui s'inscrit dans une utilisation diagnostique de la salle de pilotage. La rencontre de préparation permet aussi à la haute direction et à la DQEPE de s'immiscer dans les activités des autres directeurs de l'établissement en soulevant les informations changeantes qui doivent être discutées avec le reste du comité de direction durant l'animation. La haute direction et la DQEPE du CISSS-A ont identifié l'indicateur du taux d'infections nosocomiales, alors absent des indicateurs stratégiques suivis en salle de pilotage, et ont conclu qu'il était alors nécessaire d'en faire le suivi durant l'animation. Les variations de l'indicateur ont fait en sorte qu'il est devenu une priorité stratégique pour le comité de direction. En agissant de la sorte, la préparation de l'animation est utilisée comme système de contrôle interactif. Elle pourrait donc servir à convertir le contrôle strictement diagnostique en contrôle interactif, en ciblant les éléments sensibles à l'avance permettant ainsi aux directeurs responsables de se préparer.

6.1.2.2 Le déroulement de la phase de préparation T-1 au CISSS-B

Notes brutes 6.1.2.2 – A. Extraits d'entrevues avec les directeurs du CISSS-B liés à la préparation à l'animation de la salle de pilotage stratégique

1.DQEPE 1 (mai 2017)

- A.« Il faut juste que nous, à la DQEPE, on s'assure qu'ils [les directeurs] aient vu les données avant d'arriver dans la salle. »
- B.« [...] le mur 3 est en PDF et ils le reçoivent, alors tout le monde connaît ce qui est affiché sur le mur avant le comité de direction. »
- C.« Les documents du comité de direction, on les a les jeudis précédents le comité de direction .[...] les directeurs qui n'animent pas ont quatre jours pour lire leur document et le directeur qui anime, lui, est formé le vendredi, alors lui il s'approprie vraiment ça. »

2.DQEPE 2 (décembre 2017)

- A.« tu reçois tes documents le jeudi, tu sais que tu as le tableau de bord, ta salle est prête, prépare-toi. »
- B.« [...] une fois que tout le monde va être passé, on ne formera plus. [Le directeur adjoint de la DQEPE] passe vraiment du temps de qualité un à un. [...] Il fait le tour des murs et ils [lui et le directeur qui anime] sont dans la vraie salle avec les vraies données, donc ils peuvent déjà préparer leurs questions à l'animation. »

3.DAQEPE 2 (décembre 2017)

- A.« Tu sais, moi quand j'arrive, je leur fais un petit tableau pour préparer les discussions et faire les liens et dire : « Oublie pas, à telle place, etc. », ils sont déjà tous au fait de ça. »
- B.« Quand je prépare, par exemple si c'est [le DQEPE] qui anime, on fait notre préparation et là je regarde et je dis : « l'information ici est délicate, le directeur va probablement se faire poser des questions ». J'appelle soit le vendredi après-midi ou le lundi parce que l'animation c'est le mardi, et je dis : « Allô [nom du directeur]. Demain là, je veux juste te dire qu'il y a ça comme résultat, il y avait ça dans le plan d'action, ça se peut que tu te fasses interpeller ». »

4.DRHCAJ (janvier 2018)

- A.« [...] j'ai fait ma première animation cet automne puis quand tu te prépares, tu regardes les indicateurs sous un autre angle, tu regardes les actions qu'on avait mises sous un autre angle. »
- B.« [...] il faut se préparer, on ne nous prépare pas. Il faut qu'on regarde nos affaires. On nous envoie les informations, on les reçoit le vendredi avant la salle du mardi.»
- C.« [...] il y avait comme une énergie dans l'organisation parce que les directeurs se préparent, ça fait qu'ils posent des questions la veille. Alors il y a comme un stress, ils posent des questions, alors les gestionnaires le savent quand il va y avoir la salle de pilotage. »
- D.« [...] Parfois les directeurs se parlent avant, il va dire : « ça, je vais parler de ça, je vais te nommer, mais sois pas surpris ». Je sais que les gens se parlent. Comme moi, par exemple, au niveau du manque de personnel ou de l'affichage, les directeurs me le disent avant quand c'est une problématique ou c'est une raison. Alors c'est plus rare maintenant qu'on apprend des affaires quand tu es visé par quelque chose. Donc je pense que le niveau de préparation [favorise] la confiance qui doit être au rendez-vous. »
- E.« [...] je prends la main-d'œuvre indépendante. On va le regarder et on voit qu'elle est sous contrôle, mais même si elle est sous contrôle, elle est là, alors si on voyait qu'à un moment donné ça commence à être plus utilisé... Même si elle est là sous contrôle, je vais me préparer même si on ne va pas en parler longtemps, je vais me préparer à cette rencontre-là et je regarde les secteurs qui utilisent plus de main-d'œuvre indépendante. »

5.DSI 2 (novembre 2017)

- A.« [...] avant même l'animation, tout le monde se prépare. Je vois les petites souris arriver la veille et l'avant-veille dans la salle du comité de direction qui viennent voir les résultats. Puis ça amène les gens à bien se préparer et à être en mode action quand on s'en reparle. »

Le déroulement de la phase de préparation T-1 au CISSS-B consiste à mettre à jour les indicateurs du mur 3, les A3 stratégiques et les informations du mur 4 de la salle

de pilotage stratégique, à envoyer les documents et les indicateurs mis à jour aux directeurs et à préparer l'animation avec le directeur chargé d'animer la prochaine séance. Les projets et la matrice de cohérence sont pour leur part mis à jour deux fois par an, lors de l'animation complète de la salle de pilotage stratégique. D'abord, l'équipe de la DQEPE récolte les informations nécessaires afin de mettre à jour l'état d'avancement des projets de la dimension 2 ainsi que les tableaux présentant les indicateurs de performance de la dimension 3. Une fois cette mise à jour complétée, l'équipe de la DQEPE envoie par courriel aux directeurs les documents de préparation à la rencontre du comité de direction, incluant entre autres le tableau de bord, ainsi qu'un fichier PDF présentant les éléments de la dimension 3 « indicateurs de performance » de la salle de pilotage stratégique (ligne 1-B et 2-A). La mise à jour ainsi que l'envoi du courriel se déroulent la semaine avant l'animation de la salle de pilotage stratégique, laissant aux directeurs du CISSS-B environ 4 jours pour prendre connaissance de l'état d'avancement de leurs projets et de leurs indicateurs de performance dans la salle de pilotage (ligne 1-C). Ce laps de temps avant l'animation leur permet aussi d'aller chercher l'information nécessaire auprès de leurs équipes afin de comprendre les détails des enjeux entourant l'avancement de leurs projets et indicateurs et ainsi être prêts à les partager si nécessaire aux autres membres du comité de direction durant l'animation de la salle de pilotage stratégique (ligne 4-B et C et 5-A). L'état d'avancement des actions inscrites à la dimension 4 « plan d'action » est pour sa part disponible en tout temps pour les directeurs via une plateforme web, ces derniers peuvent donc se préparer et mettre à jour les actions et échéanciers déterminés à l'animation de la salle de pilotage précédente. Comme l'a mentionné le DRHCAJ en entrevue, la DQEPE ne prépare pas individuellement chaque directeur, mais envoie plutôt les documents présentant l'état d'avancement des projets et indicateurs, et les directeurs se préparent selon leur niveau de connaissance des enjeux entourant leurs indicateurs (ligne 4-B). Cependant, le DAQEPE a mentionné en entrevue qu'il avise les directeurs concernés lorsque les indicateurs dont ils sont responsables risquent fortement d'être discutés à l'animation de la salle de pilotage stratégique (ligne 3-B). Ainsi, s'ils ne l'ont pas déjà fait, les directeurs concernés peuvent s'assurer d'avoir toutes les informations nécessaires afin

de discuter des enjeux rencontrés et ayant trait à un indicateur critique, évitant ainsi d'être pris par surprise si l'animateur pose des questions les concernant. Cette préparation des directeurs consiste, entre autres, à interroger les gestionnaires de leur direction, comme l'a mentionné le DRHCAJ durant son entrevue (ligne 4-C).

Quatre jours avant l'animation, l'équipe de la DQEPE aide le directeur mandaté d'animer la prochaine salle de pilotage stratégique à se préparer adéquatement (ligne 1-C et 2-B). Le DAQEPE ainsi que l'animateur désigné se rencontrent dans la salle de pilotage stratégique de l'établissement et regardent ensemble les murs sur lesquels sont affichées les informations mises à jour des quatre dimensions (ligne 2-B). Ils analysent ainsi l'avancement des projets prioritaires ainsi que des indicateurs et préparent des questions à poser aux directeurs chargés de ces projets et indicateurs. Le DAQEPE a dit en entrevue qu'il prépare un tableau pour le directeur animateur dans lequel il inscrit des questions et des informations qui serviront à approfondir certains enjeux durant l'animation (ligne 3-A). De cette façon, l'animateur a en sa possession un aide-mémoire qui favorisera les réflexions et la résolution de problème avec les autres directeurs durant l'animation de la salle de pilotage stratégique.

Durant l'entrevue avec le DRHCAJ, ce dernier a mentionné la collaboration avant les animations entre les directeurs du CISSS-B (ligne 4-D). Lorsque l'animateur désigné prend connaissance des données relatives aux indicateurs de performance durant la période de préparation avec le DQEPE, il peut par la suite aviser les directeurs imputables qu'ils seront interrogés durant l'animation de la salle de pilotage stratégique. Cela leur permet de se préparer en conséquence.

Les éléments de la phase de préparation T-1 au CISSS-B s'inscrivent aussi dans des systèmes de contrôle diagnostique et interactif. D'abord, la DQEPE met à jour les indicateurs de performance, les A3 objectifs et le mur 4 pour ensuite les partager avec le reste du comité de direction. Cette mise à jour permet de faire le suivi des indicateurs stratégiques de l'organisation afin de les comparer aux cibles de performance prévues, ce qui soutient un système de contrôle diagnostique. Ensuite, la

DQEPE et le directeur chargé d'animer la salle de pilotage stratégique identifient ensemble les indicateurs de performance critiques et les projets qui seront abordés durant l'animation, et en informent ensuite les directeurs concernés afin que ces derniers se préparent et aient en leur possession toutes les informations nécessaires afin de stimuler la recherche de solution. En identifiant les indicateurs critiques de performance, la DQEPE et l'animateur focalisent l'attention des directeurs sur des enjeux de performance changeants. Cette mise en lumière des indicateurs critiques permet de chercher les obstacles rencontrés par les directeurs ainsi que les changements dans leur quotidien qui pourraient influencer l'atteinte des objectifs tels que déterminés auparavant. Cette attention particulière sur les éléments stratégiques changeants propres aux directions s'inscrit dans une utilisation interactive de la salle de pilotage stratégique.

6.1.2.3 Comparaison des éléments de la phase de préparation T-1 au CISSS-A et au CISSS-B

Le tableau suivant présente les différences et les similitudes entre les éléments de la phase de préparation au CISSS-A et au CISSS-B

Tableau 6.6.1 - Résumé des éléments de la phase de préparation T-1

Cadre de référence		CISSS-A	CISSS-B
<ul style="list-style-type: none"> - Les participants mettent à jour les actions et indicateurs dont ils ont la responsabilité - La mise à jour des dimensions est incorporée aux activités régulières du système intégré de gestion et s'inscrit dans l'agenda standard de l'établissement 	Similitudes	<ul style="list-style-type: none"> - Mise à jour des indicateurs de performance par les membres de la DQEPE - Préparation du PDG environ une semaine avant l'animation - Phase T-1 correspond à une utilisation diagnostique et interactive de la salle de pilotage stratégique 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise à jour des indicateurs de performance par les membres de la DQEPE - Préparation de l'animateur environ 4 jours avant l'animation - Phase T-1 correspond à une utilisation diagnostique et interactive de la salle de pilotage stratégique
	Différences	<ul style="list-style-type: none"> - L'animateur est le PDG - Les membres de la DQEPE avisent par courriel les directeurs que leurs indicateurs seront discutés durant l'animation 	<ul style="list-style-type: none"> - La personne qui anime change d'une animation à l'autre - Les membres de la DQEPE avisent par téléphone les directeurs dans certains cas que leur indicateur sera discuté à l'animation - Chaque directeur doit prendre connaissance du document de mise à jour et se préparer selon les informations

6.1.3 Le déroulement de la phase T-0 de l'animation de la salle de pilotage stratégique

6.1.3.1 Le déroulement de l'animation au CISSS-A

Vignette 6.1.3.1-A. Observation d'une animation de la salle de pilotage stratégique au CISSS-A : animation de la dimension 4 « réponse action »

Notes des animations du 15 juin 2017

* pas de présentation des A3

Tous les directeurs se regroupent debout devant le tableau du plan d'action, le PDG regarde le tableau et les directeurs sont en demi-cercle devant le tableau et le PDG

Animation mur 4 – suivi des plans d'action établis à l'animation précédente

- **1.PDG** : fait le retour sur les dossiers complexes
 - A.Mentionne que les taux de ERV et de clostridium sont élevés à l'hôpital, se questionnait sur ces chiffres à l'animation précédente
 - B.Mentionne que depuis la dernière animation, ils ont reçu le rapport I6 (institut canadien info santé), qui fait la comparaison des hôpitaux, l'hôpital de l'établissement ressort comme celui avec le plus haut taux d'infections nosocomiales dans la province
 - C.Il dit qu'il va l'envoyer au DSI, affirme que ces chiffres sont très préoccupants, il n'avait pas l'impression que les taux étaient si élevés, mais qu'il y a des raisons, il est important que le DSI regarde ça avec son comité, le PDG se dit qu'il y a probablement quelque chose à regarder dans les données, il y a une problématique et il faut regarder ça plus en détail
 - D.« On avait dit que pour l'analyse des données c'était septembre », il veut s'assurer que les données sont les bonnes, que ceux qui transmettent les données le font bien
- **2.DSI** : en réponse aux interrogations du PDG
 - A.« on a augmenté le nombre d'audits pour le lavage des mains », il constate une détérioration sur la compliance du lavage des mains (bonnes pratiques), mais le département de chirurgie est le champion pour les bonnes pratiques, certains secteurs sont plus préoccupants, il dit qu'il y a un besoin d'une « prise de conscience individuelle et collective ».
- **3.PDG** : se prépare à inscrire le suivi sur le tableau de la dimension 4
 - A.il veut être certain que le comité de prévention des infections prend en compte le rapport de l'ICIS [l'écrit sur le tableau du mur 4], « on suit les taux dans le tableau de bord du CA », il aimerait qu'en septembre le comité de direction se donne une stratégie pour y arriver, le dossier doit être gardé actif
- **4.PDG** : passe au prochain plan d'action écrit à l'animation précédente
 - A.au niveau du temps supplémentaire, il y a une augmentation dans les

dernières années, ils devaient faire certaines actions dont la distribution des données par service pour les cadres et regarder l'analyse des postes et se donner une stratégie au niveau local, demande au DRHCAJ ce qui en est

- **5.DRHCAJ** : en réponse aux interrogations du PDG
 - A. dit que ça ne peut pas se faire en juin, doit prolonger l'échéancier, explique la situation aux membres du comité de direction
- **6.PDG** : suite à la réponse du DRHCAJ
 - A. Résume ce qui vient d'être dit par le DRHCAJ, doit adopter une approche ciblée par rapport aux gestionnaires, il croit que devrait mettre le top 100, pas pour blâmer, mais pour montrer aux cadres où ils se trouvent par rapport aux autres, leur positionnement, demande si on va de l'avant avec ça pour l'inscrire sur le mur 4
- **7.Directeur clinique 1**: pour répondre aux interrogations sur PDG et du DRHCAJ
 - A. Mentionne un enjeu d'instabilité clinique au niveau des clients, doit faire attention si il veut établir des comparaisons entre les cadres
- **8.DRHCAJ** : en réponse au directeur clinique et au PDG
 - A. « la liste de rappel doit prendre de moins en moins d'importance »
- **9.Directeur clinique 2** : commente la situation discutée
 - A. la planification des horaires doit être attachée à la planification des équipes, car il y a beaucoup de problèmes en ce moment, il faut essayer de ne pas être à la dernière minute pour remplacer le prochain cadre
- **10.PDG** : pour conclure sur ce qui vient d'être discuté
 - A. « donc il va falloir regarder la stabilisation des ressources », ils vont revenir en septembre avec ce mur-là [après les vacances]

Les animations de la salle de pilotage stratégique du CISSS-A se déroulent pendant les rencontres mensuelles du comité de direction de l'établissement, comme suggéré par le cadre de référence du MSSS et de la chaire IRISS (2015). Les rencontres du comité de direction commençant toujours entre 8h00 et 9h00, les animations de la salle de pilotage stratégique débutent généralement environ une heure après le début de la rencontre. Selon l'ordre des points à aborder durant le comité, lorsque vient le temps de passer à l'animation de la salle de pilotage stratégique, le PDG annonce l'animation et tous les membres du comité de direction présents se lèvent et suivent le PDG vers la dimension 4 « réponse-action ». Le coordonnateur administratif du PDG invite en même temps le conseiller cadre à la DQEPE à entrer dans la salle. Ce dernier fait partie de l'équipe de préparation de la salle de pilotage stratégique et joue le rôle de gardien du temps, mais il ne fait pas partie du comité de direction de l'établissement.

Une fois tous les directeurs regroupés devant le mur 4, le PDG commence l'animation par un retour sur les dossiers complexes ayant fait l'objet d'un plan d'action à l'animation précédente (ligne 1-A à D). Le PDG fait un résumé des données mises à jour en lien avec les actions inscrites sur le tableau du mur 4. Il demande ensuite aux directeurs concernés, dont les noms sont inscrits sur le tableau, de faire un résumé de l'état d'avancement des plans d'action détaillés précédemment. C'est à ce moment que les directeurs peuvent fournir plus de détails sur les actions mises en œuvre par leurs équipes sur le terrain ainsi qu'expliquer les défis et les obstacles rencontrés. Dans la vignette 6.3.1.3 - A ci-haut, le PDG questionne l'état d'avancement des actions mises en place afin de diminuer le temps supplémentaire des employés au CISSS-A (ligne 4-A). Le DRHCAJ demande alors de prolonger la date à laquelle il y aura un suivi (ligne 5-A). Deux autres directeurs font alors mention de contraintes et d'éléments à prendre en compte afin d'établir un plan d'action réaliste pour les employés (lignes 7-A et 9-A). Le PDG inscrit par la suite sur le tableau l'état d'avancement du dossier en tenant compte des informations partagées par les directeurs concernés (ligne 10-A). Le fait que tous les directeurs soient présents et contribuent au suivi des actions inscrites sur le mur 4 permet le partage de certaines informations dont le directeur imputable de l'action ne pense pas prendre nécessairement et systématiquement en compte. Cela permet au PDG d'avoir une vision holistique de l'enjeu discuté et d'ainsi considérer les éléments soulevés par les différents directeurs dans la mise à jour des plans d'action présents sur le tableau.

Vignette 6.1.3.1-B. Observation d'une animation de la salle de pilotage stratégique au CISSS-A : fin de l'animation, dimension 3 « indicateurs de performance »

Le PDG se dirige vers la dimension 3 où sont affichés les graphiques des indicateurs de performance. Les directeurs se déplacent et suivent le PDG devant le mur 3.

Animation mur 3

*Le PDG montre les indicateurs qui vont bien en premier, montre aux directeurs les indicateurs qui étaient des enjeux majeurs et comment l'équipe arrive à les atteindre ou à se rapprocher de la cible

- **11.PDG** : regarde et commente un premier indicateur

- A. au niveau des médecins de famille, 65% de la population est inscrite avec un médecin de famille, passe de 58% à 63%, « on a monté de 7% ce qui correspond à 15 000 personnes sur le territoire, il y a toute une mobilisation du côté des GMF »
- **12.DSI** : répond aux commentaires du PDG
 - A. « derrière l'indicateur, les infirmières praticiennes prennent 500 personnes », il y a aussi 22 IPS (ce qui fait 11 000 personnes)
- **13.PDG** :
 - A. « il y a quand même une ouverture pour les accueillir dans les établissements », mentionne que c'est la première fois qu'ils atteignent la cible
 - B. « résonance magnétique on est à 71%, chirurgie oncologique on a aussi des bons résultats et on devrait progresser, pour [le DRF] on finit l'année en équilibre budgétaire et avec des bonnes nouvelles »
 - C. « il y a quand même un effet sur les indicateurs, le fait des suivre, ce n'était pas des indicateurs faciles sur ce mur-là », remercie les directeurs avant les vacances d'été, mentionne qu'on retrouve des SP tactiques dans les établissements et les stations visuelles, il veut aller voir sur le plancher, réitère que dans ces salles l'objectif est que l'information remonte, il veut aller marcher le terrain (*gemba*), aller voir les stations visuelles et demander aux gens de présenter leurs rapports

*Le PDG se tourne vers les indicateurs critiques dans des pochettes jaunes

- **14.PDG** : regarde et commente un indicateur critique
 - A. « CRDI accès aux services priorités élevées », année 2016-2017 il voit l'écart par rapport à la demande de service
- **15.Directeur clinique 3** : répond aux commentaires du PDG
 - A. explique pourquoi ils sont rendus là, pourquoi l'écart est si grand avec la cible
- **16.PDG** : commente l'indicateur
 - A. « on voit qu'il y a un effet depuis les mesures, des processus en train de se faire, les délais moyens de service spécialisés devraient être 90 jours et on est à 597 jours »
- **17.Directeur clinique 3** : répond aux commentaires du PDG
 - A. justifie le chiffre, explique que l'indicateur couvre jusqu'à 4 ans, inclut les plus vieux ce qui augmente le délai, s'il enlève les plus vieux le chiffre est plus près de la cible
- **18.PDG** : répond au directeur 3
 - A. ça va être intéressant en P1 en septembre pour voir la différence, « on voit aussi avec l'autre indicateur que quand on ajoute des ressources ça va mieux »
 - B. regarde les indicateurs critiques, le nombre de patients NSA, il mentionne que le nombre est élevé et se dirige vers le mur 4

Lorsque tous les suivis des plans d'action de la dimension 4 sont faits, le PDG invite les directeurs à se diriger vers la dimension 3 « indicateurs de performance » pendant que le spécialiste en procédés administratifs de la haute direction prend une photo du tableau de la dimension 4 mis à jour et qui sera envoyée à tous les directeurs dans les jours suivant l'animation. Le PDG discute d'abord des indicateurs qui présentent des résultats positifs, donc qui sont en blanc et rappelle les actions qui ont été mises en place, dans le cas échéant, afin d'atteindre les cibles établies (lignes 11-A à 13-C). Les directeurs peuvent par le fait même expliquer comment leurs équipes sont arrivées à l'atteinte des cibles, ce qui permet le partage d'information et d'actions ayant contribué à la rencontre des objectifs. Par la suite, le PDG analyse à voix haute les indicateurs critiques dans les pochettes jaunes. Dans la vignette 6.1.3.1-B, deux indicateurs critiques sont discutés (lignes 14-A et 18-B). Le PDG aborde le premier en commentant les écarts entre les données représentant la situation actuelle et la cible. Le directeur imputable partage alors plus de détails sur la situation actuelle en lien avec l'indicateur et explique les raisons derrière l'écart entre les données affichées et la cible (lignes 15-A et 17-A). Dans ce cas-ci, les raisons données par le directeur ont fourni assez d'information pour que le PDG puisse conclure qu'il n'est pas nécessaire de conduire un plan d'action sur le mur 4 afin d'atteindre la cible. En fait, selon le directeur l'indicateur ne semble pas assez précis et les résultats critiques sont atténués lorsque le phénomène mesuré est circonscrit davantage. Le PDG décide alors de ne pas établir de plan d'action et de suivre plutôt l'évolution de l'indicateur à la prochaine animation de la salle de pilotage stratégique (ligne 18-A). Il discute ensuite du second indicateur critique qui s'inscrit dans un des dossiers complexes de l'organisation : le nombre de patients classés comme NSA (niveaux de soins alternatifs) (ligne 18-B). Le PDG commente alors l'indicateur présentant des résultats qu'il juge inquiétants et se dirige tout de suite vers le tableau du plan d'action de la dimension 4 afin d'établir les prochaines étapes à mettre en œuvre afin de diminuer le taux d'infections nosocomiales.

Vignette 6.1.3.1-C. Observation d'une animation de la salle de pilotage stratégique au CISSS-A : suite de l'animation, dimension 4 « réponse action »

*Le PDG se redirige vers le tableau réponse-action du mur 4 et les directeurs le suivent.

Animation du mur 4

- **19.PDG** : fait un bilan des actions qui avaient été identifiées précédemment
 - o A.pour les NSA : beaucoup de coordination, « on avait dit qu'on se donnait comme cible 5% NSA pour [l'hôpital] d'ici juin 2017 »
- **20.Conseiller-cadre à la DQEPE** : montre le tableau sur le mur 3 avec la courbe et les résultats aux directeurs
 - o A.« entre avril et juin, on est à 24 ce qui équivaut à 10% aujourd'hui, l'été passé on a été entre 50-60 patients NSA, donc il faut contenir ça pour l'été c'est un travail quotidien, il faut descendre ça le plus bas possible, notre objectif devrait être 12, c'est un combat quotidien »
- **21.DSI** : commente les chiffres discutés
 - o A.la durée de séjour moyenne des NSA a chuté
- **22.PDG** : conclut et poursuit
 - o A.« cet objectif est en progression, on continue à le suivre »
 - o B.services psychosociaux, enjeu de l'accès en CLSC en diminution inquiétante dans le contexte de réorganisation, on avait dit qu'on ferait une analyse en avril
- **23.DQEPE** : ajoute de l'information à ce que vient de dire le PDG
 - o A.« c'est un indicateur complexe, même le MSSS a de la difficulté à le saisir, fallait voir où il y avait le plus de problématique, où on ne respecte pas la cible de 30 jours de délais, les secteurs »
- **24.PDG** : en réponse à la DQEPE
 - o A.« il faut se préoccuper de l'intervention de première ligne »
- **25.PDG** : continue le suivi sur le tableau du mur 4
 - o A.« imagerie médicale, on avait dit qu'on voulait travailler sur ce qui n'est pas réglé, regarder le référencement des médecins et la pertinence, les travaux n'ont pas été fait donc on va l'indiquer et c'est à reporter concernant la pertinence », revient aux médecins donc doit mettre un rappel à DSP et au nouveau chef qui va regarder ça

Fin de l'animation

Tous les directeurs regagnent leur place afin de poursuivre l'étude des points à l'ordre du jour du comité de direction

Notes supplémentaires :

- **26.**c'est le PDG qui écrit sur le tableau du mur 4, il demande aux directeurs quand les échéanciers devraient être établis, mais établit la date ou le mois précis auquel on va s'attendre à un suivi ou un résultat
- **27.**Durée de l'animation : 23 min

Les directeurs se tournent alors vers la dimension 4 afin de discuter de la dernière étape de l'animation de la salle de pilotage stratégique. Le PDG guide ensuite les actions devant être prises afin de rétablir les situations préalablement discutées avec les indicateurs critiques et atteindre les cibles. Les directeurs imputables des indicateurs discutés ainsi que les autres directeurs peuvent du même coup partager leurs idées d'actions à mettre en œuvre pour atteindre les cibles. Chacun des indicateurs critiques est ainsi discuté et détaillé afin d'établir un plan d'action pour atteindre les cibles préalablement définies. Le PDG inscrit alors sur le mur les informations en lien avec les plans d'action, dont le dossier/l'enjeu, l'action à mettre en œuvre, le directeur imputable et la date à laquelle on s'attend à des résultats.

En regard de l'analyse de cette animation au CISSS-A, nous pouvons comprendre que l'animation se déroule en suivant relativement de près les recommandations du cadre de référence du MSSS et de la Chaire IRISS (2015). En raison de l'ergonomie de la pièce dans laquelle se trouve la salle de pilotage stratégique du CISSS-A, les animations sont facilement exécutées debout. L'espace libre devant les dimensions 3 « indicateurs de performance » et 4 « réponse-action » permet à tous les directeurs du comité de direction de se regrouper debout devant les murs, ce qui facilite les liens entre ces deux murs et diminue la vision en silo. Ensuite, la séquence d'animation des murs ressemble à celle proposée dans le cadre de référence. Le CISSS-A débute par une revue du plan d'action de la dimension 4 pour ensuite discuter des indicateurs présents sur le mur 3. Afin de développer des plans d'action servant à atteindre les cibles des indicateurs critiques, l'animation termine par un retour sur le mur 4. De deux à trois fois par an, le comité de direction passe en revue l'évolution de la planification stratégique présente sur le mur 1, ce qui correspond aux paramètres proposés dans le cadre de référence. La seule différence entre les éléments de l'animation proposés dans le cadre de référence et ceux du CISSS-A concerne la dimension 2 « actions actuelles ». Les six A3 des projets prioritaires ont été présentés par les directeurs imputables respectifs au début de l'année 2017. Cependant, suite à leur présentation, il n'y eut aucun suivi systématique de leur état d'avancement durant

les animations régulières. Finalement, la présentation des bons coups ne se fait pas durant l'animation, mais plutôt durant le comité de direction, lorsque les directeurs sont assis autour de la table de réunion.

6.1.3.2 Le déroulement des animations au CISSS-B

Vignette 6.1.3.2 – A. Observation d'une animation de la salle de pilotage stratégique au CISSS-B : début de l'animation, dimensions 3 « indicateurs de performance » et 4 « réponse action »

Animation du 27 juin 2017

*l'animateur de la séance est le DI-TSA-DP

Les directeurs se lèvent, certains restent à leur place d'autres se rapprochent des murs 3 et 4, se placent face au DI-TSA-DP qui est l'animateur désigné pour cette animation

Animation du mur 3 et 4 conjointement

- **1.DI-TSA-DP** : commence en regardant le plan du mur 4 et va ensuite voir l'indicateur comme référence (en blanc)
 - o A.indicateur sur le nombre d'usagers NSA (niveau de soin alternatif), cible de diminuer le nombre de NSA à 24
 - o B.indicateurs sur le mur 3 : période 2 = 16 NSA comme moyenne hebdo « bravo » les directeurs applaudissent, « très bonne nouvelle, toujours en dessous de la cible », mentionne qu'il y a 2 actions à entreprendre = identifier grands consommateurs + mettre en place mécanisme de suivi
- **2.Directeur clinique 1** : commente les données de l'indicateur
 - o A.doit entreprendre nouveau type de suivi qui débutera en sept 2017, dès que la clientèle sera identifiée on pourra voir de qui on parle, « à titre indicatif, le nombre de NSA était de 100 à la même période l'an passé »
- **3.DI-TSA-DP** : passe au prochain plan d'action et va voir l'indicateur associé
 - o A.« augmenter le pourcentage de chirurgie élective, période 2 est à 93,5%, période d'avant est à 94,5%, c'est un indicateur à suivre »
- **4.PDG** : ajoute une information
 - o A.MSSS veut que les opérations se fassent à l'intérieur de 1 an tandis que CISSS-B veut que ça se fasse à l'intérieur d'un mois
- **5.PDGA** : se questionne sur les actions à prendre
- **6.PDG** : pose des questions de clarification sur les résultats de l'indicateur
- **7.DI-TSA-DP** : conclut l'analyse de l'indicateur et passe au prochain plan d'action
 - o A.« diminuer le nombre moyen hebdomadaire d'usager en attente de la DPJ », le directeur n'est pas là, l'indicateur est le nombre moyen d'usager en attente, le CISSS-B est à 16 usagers, « il y a des actions prioritaires à faire, on doit faire le suivi avec le directeur »

- **8.Directeur clinique 2** : commente l'analyse du DI-TSA-DP
 - o A.« avec l'embauche d'intervenants ça facilite l'atteinte de l'objectif », il y a un financement de 83M\$ à cette fin
- **9.DI-TSA-DP** : écrit sur le mur 4
 - o A.conclut le suivi avec le directeur imputable et l'écrit sur le mur 4
- **10.PDG** : fait une pause pour rappeler aux directeurs certaines consignes
 - o A.indicateur en blanc = vont bien, en jaune = on suit, car vont moins bien, si point rouge = ne s'améliore pas donc il faut porter plus d'attention (c'est une erreur si point rouge sur blanc)
- **11.DI-TSA-DP** : regarde le prochain indicateur en jaune
 - o A.DMS à l'urgence, cible du MSSS = 12 h, CISSS-B = 14,42h à la période 2 et cumulatif = 14,44h ce qui est beaucoup plus bas que l'an passé (était de 17)
- **12.PDG** : commente les résultats de l'indicateur
 - o A.« c'est quand même bon là! »
- **13.DI-TSA-DP** : se dirige vers le mur 4 pour voir ce qui avait été inscrit comme plan d'action
 - o A.« on avait parlé d'ajouter des heures en soirée en lien avec gestion des lits »
- **14.PDGA** : commente la situation
 - o A.« on va doter l'urgence d'infirmières de gestion de civière, les postes ont été affichés, on va faire des entrevus et on va avoir des gens qui auront comme fonction principale d'assurer la gestion des lits »
- **15.DI-TSA-DP** : inscrit ce que le PDGA vient de mentionner et retourne au mur 3
 - o A.« temps de prise en charge sur civière = 2 heures on est passé de 3h à 2h donc on est sur la bonne route »
 - o B.prochain indicateur : radiologie, sur le mur 4 est inscrit d'augmenter proportion de demandes en imagerie à l'intérieur de 3 mois, cible = 90% des cas réalisés dans 3 mois, « on a atteint la cible » VS période 2 = 90,5%, ont eu 2 radiographies, nouveaux partenaires pour échographies
- **16.PDGA** : commente la situation de l'indicateur radiologie
 - o A.partenariat avec clinique qui fait des échographies au privé pour que le client puisse avoir plus rapidement son échographie, l'enjeu pour les échographies est que très peu de spécialistes les font
- **17.DI-TSA-DP** : retourne vers le mur 4
 - o A.« compte tenu qu'on a atteint la cible peut-on le retirer? »
- **18.PDGA** : répond au DI-TSA-DP
 - o A.« oui, mais on continue de le suivre »
- **19.DI-TSA-DP** : se redirige vers le mur 3
 - o A.commente rapidement les indicateurs en blanc afin d'informer les directeurs de leurs résultats (qui ne sont pas critiques et qui n'ont pas de plan d'action sur le mur 4)

Les animations de la salle de pilotage stratégique du CISSS-B se déroulent aussi pendant les rencontres mensuelles du comité de direction de l'établissement et

débutent généralement environ une heure et demie après le début de la rencontre, soit vers 10h00, après la pause. Lorsque vient le temps de passer à l'animation de la salle de pilotage stratégique, le PDG annonce l'animation et les membres du comité de direction présents se lèvent en restant soit à leur place face aux murs 3 et 4 ou en se déplaçant sur les côtés de ces murs. Le DQEPE va alors chercher son directeur adjoint, le DAQEPE, afin que ce dernier soit présent durant l'animation puisque c'est lui qui est en charge de la mise à jour des indicateurs et qui, durant l'animation, est chargé du temps.

Le directeur chargé de l'animation, étant dans le cas de la vignette 6.1.3.2 (A, B et C) le DI-TSA-DP, débute par l'analyse des murs 4 et 3 de manière conjointe (lignes 1-A à 18-A). Il aborde les points inscrits sur la dimension 4 « réponse action » et va parallèlement regarder l'indicateur y étant associé afin d'analyser les résultats de ce dernier. En entrevue, le DAQEPE a mentionné que l'analyse conjointe des dimensions 3 et 4 était plus logique selon eux puisque les plans d'action sur le mur 4 sont associés à des indicateurs affichés sur le mur 3 : « [...] c'est un hybride, [...] les indicateurs qui sont jaunes ont nécessairement des actions qui sont reliées, [...] ce que l'animateur fait [...] c'est de dire « si je parle de l'action, il faut que j'aie vu quel effet que l'action a eu sur l'indicateur » [...] ils font le lien tout de suite parce que ça leur permet de voir directement les effets de l'action sur l'indicateur ». L'animateur peut alors mentionner le plan d'action ayant été préalablement établi et ensuite regarder si cela a eu un impact sur l'indicateur y étant associé. Les directeurs imputables peuvent ainsi commenter les actions mises en place et l'animateur peut ajouter les informations nécessaires au suivi des plans d'action sur le mur 4. Une fois toutes les actions analysées par le comité de direction, l'animateur se dirige vers le mur 3 afin de regarder brièvement les autres indicateurs de performance présentant des résultats dans les cibles établies (ligne 19-A). Il mentionne à voix haute les données inscrites afin que tous les directeurs puissent être au courant de l'état de la situation en lien avec ces indicateurs, même si leurs résultats ne sont pas critiques.

Vignette 6.1.3.2 – B. Observation d’une animation de la salle de pilotage stratégique au CISSS-B : animation de la dimension 2 « actions actuelles »

*Le DI-TSA-DP qui est l’animateur se dirige vers le portefeuille de projets du mur 2

Animation du mur 2

- **20.DI-TSA-DP** : commente le premier projet
 - A.Projet accès aux MD spécialistes, solutions mettre en place centrale de rendez-vous pour plusieurs régions
- **21.PDGA** : commente le projet
 - A.« depuis octobre 2016 on a créé une centrale de rendez-vous pour 3 régions, un omni qui veut faire affaire avec spécialiste envoie sa demande à 1 endroit, l’infirmière offre au client un rendez-vous avec un spécialiste près de son domicile, mais si c’est trop long il peut aller dans autre région », 9 spécialités pour lesquelles on fait ce courtage, mais en principe à l’automne l’ensemble des professions vont rejoindre le projet, projet qui va relativement bien, mais beaucoup d’ajustements à faire
 - B.mentionne que le prochain enjeu est d’accueillir ensemble des demandes des autres spécialités
- **22.DI-TSA-DP** : regarde le prochain projet faisant l’objet d’une A3 tactique et questionne le directeur responsable
 - A.au niveau du guichet unique 0-100 ans, où en est-on?
- **23.Directeur clinique** : répond au DI-TSA-DP
 - A.« le MSSS a établi une manière de faire pour éviter la multiplication des portes d’entrée »
- **24.PDG** : ajoute une information
 - A.« il faut atteindre ce qui est le plus efficace pour le client »
- **25.DI-TSA-DP** : conclut l’A3 discutée et passe au mur 3

L’animateur se dirige ensuite vers la dimension 2 « actions actuelles » afin d’analyser les A3 objectifs en cours. Cela permet que tous les directeurs soient à jour sur l’état d’avancement des objectifs organisationnels. Durant les rencontres régulières, seulement quelques projets et non l’ensemble des projets sont discutés, soit un ou deux par animation. L’ordre dans lequel ils sont discutés durant l’année est déterminé en début d’année lors de la planification des animations de la salle de pilotage stratégique.

Vignette 6.1.3.2 – C. Observation d’une animation de la salle de pilotage stratégique au CISSS-B : animation des dimensions 3 et 4

*Le DI-TSA-DP se redirige vers le mur 3 afin de commenter l’indicateur critique à suivre de près

Animation mur 3

- **26.DI-TSA-DP** : commente l’indicateur sur les taux d’infections nosocomiales
 - o A.mentionne qu’il est nécessaire d’y porter une attention particulière, car le taux d’incidence augmente
- **27.Adjoint du DSP** : commente l’indicateur et précise les chiffres
 - o A.« la période 1 est après une grosse année d’influenza, le taux d’incidence a augmenté, mais ce ne sont pas des éclosions, il n’y a pas de transmissions », individuellement les gens ont développés la C difficile suite à prise d’antibiotiques, pas de transmission, mais plus en termes de gestion d’antibiothérapie, travaille pour avoir un logiciel de gouvernance d’antibiotiques
- **28.Directeur clinique 3** : ajoute une information
 - o A.« le MSSS va bientôt lancer logiciel de gouvernance d’antibiotiques », donne une date provisoire
- **29.DI-TSA-DP** : inscrit les informations données par l’adjoint au DSP et le directeur clinique 3 sur le mur 4 et se dirige vers les bons coups
 - o A.mentionne le taux d’incidence de bactériémie
- **30.Adjoint au DSP** : commente l’indicateur
 - o A.n’est pas validé, conseillère en prévention identifie bactériémie hospitalière, reste un bon coup, mais bémol car MSSS a changé la façon qu’il compile les données et les indicateurs
- **31.DI-TSA-DP** : inscrit les nouvelles informations sur le mur 4 et regarde le prochain indicateur
 - o A.mentionne que l’indicateur de la MOI (main d’œuvre indépendante) « va bien »
- **32.DRHCAJ** :répond au DI-TSA-DP
 - o A.« on a atteint la cible cette année, notre indicateur descend »
- **33.DI-TSA-DP** : termine l’animation avec les bons coups
 - o A.mentionne les autres bons coups inscrits un à la suite de l’autre, les directeurs sourient

Fin de l’animation

Les directeurs regagnent leur place et la réunion du comité de direction se poursuit.

Notes supplémentaires

- **45.**Durée de l’animation : 42 minutes
- **46.**Certains directeurs se sont assis durant l’animation

L'animateur se redirige enfin vers le mur 3 pour discuter des indicateurs de performance présentant des résultats critiques, mais n'ayant pas encore de plan d'action inscrit sur le mur 4. L'animateur explique à voix haute les données présentes sur l'indicateur critique et demande au directeur imputable d'apporter plus d'informations afin que tous les directeurs puissent comprendre l'état de la situation derrière les données de l'indicateur. Cela permet d'une part au directeur imputable de proposer des actions afin de rétablir la situation et d'atteindre éventuellement la cible (ligne 27-A), et d'autre part aux autres directeurs présents d'apporter d'autres éléments à la situation ainsi que de proposer des pistes de solution à leur tour (ligne 28-A). Dans le cas de la vignette 6.1.3.2-C, l'animateur questionne l'adjoint du DSP en lien avec l'augmentation du taux d'infections nosocomiales et ce dernier ajoute une information concernant les prochaines actions, soit l'utilisation prochaine d'un logiciel (lignes 27-A). Dans les échanges qui suivent, un autre directeur clinique ajoute une information pour compléter la discussion sur l'enjeu (ligne 28-A). Chacun des directeurs apporte des informations complémentaires servant à prévoir les prochaines étapes afin de solutionner l'enjeu. Cette situation permet de comprendre que dans des situations qui impliquent souvent plus d'une direction, le partage d'information permet à tous les membres du comité de direction de mieux cerner la problématique, les ressources et d'avancer des idées de solution, favorisant ainsi la résolution du problème. Une fois les prochaines étapes déterminées, l'animateur peut inscrire les informations du plan d'action sur le tableau du mur 4. L'animation se termine par l'identification des bons coups de la période, les directeurs peuvent ainsi féliciter les équipes et partager rapidement quelques informations sur ces points positifs. Enfin, chacun des directeurs regagne sa place et la réunion du comité de direction continue (lignes 29-A à 33-A).

Suite à l'analyse des vignettes 6.3.1.2 – A, B et C représentant l'animation de la salle de pilotage stratégique au CISSS-B, nous comprenons que l'animation se déroule en grande partie selon le cadre de référence du MSSS et de la Chaire IRISS (2015), mais que certains éléments ont été modifiés ou écartés pour être adaptés à la vision du CISSS-B. En raison de la configuration de la pièce où se trouve la salle de pilotage

stratégique du CISSS-B, les directeurs ne peuvent pas être tous regroupés devant les murs durant l'animation. Ce faisant, il arrive que certains restent assis ou s'assoient au fur et à mesure que l'animation avance. Aussi, l'animation débute par la discussion des dimensions 4 et 3 conjointement. Comme expliqué par le DAQEPE dans la vignette 6.1.3.2-C, l'équipe de la DQEPE a choisi d'animer de cette façon afin de regarder simultanément si les actions entreprises inscrites sur le mur 4 ont eu un effet sur l'indicateur qui y est lié sur le mur 3. Ensuite, l'animateur détaille l'état d'avancement de quelques chantiers prioritaires sous forme d'A3 objectifs avant de retourner analyser les indicateurs critiques de la dimension 3. Il va orienter la discussion autour des indicateurs de performance nouvellement identifiés comme critiques afin d'établir un nouveau plan d'action pour les aligner vers les cibles établies. L'animation de la salle de pilotage stratégique du CISSS-B se termine par l'énumération des bons coups entrepris par les équipes des directions. Ainsi, l'animation de la dimension 1 « vision à long terme » ne se fait pas durant les animations mensuelles de la salle de pilotage stratégique, mais une à deux fois par année quand le suivi de la vision stratégique est présenté durant l'animation. De plus, le comité de direction du CISSS-B fait deux fois par année une animation complète de la salle de pilotage stratégique. Durant cette animation qui dure plus d'une heure, tous les murs sont passés en revue et c'est le PDG ou le PDGA qui a le mandat d'animer la séance.

6.1.3.3 Comparaison des éléments du déroulement de l'animation T-0 au CISSS-A et au CISSS-B

Tableau 6.6.2 - Résumé des éléments du déroulement de l'animation T-0 de la salle de pilotage stratégique

Cadre de référence		CISSS-A	CISSS-B
<ul style="list-style-type: none"> - L'animation devrait se faire debout - Ordre de discussion des dimensions : <ol style="list-style-type: none"> 1. Retour sur dimension 4 « action-réponse » 2. Revue semestrielle de la dimension 1 « vision à long terme » 3. A3 et projets sur le mur 2 « actions actuelles » 4. 3 « indicateurs de performance » et indicateurs critiques 5. Détail des plans d'action pour les indicateurs critiques sur dimension 4 « action-réponse » 6. Souligner les « bons coups » - Rencontre de courte durée - Animation devrait se faire durant la rencontre mensuelle du comité de direction 	Similitudes	<ul style="list-style-type: none"> - L'animation se déroule debout - Durée d'environ 20-25 minutes - Ordre de présentation des dimensions : <ol style="list-style-type: none"> 1. Retour et suivi sur les plans d'action mur 4 2. Présentation des indicateurs de performance dont les résultats sont positifs 3. Présentation et analyse des 3 indicateurs critiques choisis 4. Détail des plans d'action à mettre en œuvre pour les indicateurs critiques - La dimension 1 « vision à long terme » est animée 2-3 fois par année - Animation se déroule durant la rencontre mensuelle du comité de direction 	<ul style="list-style-type: none"> - L'animation se déroule debout pour la majorité des participants - Durée d'environ 40 minutes - Ordre de présentation des dimensions <ol style="list-style-type: none"> 1. Retour et suivi en parallèle sur les plans d'action du mur 4 et les indicateurs associés 2. Présentation et analyse des indicateurs critiques 3. Détail des plans d'action à mettre en œuvre pour les indicateurs critiques 4. Présentation des bons coups - La dimension 1 « vision à long terme » est animée 2 fois par année - Animation se déroule durant la rencontre mensuelle du comité de direction
	Différences	<ul style="list-style-type: none"> - Les bons coups sont présentés durant le comité de direction et non durant l'animation - Une fois toutes les A3 et projets présentés à raison d'un A3 par animation, ces derniers ne sont plus suivis durant l'animation régulière des salles de pilotage stratégiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Certains directeurs restent assis ou s'assoient durant l'animation, dont le PDG - Animation complète de la salle de pilotage stratégique deux fois par an - Analyse de certaines A3 objectifs en cours sur le mur 2 « actions actuelles » durant les animations mensuelles

6.1.4 Déroulement de la phase de suivi T+1

6.1.4.1 Déroulement de la phase de suivi au CISSS-A

Notes brutes 6.1.4.1 – A. Notes brutes en lien avec le suivi de l’animation de la salle de pilotage stratégique au CISSS-A

Notes suite à un échange par courriel avec le conseiller cadre à la DQEPE en février 2018

- 1. Le suivi se fait par les membres de la DQEPE : envoi d’un compte-rendu du CD et de SPS et envoi photo mur 4
- 2. Directeur informent eux-mêmes leurs équipes des actions à mettre en œuvre
- 3. Pas d’évaluation systématique des animations, mais prévoit avoir système d’audit dans prochains mois

Durant la dernière phase de suivi T+1, les directeurs informent leurs équipes des actions à mettre en œuvre dans leur direction le cas échéant. L’équipe de la DQEPE fait le suivi de l’animation en envoyant à tous les directeurs un compte rendu de la rencontre du comité de direction, incluant l’animation de la salle de pilotage, ainsi qu’une photo de la dimension 4 « plan d’action » afin que ces derniers n’aient pas à noter les actions à mettre en œuvre déterminées durant l’animation. La DQEPE du CISSS-A ne fait pas d’évaluation des animations de la salle de pilotage stratégique, mais elle prévoit instaurer un système d’audit des animations durant les mois qui suivront la participation à la présente étude.

6.1.4.2 Déroulement de la phase de suivi au CISSS-B

Notes brutes 6.1.4.2 – A. Notes brutes en lien avec le suivi de l’animation de la salle de pilotage stratégique au CISSS-B

Notes à la suite d’un échange par téléphone avec le DAQEPE en janvier 2018

- 1. pas de suivi, le mur 4 est transmis aux directeurs qui descendent les informations dans leur salle tactique
- 2. Ont accès à la mise à jour du mur 4 dans Trello depuis son implantation complète vers la fin de l’année 2017
- 3. Pas de suivi systématique ni d’évaluation régulière des animations

Enfin, durant la phase de suivi T+1 au CISSS-B, les directeurs de chacune des directions de l’établissement ont accès aux actions détaillées sur la dimension 4

« plan d'action » via la plateforme web et peuvent ainsi partager les informations et les actions à mettre en œuvre à leurs équipes le cas échéant. Ainsi, ils n'ont pas à prendre de notes durant l'animation de la salle de pilotage et peuvent partager facilement cette information aux membres de leurs équipes tactiques et opérationnelles. L'équipe de la DQEPE ne fait pas de suivi systématique après chaque animation avec les directeurs ni d'évaluation régulière de l'animation.

6.1.4.3 Comparaison des éléments du déroulement de la phase de suivi T+1 au CISSS-A et au CISSS-B

Le tableau suivant présente la comparaison des éléments du déroulement de la phase de suivi T+1 entre le CISSS-A et le CISSS-B

Tableau 6.6.3 - Résumé des éléments du déroulement de la phase de suivi T+1

Cadre de référence		CISSS-A	CISSS-B
<ul style="list-style-type: none"> - Période de mise en œuvre des actions du mur 4 - Retour sur les apprentissages faits durant l'animation - Idéalement devrait y avoir des évaluations régulières des animations (peut prendre la forme d'un indicateur suivi sur le mur 3) 	Similitudes	<ul style="list-style-type: none"> - La DQEPE envoie un compte rendu de l'animation et une photo du mur 4 par courriel aux directeurs - Directeurs informent leurs équipes des actions à mettre en œuvre le cas échéant 	<ul style="list-style-type: none"> - Les directeurs informent leurs équipes des actions à mettre en œuvre le cas échéant
	Différences	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'évaluation systématique des animations - Prévoit instaurer système d'audit des animations 	<ul style="list-style-type: none"> - Les directeurs ont accès au mur 4 mis à jour directement via une plateforme web - Pas de suivi ni d'évaluation systématique des animations

6.2 La démocratisation de l'animation de la salle de pilotage stratégique

6.2.1 La démocratisation des animations selon le cadre de référence

La démocratisation des animations de la salle de pilotage stratégique est un élément d'analyse important afin de comprendre comment l'outil est utilisé à des fins de contrôle. Le cadre de référence du MSSS et de la Chaire IRISS (2015) inclut la démocratisation parmi les principes directeurs servant à guider le fonctionnement de la salle de pilotage stratégique. Dans un premier temps, le cadre fait mention de l'importance du rôle des dirigeants lors des premières animations. Puisque la salle de pilotage stratégique est pilotée par le PDG de l'établissement, ce dernier ainsi que ses PDGA doivent être les premiers à comprendre et incarner la dynamique d'animation afin de servir de modèle aux autres directeurs présents durant les animations des quatre dimensions. Le cadre de référence mentionne ensuite qu'il est important d'éventuellement démocratiser les animations de la salle de pilotage stratégique afin de permettre aux autres directeurs du comité de direction de s'approprier les éléments présents sur les dimensions de la salle en plus de mieux comprendre la dynamique d'animation particulière qui favorise la résolution de problème plutôt que la justification et l'explication des causes. En permettant ainsi aux directeurs d'animer la salle de pilotage stratégique, la direction de l'établissement favorise l'apprentissage de l'utilisation de l'outil ainsi que l'engagement de chacun envers les principes de l'amélioration continue et assure le maintien de la dynamique dans le cas où un acteur clé, comme le PDG ou le PDGA, s'absente ou quitte sa fonction.

6.2.2 La démocratisation des animations au CISSS-A

Notes brutes 6.2.2 – A. Notes d'entrevues et d'observations en lien avec la démocratisation de l'animation de la salle de pilotage stratégique du CISSS-A

Notes des entrevues avec les directeurs du comité de direction

1.DQEPE 1 (novembre 2017):

- A.« Dans la première année on a fait le choix que ce soit [le PDG] qui anime

»

- B.« Il y a environ trois rencontres de ça, on a déterminé que pour cette année, on commencerait avec les deux DGA et la PDGA, donc qui s'ajouteraient [au PDG]. On peut penser qu'éventuellement aussi les directeurs [pourrait animer], mais on commencerait par ça pour débiter, donc c'était le souhait de la PDG de commencer de cette façon-là. »
- C.« Donc, quand on a rempli [la grille de maturité] ça disait : « Est-ce qu'il y a d'autres personnes qui animent, pas juste la PDG? ». Donc, c'est un niveau de maturité attendu. Donc on serait à cette étape-là. Ça ne précise pas de quelle façon ça se fait, est-ce que c'est ouvert à tous? Il y a aussi une appropriation de la façon d'animer et une aisance à développer qui va se faire d'une part avec les PDGA et DGA et ensuite les directeurs aussi. Mais en parallèle, certains directeurs ont commencé à animer leur salle tactique, donc ils ont aussi à se familiariser avec ça et développer l'aisance »
- D.« je pense qu'on ne savait pas que ça pouvait se faire avec d'autres [directeurs]. On a compris que c'est le PDG qui doit donner le ton, donner l'exemple. Ça, c'était vraiment important. Donc, après une première année aussi on peut se dire que le ton est donné, l'importance qu'il donne à être debout, tous ces critères-là qui sont là, c'est important. Il passe des messages de cette façon-là aussi, donc je pense que c'était important que ce soit lui au départ. »
- E.« c'est le PDG qui a décidé ça, de le faire comme ça »
- F.« c'est une démocratisation graduelle et il s'assure en même temps qu'on respecte les règles du jeu qu'il souhaite. Par exemple, il souhaite que ça reste de niveau stratégique. Il y a un enjeu de descendre tout de suite rapidement aux directeurs et on rentre dans les choses plus tactiques, donc on reste dans des préoccupations stratégiques. Je pense que c'est une préoccupation qu'il a. »
- G.« [au sujet de la démocratisation] c'est venu aussi parce qu'on lui a mentionné que dans les stations opérationnelles, les stations visuelles, les chefs font la rotation avec les employés. »
- H.« je ne suis pas sûr que tout le monde a réalisé qu'ils vont aussi avoir à le faire dans leur salle tactique. Donc, sur le plan de l'attention sur certains aspects il y en a qui n'ont pas porté attention autant que j'aurais pensé parce qu'ils n'ont pas encore réalisé, on ne leur a pas dit que : « Oui, éventuellement vous allez avoir à le faire. » »
- I.« si jamais ils savaient qu'ils ont à animer, il faut qu'ils comprennent pourquoi c'est installé comme ça. »

2.PDG (mars 2017) :

- A.« Moi, j'avais eu la chance de voir, quand je suis allée à ThedaCare, les animations. Donc déjà, j'étais capable de me transposer dans ce rôle-là »

3.DSP 2 (décembre 2017) :

- A.« [les directeurs] ce sont eux qui sont responsables des A3 [qui animent les A3]. Mais je pense que c'est intéressant [animer une A3] parce que ça nous permet d'expérimenter, alors quand c'est nous qui animons, on comprend mieux et inversement, alors je pense que ça permet vraiment un partage d'expérience. Et aussi, c'est la personne qui connaît le mieux le

dossier qui est capable de mener la discussion, alors je pense que c'est bien pour ça. »

Notes des observations des animations de la salle de pilotage stratégique durant les comités de direction

Observation du 15 juin 2017

Situation 1 entre le PDG et un directeur

- **4.Directeur clinique :**
 - A.« la planification des horaires doit être attachée à la planification des équipes », car il y a beaucoup de problèmes en ce moment, il faut essayer de ne pas être à la dernière minute pour remplacer le prochain cadre
- **5.PDG :**
 - A.« donc il va falloir regarder la stabilisation des ressources, on revient en septembre avec ce mur-là »

Observation du 18 mai 2017

Situation 2 entre le PDG et le DRF

- **6.PDG :**
 - A.pose des questions et clarifie des points pour mettre les dates dans l'échéancier, au niveau du budget il demande au DRF de faire le suivi
- **7.DRF :**
 - A.explique le détail du budget global, donne des précisions sur les investissements qui s'en viennent
- **8.PDG :**
 - A.met en contexte, « on a un écart de [plusieurs] millions, ont refait les calculs et il y a un enjeu stratégique important et il y a une rencontre la semaine prochaine », écris l'enjeu dans la colonne « enjeu »
- **9.Directeur clinique :**
 - A.ajoute une information et mentionne qu'il y a un autre enjeu avec le budget
- **14.PDG :**
 - A.ajoute l'enjeu soulevé par le directeur

Durant la présente étude au CISSS-A, l'animation de la salle de pilotage fut entièrement la tâche du PDG. Cependant, comme il fut mentionné dans la section 6.1.3.1, les A3 des objectifs prioritaires furent un par un présentés par les directeurs responsables lors des animations de la dimension 2 « actions actuelles ». Une fois les A3 objectifs présentés au comité de direction, le PDG a repris le rôle d'animateur de la salle de pilotage stratégique, et ce durant la totalité de la première année d'utilisation de la salle de pilotage stratégique au CISSS-A. Comme mentionné par le

DQEPE dans les notes brutes 6.2.2 - A, vers la fin de l'année 2017 le PDG et la DQEPE ont décidé de démocratiser partiellement les animations futures, incluant les DGA et la PDGA comme animateurs. Cette décision de démocratiser partiellement les animations de la salle de pilotage stratégique vient du fait que la démocratisation est un niveau de maturité attendu dans l'implantation et l'utilisation de la salle de pilotage. Les établissements ont eu à remplir la grille de maturité de la Chaire IRISS sur le déploiement des salles de pilotage stratégiques dans lequel on demandait si d'autres personnes que le PDG animaient l'outil. De plus, durant l'année, quelques salles de pilotage tactiques et stations visuelles ont été déployées dans les directions et les animations de ces stations étaient déjà majoritairement démocratisées. La DQEPE a alors établi avec le PDG que la démocratisation des animations de la salle de pilotage stratégique devait être entamée, et la haute direction a décidé de commencer partiellement avec les DGA et la PDGA. Cette démocratisation graduelle s'inscrit dans la volonté de la haute direction d'assurer que les animations respectent les critères d'animation formels ainsi que « les règles du jeu » établies par le PDG, et que les enjeux discutés restent de niveau stratégique. Le PDG de l'établissement avait de plus été témoin d'une animation dans la salle de pilotage stratégique de ThedaCare, un établissement de santé complexe situé aux États-Unis : « Moi, j'avais eu la chance de voir, quand je suis allée à ThedaCare, l'animation, les animations. Fait que déjà, j'étais capable de me transposer dans ce rôle-là ». La DQEPE souligne aussi qu'il fut important pour la direction de « donner le ton, donner l'exemple » lors des animations de la salle de pilotage stratégique durant la première année, mais que la démocratisation est maintenant nécessaire afin que les directeurs s'approprient le mode de fonctionnement de la salle de pilotage. Cette appropriation aidera les directeurs dans l'implantation de leur salle de pilotage tactique et cela, dans chacune des directions de l'établissement.

Durant les animations de la salle de pilotage stratégique au CISSS-A, certains aspects de l'animation propres au PDG furent observés. D'abord, puisque c'est le PDG qui anime et qui écrit les informations du plan d'action sur le mur 4 « réponse action », il peut ajouter des informations stratégiques propres à son rôle de PDG de

l'établissement. Dans l'encadré des notes brutes 6.2.2 - A, la situation 2 entre le PDG et le DRF illustre cette dynamique où le PDG ajoute des informations stratégiques à l'analyse du dossier. Il tient compte aussi des informations apportées par d'autres directeurs. De plus, selon son rôle, il peut mandater des directeurs sur des dossiers complexes, comme il l'a fait lors de la situation en lien avec l'indicateur du taux d'infections nosocomiales (vignette 6.1.2.1-B, ligne 14-A) en rendant le DSI et le DSP imputables du suivi du dossier. Son rôle stratégique lui permet d'apporter des informations importantes dans la résolution de problématiques en plus de prendre des décisions sur les étapes à compléter. Dans les situations 1 et 2 de l'encadré des notes brutes 6.2.2 - A, le PDG conclut lui-même qu'il sera nécessaire de faire un suivi ultérieurement et inscrit ces informations.

Le fait que le PDG a animé la salle de pilotage stratégique du CISSS-A durant sa première année d'utilisation a donc permis aux directeurs de comprendre la dynamique d'animation souhaitée par la haute direction de l'établissement. La démocratisation partielle de la salle de pilotage stratégique permettra aux directeurs de s'appropriier les principes directeurs ainsi que les façons de faire quant à l'animation, mais certains se verront animer leur salle de pilotage tactique avant d'animer une salle de pilotage stratégique.

6.2.3 La démocratisation des animations au CISSS-B

Notes brutes 6.2.3 – A. Notes d'entrevues et d'observations en lien avec la démocratisation de l'animation de la salle de pilotage stratégique du CISSS-B

Notes des entrevues avec les directeurs du comité de direction du CISSS-B

1.PDG (juillet 2017):

- A.« depuis que l'animation de la salle se fait par chacun des directeurs, ça amène une dynamique d'appropriation collective et je trouve qu'on se rassemble, on s'amuse aussi en même temps, alors je trouve ça agréable »
- B.« quand c'est quelque chose de nouveau, tu dois apprendre à l'utiliser correctement et à l'animer correctement et on a tous nos propres inquiétudes de performance. Puis, tu le fais une ou deux fois et heureusement qu'on a [le DQEPE] qui prépare les gens. C'est intimidant pour tout le monde qui le fait les premières fois. On a un guide aussi qui nous rappelle ce qu'on a besoin de

faire »

- C.« tout le monde doit s'approprier la salle de pilotage »
- D.« tout le monde se sent imputable et tout le monde est intéressé »

2.DQEPE 1 (mai 2017) :

- A.« j'ai vu deux générations de salle de pilotage et je trouve que ce qui apporte vraiment un gros changement, c'est la démocratisation de l'animation »
- B.« le fait que [le PDG] ne soit pas le seul à animer, ça amène vraiment quelque chose de différent parce que quand on étudie la première fois qu'on l'anime, on étudie plus les murs, on se pratique, on s'approprie les données, les résultats, etc. Ça nous permet de comprendre bien plus la réalité de l'autre, s'intéresser davantage, d'avoir un vrai intérêt. Alors je trouve que c'est ce qui apporte le plus. Et pour un directeur de la performance – parce que j'ai ce titre-là dans ma direction – c'est vraiment le levier le plus intéressant que j'ai vu depuis que je suis en performance. Ça impose par lui-même l'utilisation des données »
- C.« Et quand le PDG anime, bien, veut, veut pas, on est plus dans une perspective de [donner la bonne réponse], ça n'a rien à voir avec [le PDG], ça a tout avoir avec le fait que c'est ton patron qui te pose des questions, alors tu veux avoir la bonne réponse »

3.DSI 2 (novembre 2017) :

- A.« je pense que le fait que les gens, à tour de rôle, animent, ça permet de s'approprier l'ensemble des enjeux de l'organisation. Je prends toujours l'exemple de la salle d'urgence. Les problèmes qui sont vécus à la salle d'urgence ce sont les problèmes de tout le monde : on est une équipe et on a des défis communs et des objectifs communs. Alors, ce n'est pas parce que je ne suis pas la directrice responsable des services d'urgence que j'en suis moins imputable »
- B.« « Seul, on va vite, mais ensemble on va loin » et c'est vrai. Dans le cas de l'animation des salles de pilotage, le directeur du mois – je vais l'appeler comme ça – qui fait l'animation en profite non seulement pour s'approprier les enjeux, les défis de ses collègues, mais en plus de ça il contribue à des pistes de solutions »
- C.« La démocratisation de l'animation de la salle de pilotage, je pense que si c'était toujours la PDG, par exemple, qui animait, ça pourrait amener pas un lâcher-prise ou un laisser-aller, mais une moins grande contribution »
- D.« ça nous permet de transposer ça dans nos équipes, ce mode d'animation là, alors c'est de l'apprentissage en même temps. La démocratisation, ça sert vraiment à s'enrichir mutuellement, que tous nos objectifs et nos buts convergent. Puis on sait tous ce qui devient sur le dessus de la pile comme priorité. On ne peut pas dire qu'on ne le sait pas parce qu'on est partie prenante de la démarche »

Notes d'observations de l'animation de la salle de pilotage stratégique du CISSS-B

Observation du 22 août 2017

Situation 1 entre l'animateur, le PDGA et le PDG

- **4. Animateur** : au sujet de l'indicateur du temps d'attente en chirurgie
 - o A. pour le bloc, il faut optimiser le temps de salle et éviter l'annulation
- **5. PDGA** : explique pourquoi le taux d'occupation est maintenu à 85% et plus pour un BO performant
 - o A. Pour les chirurgies reportées et annulées, les chirurgiens doivent arrêter de faire des choix de patients le matin des chirurgies, car on annule trop souvent ou reporte trop souvent des patients
- **6. PDG** : répond au PDGA
 - o A. acquiesce des suggestions du DGA et rappelle que le ministre veut que les chirurgies soient en bas de 6 mois

Observation du 27 juin 2017

Situation 2 entre l'animateur (DITSA) le PDG et le PDGA

- **7. DI-TSA-DP** :
 - o A. Première ligne, devrait passer de 66 jours à 7 jours pour que le patient ressente une *plus-value* à l'intervention (que le dossier est réellement pris en charge), « mais tout ce temps on informait peu l'utilisateur des actions entreprises »
- **8. PDG** :
 - o A. « Est-ce que ça a été présenté au MSSS? Dans quel contexte? »
- **9. PDGA** :
 - o A. « le MSSS savait qu'on travaillait sur les trajectoires », il a demandé de venir voir pour discuter des projets du CISSS-B donc voulait voir et ont été épatés, car le CISSS-B est plus avancé qu'eux
- **10. DAQEPE** :
 - o A. précise qu'il y a eu du travail d'harmonisation des mécanismes de référence afin de séparer le traitement administratif de la demande et l'intervention clinique

Situation 3 entre le PDG, le DAQEPE et le PDGA

- **11. DAQEPE** : au sujet de l'indicateur du temps supplémentaire
 - o « on est conforme dans la manière qu'on le code »
- **12. PDG** :
 - o « pour moi ce n'est pas du temps supplémentaire, donc arrêtez de le coder »
- **13. DAQEPE** :
 - o « on doit le coder comme ça, mais dans notre interprétation c'est du temps supplémentaire »
- **14. PDGA** :
 - o « on va devoir décider ce qui est inclus dans la cible »
- **15. PDG** :
 - o Demande à ce que le directeur imputable détermine les solutions avec le DQEPE et le DI-TSA-DP l'inscrit sur le mur 4

Les animations de la salle de pilotage stratégique au CISSS-B sont démocratisées depuis les premiers mois de son utilisation. Au début de l'implantation de l'outil, le PDG animait les dimensions, mais le comité de direction a rapidement démocratisé l'animation, l'ouvrant aux autres directeurs. Depuis la démocratisation complète des animations, chacune est prise en charge par un directeur du comité de direction. L'animation complète de la salle de pilotage stratégique se déroulant deux fois par an est pour sa part dirigée par le PDG ou le PDGA de l'établissement. Puisque l'établissement avait déjà de l'expérience avec la salle de pilotage stratégique avant son déploiement actuel, le PDG ainsi que plusieurs directeurs connaissaient déjà certaines particularités de l'outil ainsi que la méthode d'animation.

Depuis la démocratisation complète de l'animation, des bénéfices ont été observés par les membres du comité de direction. Les bénéfices les plus souvent cités en entrevue par les directeurs furent l'appropriation et l'intérêt envers les enjeux organisationnels ainsi que l'engagement des directeurs envers la résolution de problème stratégique de l'organisation. L'appropriation du contenu des quatre dimensions est un bénéfice important découlant du fait que chacun des directeurs est amené à comprendre le fonctionnement ainsi que les informations présentes dans l'outil de gestion. Le PDG de l'établissement note que « depuis que l'animation de la salle se fait par chacun des directeurs, ça amène une dynamique d'appropriation collective et je trouve que quand on se rassemble, on s'amuse aussi en même temps » (ligne 1-A). Le DSI de l'établissement renchérit en argumentant que « le directeur du mois [...] qui fait l'animation en profite non seulement pour s'approprier les enjeux, les défis de ses collègues, mais en plus de ça contribue à des pistes de solutions » (ligne 3-B). L'engagement des membres du comité de direction de l'établissement est un autre bénéfice important de la démocratisation de l'animation de la salle de pilotage stratégique. En invitant chacun des directeurs à s'approprier le contenu des quatre dimensions, cela permet aussi à chacun de s'intéresser et s'engager dans les objectifs organisationnels des autres directions. Le DQEPE argumente que « ça nous permet de comprendre bien plus la réalité de l'autre, s'intéresser davantage » (ligne 2-B). Pour sa part, le DSI note à cet effet que certains enjeux organisationnels sont sous

la responsabilité de tous les membres du comité de direction, comme les enjeux ayant trait à la salle d'urgence : « les problèmes qui vont vécus à la salle d'urgence ce sont les problèmes de tout le monde : on est une équipe et on a des défis communs et des objectifs communs. Alors, ce n'est pas parce que je ne suis pas (le directeur) des services d'urgence que j'en suis moins imputable » (ligne 3-A). Les membres de la DQEPE et le PDG de l'établissement prévoient pour ces raisons poursuivre la démocratisation des animations dans le futur.

La démocratisation des animations de la salle de pilotage stratégique a ainsi permis aux membres du comité de direction de s'approprier les enjeux discutés durant l'animation des différentes dimensions, et ainsi participer activement aux discussions. Nous avons pu observer la participation des directeurs à différents enjeux dont ils n'étaient pas toujours responsables, comme illustré dans les échanges de la situation 1 à 3 de l'encadré 6.2.3 - A. Dans la situation 1, le PDGA répond à la discussion sur les taux d'occupation des salles d'opération. Même si le PDGA n'est pas imputable du taux d'occupation des salles d'opération, il est en mesure d'apporter des informations pertinentes à la compréhension de l'enjeu. Dans la situation 2, suite à l'explication de l'indicateur par le DI-TSA-DP, le PDG demande une question et le PDGA ainsi que le DAQEPE apportent des éléments de réponses qui aident tant le PDG que les autres directeurs à comprendre les enjeux influençant la situation. Finalement, dans la situation 3, le DAQEPE intervient afin d'apporter une information importante dans la résolution d'un problème touchant le DRHCAJ. Les directeurs peuvent ainsi apporter des éléments d'analyse importants afin de résoudre les enjeux touchant les dossiers stratégiques discutés durant l'animation.

6.2.4 Comparaison des éléments en lien avec la démocratisation de l'animation au CISSS-A et au CISSS-B

Tableau 6.6.4 - Résumé des éléments en lien avec la démocratisation de la salle de pilotage stratégique

Cadre de référence		CISSS-A	CISSS-B
<ul style="list-style-type: none"> - Importance du rôle du PDG en tant qu'animateur durant les premières animations - PDG et PDGA doivent être les premiers à comprendre et animer la salle de pilotage stratégique - Important d'éventuellement démocratiser l'animation aux autres directeurs 	Similitudes	- Le PDG a animé la salle de pilotage stratégique durant la première année d'utilisation	<ul style="list-style-type: none"> - Le PDG a animé les premières salles de pilotage stratégiques - Démocratisation complète à tous les directeurs entamée depuis le début de l'implantation en 2016
	Différences	- Démocratisation partielle de l'animation aux PDGA, DGA et à la DQEPE	- Démocratisation complète à tous les directeurs entamée depuis le début de l'implantation en 2016

6.3 Synthèse et analyse des caractéristiques de l'animation de la salle de pilotage stratégique comme leviers de contrôle pour le comité de direction

Les caractéristiques de l'animation de la salle de pilotage stratégique dans les établissements de santé et de services sociaux étudiés s'inscrivent sous deux catégories : en ce qui a trait au déroulement des animations; en ce qui a trait à la démocratisation des animations.

Dans un premier temps, les trois phases du déroulement des animations des salles de pilotage stratégiques permettent d'incorporer l'utilisation de cet outil dans la gestion de la performance des établissements.

D'abord, la phase T-1 sert à préparer l'animateur ainsi que les directeurs à l'animation, surtout à l'analyse des indicateurs critiques. Les deux établissements ont décidé d'aborder cette phase différemment, soit en laissant l'identification des indicateurs critiques à la direction générale et à la DQEPE (CISSS-A), soit en laissant l'identification des indicateurs critiques à la direction et à la DQEPE conjointement avec les directeurs (CISSS-B). Dans le cas où le choix des indicateurs à être discuté en salle de pilotage se fait sans les directeurs concernés, ces derniers peuvent être surpris lorsqu'ils sont mis au courant que leurs indicateurs seront analysés lors de l'animation de la dimension 3. Si cette identification se fait conjointement avec les directeurs, ces derniers risquent de contribuer plus facilement à la discussion dans une logique de résolution de problème plutôt que de justification. Dans les deux cas, ils sont au courant que leurs indicateurs seront discutés lors de l'animation de la salle de pilotage, et peuvent se préparer à partager les informations nécessaires afin de comprendre la problématique et identifier des solutions en groupe durant l'animation. Cependant, la manière d'aviser les directeurs pourrait changer une fois les salles de pilotage tactiques implantées, puisque les directeurs pourront suivre eux-mêmes dans leur salle de pilotage l'avancement des indicateurs et projets propres à leur direction afin de faire le suivi avec la DQEPE.

Ensuite, la phase T-0 constitue l'animation de la salle de pilotage stratégique. Les deux établissements ont choisi de mettre l'accent sur l'animation des dimensions 3 « indicateurs de performance » et 4 « plan d'action ». Ces deux dimensions représentent le suivi des activités organisationnelles critiques, ce qui peut influencer les directions des établissements à passer plus de temps à discuter des indicateurs et trouver des solutions à ceux présentant des résultats critiques. Cependant, le CISSS-B débute l'animation conjointement par les dimensions 4 et 3 afin de discuter des plans d'action mis en place pour solutionner les indicateurs de la dernière animation qui

étaient critiques. Ils peuvent ainsi mettre en place, si nécessaire, un autre plan d'action afin d'atteindre la cible. Le CISSS-A commence pour sa part l'animation par la dimension 4 comme l'a recommandé le cadre de référence. Les deux établissements débutent ainsi leurs animations en retournant sur les actions qui avaient été identifiées afin de trouver des solutions aux enjeux de l'animation précédente. De plus, du fait que les PDG rencontrent régulièrement le MSSS et discutent de l'avancement des objectifs stratégiques, l'état des indicateurs de performance servant à mesurer l'avancement des objectifs devient un enjeu important pour la haute direction des établissements. Dans les deux établissements, la dimension 1 n'est que rarement animée. Cependant, au CISSS-A le PDG utilise les informations présentes sur cette dimension comme levier pour guider la prise de décision et rappeler les assises stratégiques de l'organisation. Ainsi, il favorise le contrôle des croyances, en rappelant les valeurs fondamentales de l'établissement ce qui permet d'aligner la performance à la vision stratégique. Au CISSS-B, puisque cette dimension n'est pas animée, mais qu'en plus les dimensions stratégiques telles la mission, la vision et les valeurs n'y sont pas affichées, ce levier de contrôle ne peut être utilisé lors des animations. Le mur 2 « actions actuelles » n'est pour sa part animé régulièrement que par le CISSS-B, le CISSS-A animant cette dimension qu'une à deux fois par an. L'animateur présente ainsi l'état d'avancement d'un ou deux projets, ce qui favorise l'utilisation de cette dimension comme système de contrôle des contraintes et diagnostique. En effet, elle est utilisée comme système de contrôle des contraintes lorsque l'animateur présente les limites structurelles ou quant aux ressources disponibles pour réaliser les projets. Ainsi, les directeurs peuvent discuter de l'état d'avancement du projet et donner des outils en fonction des contraintes organisationnelles identifiées. Le mur 2 peut aussi être utilisé comme système de contrôle diagnostique puisqu'il permet de faire le suivi des projets qui mènent à l'atteinte de la stratégie organisationnelle. Ainsi, les directeurs peuvent identifier les écarts avec les objectifs en lien avec les projets. Les deux établissements semblent ainsi avoir choisi de prioriser les dimensions demandant d'être « en mode résolution de problème » pour l'animation de la salle de pilotage stratégique. La contrainte de temps pourrait expliquer la priorisation de ces dimensions, la durée

moyenne des animations étant de 20-25 minutes au CISSS-A et de 35-40 minutes au CISSS-B. En revanche, cela pourrait faire en sorte de diminuer le suivi de l'avancement des grands objectifs organisationnels. Nous croyons aussi intéressant de noter que les deux établissements animent leur salle de pilotage debout, mais comme il a été décrit dans la section 5.2.3, la table de réunion dans la salle de pilotage du CISSS-B empêche les directeurs de tous se regrouper devant les murs, faisant en sorte qu'au cours des animations observées certains directeurs se sont assis et/ou ont utilisé leurs appareils électroniques.

Finalement, à la phase T+1 les deux établissements étudiés s'assurent du partage du plan d'action présent sur la dimension 4 « réponse-action » aux directeurs. La DQEPE du CISSS-A envoie les plans d'action en même temps que le compte rendu de la rencontre, tandis qu'au CISSS-B les directeurs ont accès en tout temps à la plateforme web Trello sur laquelle les éléments identifiés lors de l'animation de la dimension 4 sont inscrits. Les deux établissements ne font pas de suivi des plans d'action établis sur la dimension 4 et n'ont pas encore entamé d'évaluations systématiques des animations de la salle de pilotage même si la DQEPE du CISSS-A prévoit implanter un système d'audit des animations. C'est plutôt la DQEPE qui, par ses rencontres avec les directeurs et les membres des directions, identifie et met en place des améliorations ayant trait à l'animation de la salle de pilotage stratégique.

Les trois phases de préparation, d'animation et de suivi de la salle de pilotage favorisent l'utilisation de l'outil comme un système de contrôle diagnostique d'une part, et interactif d'autre part. D'abord, les indicateurs de performance sont suivis de près par l'équipe de la DQEPE et la direction générale des deux établissements. En récoltant les informations pour mettre à jour les indicateurs, l'équipe de la DQEPE met en place un système de retour d'information servant à suivre de très près la performance des différentes directions. Les PDG et PDGA identifient ensuite les indicateurs nécessitant une attention particulière afin d'assurer leur analyse en salle de pilotage stratégique. Ce système permet aux membres du comité de direction de faire de la gestion par exception durant l'animation de la salle de pilotage stratégique,

en ne suivant que les variables présentant des résultats pouvant mettre en jeu la stratégie organisationnelle. Le temps étant compté durant les animations, les deux comités de direction ont préféré identifier d'avance les indicateurs pour lesquels un enjeu doit être abordé afin de pouvoir canaliser l'attention de tous les directeurs vers ces indicateurs durant l'animation. Le suivi sert par la suite à assurer que les actions discutées durant l'animation sont mises en place. Même si cette dernière phase aurait pu s'inscrire dans un système de contrôle interactif, les deux établissements, en transmettant les informations principalement du mur 4 aux directeurs, en font plutôt une utilisation diagnostique. Ensuite, la préparation et l'animation sont aussi des moyens pour la direction et la DQEPE de s'impliquer dans les dossiers des directeurs et d'adapter les décisions stratégiques en fonction des enjeux soulevés par les directeurs. La préparation de l'animation sert à identifier les informations sur lesquelles l'attention des directeurs sera mise, pour que durant l'animation les directeurs soient en mesure de discuter des enjeux stratégiques ce qui s'inscrit dans une utilisation interactive de l'outil.

En ce qui a trait à la démocratisation des animations de la salle de pilotage stratégique, cette dernière n'a pas été adoptée au même rythme par les deux établissements de santé et de services sociaux étudiés. En effet, la démocratisation des animations de la salle de pilotage stratégique dans les directions des établissements de santé et de services sociaux semble être un niveau de maturité attendu selon les directives du MSSS et de la Chaire IRISS. Dans le cadre de référence, il est mentionné que les premières animations devraient être réalisées par les dirigeants des comités de direction, soit les PDG et les PDGA. Dans la grille de maturité faisant suite à l'implantation des salles de pilotage stratégiques, une des questions posées aux établissements demande si d'autres personnes que le PDG animent l'outil. Au CISSS-A, le PDG ainsi que l'équipe de la DQEPE ont choisi de laisser le PDG animer durant une année complète avant de démocratiser partiellement les animations de leur salle de pilotage stratégique. La salle de pilotage stratégique étant un outil nouveau pour les directeurs, incluant le PDG et la DQEPE, la période d'appropriation de l'outil et de son fonctionnement peut avoir été plus longue et la

direction peut avoir fait ce choix pour s'assurer que les critères d'animation étaient respectés afin de donner l'exemple aux directeurs en plus d'assurer l'analyse des enjeux de niveau stratégique. Même si le PDG et certains membres du comité de direction avaient de l'expérience avec la culture et les outils issus de l'amélioration continue et les principes du *Lean* management, la haute direction de l'établissement ainsi que la DQEPE ont préféré utiliser le PDG comme modèle d'animation afin de forger des assises solides pour les autres directeurs assistant aux animations de la salle de pilotage stratégique. Aussi, les apprentissages faits par le PDG au niveau de l'animation pouvaient être mis en œuvre au fur et à mesure qu'il animait la salle de pilotage. Ces raisons peuvent expliquer que la direction du CISSS-A ait préféré n'avoir qu'un seul animateur durant la première année plutôt que de démocratiser rapidement les animations aux autres directeurs. Au CISSS-B, l'animation de la salle de pilotage stratégique est démocratisée depuis le début du déploiement de l'outil suivant la loi 10 au printemps 2015. En raison de l'expérience antérieure de plusieurs membres du comité de direction et du PDG avec la salle de pilotage stratégique, la démocratisation des animations fut rapidement mise en place après la fusion, et durant la présente étude plusieurs directeurs ont pu être formés et animer l'outil. Chaque membre du comité de direction peut alors s'appropriier les principes directeurs de l'animation en plus du contenu des quatre dimensions de la salle de pilotage stratégique. Il est à noter que le CISSS-A subit depuis la fusion plusieurs changements organisationnels importants qui peuvent avoir augmenté la complexité des dossiers abordés en salle de pilotage stratégique. Le CISSS-B n'a pour sa part pas subi de transformation aussi majeure suite à la fusion, ce qui peut en partie expliquer que la haute direction jugeait que son équipe de direction était prête à démocratiser les animations, tandis que la haute direction du CISSS-A a choisi de prioriser le PDG comme animateur durant la première année. Ainsi, les deux établissements ont choisi de démocratiser ou non l'animation de leur salle de pilotage stratégique pour des raisons différentes influençant l'utilisation de l'outil comme système de contrôle de manières distinctes.

Dans les deux établissements, la démocratisation des animations de la salle de pilotage est perçue comme une caractéristique importante et un niveau de maturité à atteindre par les comités de direction. Les avantages de la démocratisation sont partagés par les membres du CISSS-B : appropriation du contenu des dimensions par tous les directeurs du comité de direction; engagement des directeurs envers l'amélioration continue; engagement et intérêt des directeurs envers les enjeux organisationnels; niveau de préparation à l'animation des salles de pilotage tactiques plus élevé. Le fait de préparer une animation et de comprendre en profondeur les enjeux organisationnels vécus par les directions de l'établissement force les membres du comité de direction à s'impliquer dans les décisions des autres directeurs, même lorsque ces décisions ne leur sont pas imputables. La démocratisation des animations pourrait ainsi augmenter la collaboration lors des animations des dimensions 3 et surtout 4, puisque les directeurs comprennent mieux les enjeux vécus par leurs collègues. De plus, la préparation des directeurs avant l'animation de la salle de pilotage stratégique peut favoriser une plus grande cohérence au niveau de la compréhension de l'outil et de son utilisation. Puisqu'ils sont tous préparés par les membres de la DQEPE, ils suivent les mêmes directives d'animation et d'utilisation. Cela peut aussi être bénéfique lorsque les directeurs devront implanter les salles de pilotage tactiques et les stations visuelles dans leur propre direction, puisqu'ils auront déjà animé la salle de pilotage stratégique et auront une meilleure compréhension de ses différentes dimensions et de son fonctionnement.

L'animation de la salle de pilotage stratégique, démocratisée ou non, favorise une utilisation de l'outil comme système de contrôle d'abord interactif, corroborant ainsi notre deuxième proposition, mais aussi diagnostique. Dans les deux cas, avant l'animation de la salle de pilotage stratégique, les directeurs vont récolter les informations nécessaires à la discussion des indicateurs de performance critiques auprès des membres de leur direction. Cette escalade de l'information sera peut-être plus systématique et efficace lorsque les salles de pilotage tactiques et les stations visuelles seront mises en place dans tous les départements. Dans le cas où l'animation est démocratisée, la préparation préalable aux animations des directeurs favorise une

meilleure compréhension des enjeux stratégiques des différentes directions et ainsi permet aux animateurs de mieux saisir les problématiques touchant leurs collègues. Cela permet donc aux directeurs de s'impliquer plus efficacement dans les décisions de leurs collègues lors de l'animation des différentes dimensions de la salle de pilotage stratégique. Le contrôle est ainsi partagé entre les membres du comité de direction. Lorsque l'animation n'est pas démocratisée, les membres de la direction générale ainsi que la DQEPE identifient ensemble les indicateurs critiques afin de les analyser avec les directeurs concernés durant l'animation. Cela permet aussi aux autres directeurs d'être au parfum des activités de leurs collègues, mais surtout à la direction générale d'intervenir dans les activités et décisions des directeurs, ce qui s'inscrit dans les caractéristiques d'un système de contrôle interactif. Ainsi, dans les deux cas, l'animation permet aux acteurs présents dans la salle de pilotage stratégique de mieux comprendre les enjeux réels des directions de leurs collègues afin de les aider à identifier des plans d'action pour surmonter les problématiques. Toutefois, l'animation permet aussi aux comités de direction d'utiliser la salle de pilotage stratégique comme un système de contrôle diagnostique. En effet, l'animation permet au comité de direction de concentrer son attention sur les enjeux stratégiques saillants, sans passer en revue tous les projets et indicateurs de performance stratégiques présents sur les murs de la salle de pilotage stratégique. Cela permet aux directeurs de s'attarder sur les dossiers critiques, donc de faire de la « gestion par exception », une caractéristique propre aux systèmes de contrôle diagnostique. Ainsi, le temps étant compté durant l'animation, les directeurs peuvent se concentrer à trouver des solutions aux enjeux en lien avec les dossiers critiques et qui pourraient miner l'atteinte des objectifs organisationnels, et donc la stratégie.

Le Tableau 6.6.5 suivant résume les similitudes et différences identifiées entre les deux établissements étudiés et le cadre de référence.

Tableau 6.6.5 - Résumé des analyses sur les caractéristiques de l'animation de la salle de pilotage stratégique et lien avec les leviers de contrôle

Cadre de référence	CISSS-A	CISSS-B
<p><u>Déroulement des animations :</u> T-1 : préparation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Former et préparer l'animateur - Mettre à jour les dimensions <p>T-0 : animation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debout, courte durée - Discuter des dimensions en ordre : 4; 1; 2; 3; 4. <p>T+1 : suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire le suivi du plan d'action - Émettre des évaluations des animations <p>Les trois phases devraient favoriser les leviers de contrôle diagnostique et interactif</p> <p><u>Démocratisation des animations:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les PDG et PDGA doivent faire les premières animations - Importance de démocratiser par la suite l'animation aux autres directeurs - La démocratisation favorise à première vue le levier de contrôle interactif 	<p><u>Déroulement des animations :</u> T-1 : préparation</p> <ul style="list-style-type: none"> - La DQEPE prépare le PDG à l'animation - La DQEPE met à jour les indicateurs et avise ceux dont leur indicateur sera discuté <p>T-0 : animation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debout, environ 20-25 minutes - Ordre des dimensions : 4; 3; 4. - 2-3 fois par année les dimensions 1 et 2 sont animées <p>T+1 : suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compte rendu et dimension 4 sont envoyés au comité de direction - Pas d'évaluation des animations et apprentissages <p>Les trois phases favorisent les leviers de contrôle diagnostique et interactif</p> <p><u>Démocratisation des animations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le PDG a animé la première année de la salle de pilotage - Le PDG joue un rôle de modèle pour les directeurs - Peu d'expérience avec salle de pilotage stratégique, mais expérience avec culture d'amélioration continue <p>L'animation par le PDG et la démocratisation partielle</p>	<p><u>Déroulement des animations :</u> T-1 : préparation</p> <ul style="list-style-type: none"> - La DQEPE prépare l'animateur désigné à l'animation - La DQEPE fait le suivi avec les directeurs et met à jour les indicateurs et envoie le mur 3 à jour par courriel aux directeurs <p>T-0 : animation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debout, mais certains directeurs tendent à s'asseoir, environ 40 minutes - Ordre des dimensions : 4 et 3, 2, 3, 4 . - 2-3 fois par an la dimension 1 est animée <p>T+1 : suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les directeurs ont accès à la dimension 4 en ligne - Pas d'évaluation des animations et apprentissages <p>Les trois phases favorisent les leviers de contrôle diagnostique et interactif</p> <p><u>Démocratisation des animations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le PDG a animé les premières fois puis l'animation fut démocratisée à tous les directeurs - La démocratisation a permis une plus grande appropriation des enjeux - La salle de pilotage stratégique était déjà

	favorise le contrôle par la haute direction, surtout en lien avec les leviers de contrôle interactif et diagnostique	utilisée avant la fusion La démocratisation de l'animation favorise l'utilisation de la salle de pilotage comme un système de contrôle interactif par tous les directeurs, mais aussi diagnostique
--	--	---

La Figure 6.1 suivante présente le schéma intégrateur du niveau d'intensité de chaque levier de contrôle en fonction des caractéristiques de l'animation de la salle de pilotage stratégique. Comme on peut le constater, les leviers de contrôle diagnostique et interactif sont ceux présentant les niveaux d'intensité les plus élevés. Les caractéristiques de l'animation de la salle de pilotage stratégique favorisent ainsi plus intensément ces deux leviers de contrôle.

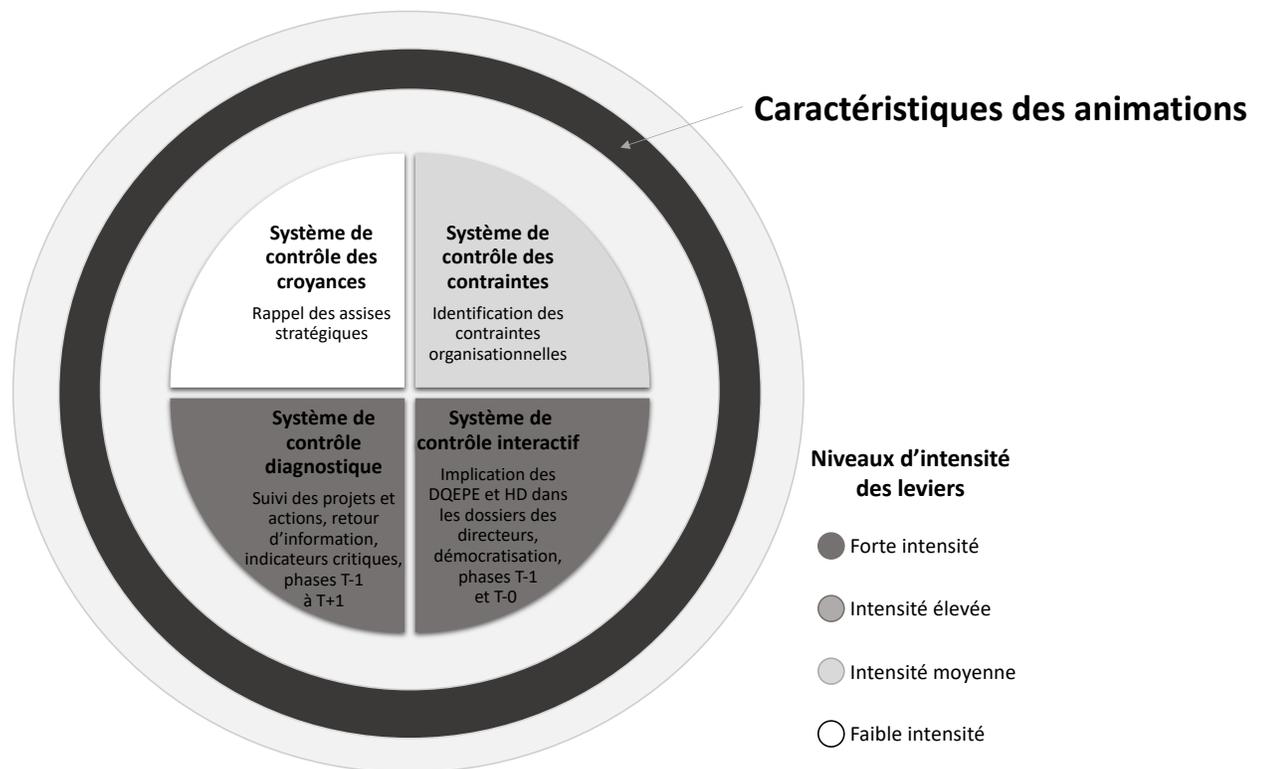


Figure 6.1 - Schéma intégrateur des niveaux d'intensité de chaque levier de contrôle en fonction des caractéristiques de l'animation de la salle de pilotage stratégique

Chapitre 7 Les rôles et l'implication des acteurs stratégiques dans l'utilisation de la salle de pilotage et le contrôle stratégique

Les comités de direction d'établissements de santé et de services sociaux complexes, comme ceux du CISSS-A et du CISSS-B, sont constitués de plusieurs acteurs stratégiques, dont les directeurs chapeautant des directions cliniques ou administratives, la haute direction des établissements et le MSSS. Lorsque le comité de direction utilise un outil stratégique telle la salle de pilotage stratégique, la complexité des rôles de chacun des directeurs ainsi que leur degré d'implication dans le processus peuvent influencer la manière dont l'outil est utilisé ainsi que le type de contrôle qui y est ainsi favorisé. Dans la présente section, nous analysons comment les différents rôles ainsi que l'implication des directeurs des deux établissements de santé et de services sociaux étudiés influencent l'utilisation de la salle de pilotage stratégique à des fins de contrôle. Nous débutons par l'analyse des différents rôles désignés et émergents en lien avec l'animation de la salle de pilotage stratégique, puis comparons les rôles joués par les directeurs cliniques et administratifs. Nous poursuivons avec l'analyse du rôle du PDG dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique ainsi qu'avec l'engagement du corps médical envers l'utilisation de cet outil. Nous terminons avec l'analyse du rôle du MSSS dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique à des fins de contrôle.

7.1 Les rôles désignés et émergents dans l'animation de la salle de pilotage stratégique

Le cadre de référence du MSSS et de la Chaire IRISS (2015) détaille trois rôles devant être incarnés afin d'assurer le bon déroulement et la bonne utilisation des dimensions de la salle de pilotage stratégique, en plus d'assurer le respect des principes directeurs encadrant l'outil. Il est aussi mentionné que les rôles peuvent être délégués à différents individus, selon l'aisance de l'animateur. Ces trois rôles sont :

l'arbitre; le gardien du temps; l'animateur. Les directeurs de la DQEPE du CISSS-A et du CISSS-B ont aussi identifié un quatrième rôle émergent et important dans l'utilisation de l'outil, le rôle de gardien du sens.

7.1.1 L'arbitre et le gardien du temps

Dans le cadre de référence, le rôle d'arbitre est décrit comme servant à la gestion du temps alloué à chacune des étapes de l'animation de la salle de pilotage stratégique. La personne incarnant ce rôle doit donc, conjointement avec le gardien du temps, assurer le bon déroulement de l'animation des quatre dimensions et au besoin, provoquer une prise de décision lorsque l'argumentation devient excessive et n'est plus centrée sur l'action. Pour sa part, le gardien du temps soutient l'arbitre et l'animateur dans la bonne gestion du temps alloué à l'animation de la salle de pilotage stratégique et de ses quatre dimensions. Il contrôle la durée du temps alloué à chacun des sujets discutés. L'arbitre et le gardien du temps travaillent donc conjointement et pourraient même être incarnés par la même personne au besoin – cette personne suivrait le temps, assurerait le bon déroulement des étapes de l'animation et provoquerait la prise de décision si nécessaire.

7.1.1.1 L'arbitre et le gardien du temps au CISSS-A

Vignette 7.1.1.1-A. Notes d'observation où l'arbitre et le gardien du temps sont intervenus dans l'animation au CISSS-A

Observation du 23 mars 2017

*La discussion est au sujet de l'indicateur du nombre de NSA qui sont en augmentation dans l'établissement

- **1.PDG** : explique aux directeurs la situation qui le préoccupe au niveau des NSA
 - o A.« moi mon rôle de PDG est de sonner l'alerte et hier j'ai sonné l'alerte »
- **2.Directeur clinique 1**: répond au PDG
 - o A.« c'est important de nous contacter dans ces cas-là, car hier on avait 7 places de libres, il faudrait que nous fassions partie du comité pour être contactés, car on avait de la place de libre »
- **3.PDG** : répond au directeur clinique
 - o A.« donc tu devrais faire partie de l'équipe, il faut trouver des solutions »
- **4.Directeur clinique 1**: acquiesce la réponse du PDG et ajoute une information

- A.« sur les 40 patients NSA, il y en a 20 qui nous appartiennent et l'autre 20 appartiennent aux autres établissements, donc on est à 8%, mais en attente de prise en charge par les autres établissements »
- **5.PDG** : tente de conclure en établissant un plan d'action et en mettant l'accent sur l'urgence de la situation
 - A.« je suis au fait, je sais que vous êtes occupés, mais est ce qu'on peut les appeler pour leur dire de prendre leurs patients? Quand le ministre regarde ça, il ne sait pas ça et de toute façon les patients sont des patients de la ville et non des établissements. On a une reddition de compte, il faut se mettre en mode quotidien »
- **6.Directeur clinique 1** : tente d'apporter une piste de solution
 - A.« on produit un tableau une fois semaine, mais peut-être qu'il faudrait que ça soit quotidien »
- **7.Directeur clinique 2** : amène une autre information
 - A.« il y a une tendance au refus, certains patients refusent des transit par ce qu'ils veulent aller dans un CHSLD en particulier »
- **8.DAQEPE** : fait signe au PDG que le temps avance
- **9.PDG** : ramène la discussion sur l'établissement d'un plan d'action
 - A.« je comprends, mais il faut trouver une solution, il faut travailler en équipe. On va revenir là-dessus à la prochaine animation, mais on devrait aussi y revenir avant, il faut faire baisser le résultat en trouvant d'autres solutions » inscrit le retour sur le tableau du mur 4

Dans la vignette 7.1.1.1-A, les interactions entre le PDG et les directeurs indiquent que le rôle d'arbitre est tenu informellement par le PDG – qui est aussi l'animateur. À deux reprises, aux lignes 5-A et 9-A dans la vignette, ce dernier tente de conclure la discussion autour de l'indicateur afin d'établir un plan d'action. Voyant que les directeurs amènent d'autres informations qui ne favorisent pas l'établissement de solutions, le PDG provoque la prise de décision en inscrivant sur le tableau qu'il y aura un retour sur cet indicateur avec les directeurs concernés dans les semaines suivantes ainsi qu'à la prochaine animation. Pour sa part, le rôle de gardien du temps est tenu par le DAQEPE, qui fait signe au PDG – l'animateur – qu'il est temps de conclure sur ce sujet afin de passer aux indicateurs suivants devant être discutés. Cependant, le conseiller cadre à la DQEPE a mentionné que le gardien du temps changeait à chaque animation faisant en sorte que tous les directeurs peuvent à un moment de l'année tenir le temps durant une animation. Ce rôle est attribué à un directeur durant la phase de préparation.

7.1.1.2 L'arbitre et le gardien du temps au CISSS-B

Vignette 7.1.1.2-A. Notes d'observation où l'arbitre et le gardien du temps sont intervenus dans l'animation au CISSS-B

Observation du 27 juin 2017

*Le DI-TSA-DP est l'animateur et la discussion concerne l'indicateur du temps supplémentaire

- **1.DI-TSA-DP** : regarde les indicateurs en jaune
 - o A.Indicateur du temps supplémentaire, la cible est de 2,95, « on a noté une diminution de 3,91 à 3,11, donc c'est déjà une amélioration depuis l'an dernier, mais en baisse depuis la période 1 »
 - o B.demande au DRHCAJ imputable de l'indicateur s'il y aura une analyse de la situation et si les directeurs seront impliqués
- **2.DRHCAJ** : répond au DITSA
 - o A.« l'analyse se fait cet été, donc ce ne sera pas prêt en juin, mais oui on va faire analyse et certains gestionnaires seront impliqués »
- **3.DI-TSA-DP** : propose une action
 - o A.« on pourrait renflouer les listes de rappel »
- **4.DRHCAJ** : répond au DITSA
 - o A.« on est plus agressifs avec médias sociaux »
- **5.DI-TSA-DP** : pose une question aux directeurs
 - o A.« avec Logibec est-on conforme? » (*Logibec est le logiciel pour coder les données afin de mettre à jour les indicateurs*)
- **6.DRHCAJ** : répond à la question du DITSA
 - o A.« je n'ai pas eu cette confirmation-là »
- **7.DAQEPE** : répond au DITSA
 - o A.« on est conforme dans la manière qu'on le code »
- **8.PDG** : intervient dans l'échange
 - o A.« pour moi ce n'est pas du temps supplémentaire, donc arrêtez de le coder »
- **9.DAQEPE** : répond au PDG
 - o A.« on doit le coder comme ça, mais dans notre interprétation c'est du temps supplémentaire »
- **10.PDGA** : répond
 - o A.« on va devoir décider ce qui est inclus dans la cible »
- **11.PDG** : tente de conclure la discussion sur l'indicateur
 - o A.demande à ce que le directeur imputable détermine les solutions avec le DQEPE, le DI-TSA-DP l'inscrit sur le mur 4

Notes supplémentaires

- **12.**Le PDG fait souvent des résumés des informations apportées par les directeurs, ce n'est pas l'animateur qui fait ces résumés
- **13.**C'est le DAQEPE qui tient le temps

Au CISSS-B, les rôles d'arbitre et de gardien du temps sont moins bien définis dans les animations qu'au CISSS-A, mais sont tout de même attribués séparément. D'abord, à partir des interactions de la vignette 7.1.1.2 – A, nous pouvons comprendre que le rôle d'arbitre est tenu par le PDG de l'établissement. Ce dernier tente à deux reprises (3-A et 5-A) de provoquer des prises de décisions ou de conclure. Il fut aussi noté dans les notes supplémentaires que le PDG fait régulièrement des résumés des informations apportées par les directeurs, ce qui peut être expliqué par son rôle d'arbitre tentant de stimuler la recherche de solution et donc provoquer la conclusion d'un sujet afin de passer au suivant. Ensuite, malgré que ce rôle n'ait pas été noté durant les observations d'animation, nous avons observé que le gardien du temps est assumé par le DAQEPE du CISSS-B, comme inscrit dans les notes supplémentaires de la vignette 7.1.1.2 – A. Ce dernier se tient près du tableau du mur 4 et montre à l'animateur d'un signe de la main que le temps avance.

7.1.2 L'animateur

Le cadre de référence du MSSS et de la Chaire IRISS (2015) souligne que normalement, le rôle d'animateur est tenu par le responsable de la salle de pilotage stratégique et que tout changement à ce niveau doit être planifié et organisé avant l'animation. Le responsable est habituellement le PDG puisque c'est lui qui pilote les comités de direction à l'intérieur desquels s'inscrivent les animations de la salle de pilotage stratégique. Le rôle d'animateur peut par la suite être démocratisé aux autres directeurs de l'établissement afin, comme il fut mentionné dans le chapitre 6, de favoriser l'appropriation de l'outil par tous les membres du comité de direction. L'animateur est donc celui qui présente les dimensions de la salle de pilotage stratégique en fonction des points identifiés durant la phase de préparation T-1 et qui stimule la recherche de solutions aux enjeux discutés. Il travaille de concert avec l'arbitre, le gardien du temps et le gardien du sens afin d'assurer le bon déroulement de l'animation selon les principes directeurs.

7.1.2.1 L'animateur au CISSS-A

Notes brutes 7.1.2.1-A. Notes d'entrevues et d'observations au sujet de l'animateur au CISSS-A

Notes d'entrevues avec les directeurs

1.DQEPE 2 (novembre 2017) :

- A.« dans la première année on a fait le choix que ce soit le PDG qui anime. »
- B.« [au sujet de la démocratisation de la salle de pilotage stratégique aux autres directeurs] on commencerait avec les deux DGA et la PDGA, donc qui s'ajouteraient. On peut penser qu'éventuellement aussi les directeurs, mais là on commencerait par ça pour débiter, donc c'était le souhait de la PDG de commencer de cette façon-là »

2.DSP 2 (décembre 2017) :

- A.« il [le PDG] gère assez bien le temps et il nous ramène quand le propos n'est pas parfait et on peut parler, il n'y a pas de problèmes à parler [lorsque les directeurs veulent parler à leur tour]. »

Notes de l'observation de l'animation du 15 juin 2017

*début de l'animation

- **3.PDG** : fait le retour sur les plans d'action inscrits sur le mur 4 au sujet des dossiers complexes, inscrit l'état d'avancement des actions prévues

[...]

- **4.PDG** : se dirige vers le mur 3, les directeurs le suivent, analyse les données des indicateurs critiques

[...]

- **5.PDG** : revient sur le mur 4, les autres directeurs le suivent, écrit le premier plan d'action à mettre en œuvre pour solutionner l'enjeu au niveau de l'indicateur des NSA

[Fin de l'animation]

Notes supplémentaires :

- **6.**Les animations observées entre le 26 janvier et le 19 septembre 2017 furent toutes animées par le PDG du CISSS-A

L'animateur de la salle de pilotage stratégique du CISSS-A fut le PDG de l'établissement durant la première année de l'utilisation de l'outil. À l'automne 2017, l'animation de la salle de pilotage stratégique fut partiellement démocratisée faisant en sorte que la PDGA et les DGA tiennent depuis le rôle d'animateur conjointement avec le PDG. Dans les notes d'observation de l'animation ci-haut (lignes 3 à 5), le PDG est l'animateur et est garant du déroulement de l'animation, c'est-à-dire qu'il s'assure de discuter des dossiers qu'il a préalablement identifiés avec la DQEPE

durant la phase de préparation T-1. Comme mentionné dans la vignette 7.1.1.1-A, le PDG tient aussi le rôle d'arbitre en assurant la bonne gestion du temps des dimensions discutées durant l'animation et en stimulant la prise de décision le cas échéant.

7.1.2.2 L'animateur au CISSS-B

Notes brutes 7.1.2.2-A. Notes d'entrevues et d'observations au sujet de l'animateur au CISSS-B

Notes d'entrevues avec les directeurs

1.PDG

- A. « l'animation de la salle se fait par chacun des directeurs »

Notes de l'observation de l'animation du 4 avril 2017 durant laquelle le DQEPE était l'animateur

*début de l'animation

- **2.DQEPE** : regarde les plans d'action ayant été établis à l'animation précédente et demande aux directeurs de faire un suivi en lien avec les données mises à jour sur les indicateurs du mur 3

[...]

- **3.DQEPE** : se dirige vers le mur 2 et discute de l'état d'avancement de certains projets en questionnant les directeurs imputables

[...]

- **4.DQEPE** : retourne vers le mur 3 et discute des indicateurs critiques en jaune en questionnant les directeurs imputables

5. Les animations observées entre le 7 mars et le 22 août 2017 furent toutes animées par des directeurs différents du CISSS-B :

- 7 mars 2017 : Stagiaire du comité de direction
- 4 avril 2017 : DQEPE
- 2 mai 2017 : PDG
- 27 juin 2017 : DI-TSA-DP
- 22 août 2017 : Directeur clinique

Au CISSS-B, tous les directeurs du comité de direction tiennent, à tour de rôle, la place de l'animateur. Depuis que l'animation de la salle de pilotage stratégique est démocratisée, ce n'est plus seulement le PDG de l'établissement qui tient le rôle d'animateur, comme il fut discuté dans le chapitre 6. Ainsi, chacun des directeurs a la chance de s'approprier le fonctionnement de la salle de pilotage stratégique, ce qui inclut la gestion du temps ainsi que la stimulation de prise de décision lorsque les

discussions s'éternisent durant l'animation. Nous avons donc vu cinq directeurs différents animer la salle de pilotage stratégique au CISSS-B, incluant le PDG. Tous géraient, conjointement avec le DAQEPE, le temps alloué à chacune des dimensions tout en discutant des points identifiés durant la phase de préparation T-1 avec la DQEPE.

7.1.3 Le gardien du sens

Le gardien du sens est un rôle mentionné par la directrice de la DQEPE du CISSS-A et par le DAQEPE du CISSS-B, mais dont le cadre d'analyse du MSSS et de la chaire IRISS ne fait pas mention. Ce rôle émergent consiste à encadrer d'une part les discussions durant les animations afin d'assurer une cohérence entre l'objet discuté et le niveau de gestion des membres présents, dans ce cas-ci du comité de direction donc stratégique. D'autre part, le gardien du sens doit aussi s'assurer que l'outil est compris et ce, à l'extérieur des animations, en réfléchissant à son utilisation et à l'engagement des directeurs envers son utilisation. Celui qui occupe ce rôle doit assurer la cohérence entre les discussions faites durant l'animation de la salle de pilotage stratégique et le rôle de l'outil de gestion, soit celui d'adresser et de solutionner des problématiques de gestion stratégique. Ce rôle est retrouvé dans la littérature sur l'animation de discussion de groupe, et pourrait s'apparenter à celui « d'agitateur d'idées » expliqué par Orygin Conseil. Selon ces derniers, ce rôle « permet à l'équipe de s'entraîner à penser solutions, au lieu de rester trop longtemps dans l'espace problème. Il est sensé stimuler l'équipe à penser *out of the box*, à remettre en question les croyances limitantes, à innover et oser être plus audacieux et agile » (www.orygin.fr).

Dans les deux établissements de santé et de services sociaux étudiés, le gardien du sens fut déterminé de manière informelle après l'implantation de la salle de pilotage stratégique. C'est après avoir identifié le besoin d'un tel rôle durant les animations que les directions ont décidé de désigner un gardien du sens.

7.1.3.1 Le gardien du sens au CISSS-A

Notes brutes 7.1.3.1-A. Notes d'entrevues en lien avec le rôle de gardien du sens au CISSS-A

1.DQEPE CISSS-A (novembre 2017)

- A.« le gardien du sens, c'est une notion un peu plus floue ».
- B.« Ça sera probablement moi pour commencer qui serait le gardien du sens [...] »
- C.« Quand on voit qu'il y a une problématique qui est récurrente, par exemple la justification, on va retourner voir quelles sont les bonnes pratiques, on va demander aux universitaires de nous aider et on va faire une petite capsule peut-être en début d'animation pour expliquer la bonne pratique. On peut rappeler des règles du jeu, rappeler la bonne pratique. »
- D.« par exemple, ça peut être des choses simples comme : « Quand vous intervenez comme participant, *focalisez-vous* sur l'obstacle, nommez-le, *focalisez-vous* sur l'action », ce n'est pas le moment de parler de tout l'historique du dossier parce que c'est une longue intervention, on gère le temps, il faut être très *focalisé* ce sur ce qui est important aujourd'hui, ce qu'on veut faire avancer [il faut] être dans une optique d'amélioration continue »

Lors de l'entrevue avec la DQEPE du CISSS-A, ce dernier nous a fait mention du rôle de gardien du sens qu'il allait adopter prochainement (lignes 1-A et 1-B). Ce rôle, selon lui, consiste à rappeler les bonnes pratiques en lien avec l'utilisation de la salle de pilotage stratégique (ligne 1-C). À cet effet, il mentionne que son rôle pourrait être mis en œuvre tant dans les animations en aidant les directeurs à concentrer leur attention sur les obstacles rencontrés (ligne 1-D), qu'à l'extérieur de ces dernières, en allant chercher des informations nécessaires à l'amélioration des animations de la salle de pilotage stratégique (ligne 1-C).

7.1.3.2 Le gardien du sens au CISSS-B

Notes brutes 7.1.3.2 – A. Notes d'observations durant lesquelles le gardien du sens est intervenu au CISSS-B

Observation du 27 juin 2017

- **1.PDGA** : répond au DAQEPE sur l'indicateur du temps supplémentaire
 - o A.« on va devoir décider ce qui est inclus dans la cible »
- [...]

- **2.PDG** : ajoute une information à la discussion
 - o A.MSSS veut que les opérations se fassent à l'intérieur de 1 an tandis que CISSS-B veut que ça se fasse à l'intérieur d'un mois
- **3.PDGA** : se questionne sur les actions à prendre
[...]
- **4.DITSA** : retourne vers le mur 4
 - o A.« compte tenu qu'on a atteint la cible peut-on le retirer? »
- **5.PDGA** : répond au DITSA
 - o A.« oui, mais on continu de le suivre »

Dans l'encadré des notes brutes ci-haut, le gardien du sens, dans ce cas le PDGA du CISSS-B, intervient en tant que gardien du sens, mais aussi comme arbitre. En effet, dans les extraits d'observations, le PDGA est le catalyseur des prises de décisions lorsque ces dernières ne sont pas rapides. Dans le premier extrait (ligne 1-A), il mentionne aux directeurs qu'ils vont devoir « décider de ce qui est inclus dans la cible ». En effet, à la suite d'une discussion sur la manière dont l'indicateur doit être codé, il tente de conclure en expliquant que l'indicateur pourra être modifié dépendamment de ce qui est inclus dans la cible à atteindre. Ensuite, le PDGA questionne les prochaines actions à entreprendre afin d'atteindre le délai d'un mois fixé par le CISSS-B au niveau des opérations (lignes 2 et 3). Dans cette intervention, le PDGA participe à la discussion entre les directeurs afin de trouver des solutions aux enjeux discutés. Finalement, la dernière situation (lignes 4 et 5) illustre une intervention où le PDGA dicte au DI-TSA-DP, qui est alors animateur, la démarche à suivre, soit de continuer de suivre l'indicateur dont la cible est atteinte. En ce sens, il partage à ses collègues le fait que malgré qu'une cible soit atteinte, il importe de continuer à suivre les indicateurs y étant reliés. Ces observations sur les interventions du PDGA en tant que gardien du sens illustrent que son rôle au CISSS-B ne semble pas être mis en œuvre de manière explicite durant les animations. En effet, le PDGA n'a pas mentionné son rôle de gardien du sens durant l'entrevue que nous avons conduite avec lui, et nous n'avons pu identifier d'interventions de sa part durant les animations où il aidait les directeurs à identifier les obstacles afin de trouver des solutions aux enjeux ou de garder la discussion au niveau stratégique.

7.1.4 Synthèse et analyse des rôles désignés et émergents dans l'animation de la salle de pilotage stratégique

Les quatre rôles désignés et émergents des directeurs durant l'animation de la salle de pilotage stratégique permettent de structurer les animations afin que ces dernières soient axées sur la recherche de solutions aux enjeux organisationnels discutés. Ils permettent en quelque sorte de contrôler la manière dont ces enjeux sont discutés durant l'animation afin qu'elle soit le plus efficace possible. Les deux établissements, le CISSSS-A et le CISSSS-B, ont toutefois attribué certains de ces rôles à des directeurs différents résultant en des applications différentes.

Un premier rôle, celui de gardien du temps est tenu par des personnes différentes. Au CISSSS-A, cette personne est un directeur différent à chaque animation, tandis qu'au CISSSS-B c'est plutôt le DAQEPE qui tient le temps. Au CISSSS-A, le gardien du temps est avisé qu'il tiendra ce rôle durant la phase de préparation T-1 et prend son rôle dès le début du comité de direction. De plus, le fait que ce rôle soit attribué à un directeur différent à chaque animation permet d'impliquer plus de directeurs dans le déroulement de l'animation. Au CISSSS-B, le gardien du temps n'est pas présent durant toute la durée du comité de direction puisqu'il n'en fait pas partie, il est invité à entrer dans la pièce seulement lorsqu'est venu le temps de l'animation de la salle de pilotage stratégique. Le fait que ce soit un membre de la DQEPE et non un directeur permet aux membres du comité de direction d'être libres de tâches durant l'animation des dimensions de la salle et de concentrer leur attention sur l'identification des obstacles et la recherche de solution aux enjeux discutés. Dans les deux établissements, le gardien du temps joue un rôle de soutien en indiquant à l'animateur lorsqu'un sujet doit être conclu afin de passer au suivant et ainsi ne pas prolonger la durée de l'animation au-delà du temps alloué. Il est ainsi celui qui contrôle, conjointement avec l'animateur, la durée de l'animation en contrôlant la durée allouée à la discussion de chaque sujet abordé.

Un second rôle, celui d'arbitre est tenu par le PDG dans les deux établissements. Cependant, une différence notable est qu'au CISSSS-A, l'arbitre est aussi l'animateur

lorsque c'est le PDG qui anime tandis qu'au CISSS-B, le rôle d'animateur est tenu par un directeur différent de l'arbitre, ce dernier étant toujours tenu par le PDG. Le fait que l'arbitre soit parfois aussi l'animateur au CISSS-A pourrait compliquer la tâche du PDG lorsqu'il tient ces rôles, puisqu'il doit d'une part favoriser la résolution de problèmes en stimulant la recherche de solution chez les directeurs et d'autre part tenter d'éviter les discussions s'éloignant de l'action concrète et provoquer la prise de décision au besoin. Au CISSS-B, l'arbitre, tenu par le PDG, peut se consacrer à son unique tâche. Dans les deux cas, le fait que l'arbitre soit tenu par le PDG montre que ces derniers veulent contrôler les discussions pour éviter que les directeurs ne s'éloignent des principes directeurs de l'animation de la salle de pilotage stratégique.

Un troisième rôle, celui d'animateur est, dans les deux cas, attribué à des membres du comité de direction différents puisqu'au CISSS-A, l'animation n'est que partiellement démocratisée contrairement au CISSS-B où l'animation est entièrement démocratisée à tous les directeurs. Au CISSS-A, le PDG a tenu le rôle d'animateur durant la première année de l'animation de la salle de pilotage, faisant en sorte que nos observations ne furent réalisées que durant les animations où le PDG tenait ce rôle. Par la suite, la démocratisation de l'animation fit en sorte que le PDGA et les DGA ont partagé le rôle d'animateur avec le PDG. Au CISSS-B, l'animateur change d'une animation à l'autre ce qui donne la chance à tous les directeurs de pouvoir animer la salle de pilotage stratégique.

Finalement, le rôle de gardien du sens est attribué dans les deux cas à des membres de la haute direction, soit la DQEPE membre de la haute direction au CISSS-A, ainsi que le PDGA au CISSS-B. Dans les deux cas, le rôle de gardien du sens semble être informel et encore peu compris par ceux qui l'occupent. De plus, durant les animations il pourrait s'apparenter au rôle d'arbitre, en stimulant et orientant les discussions. Toutefois, le rôle de gardien du sens semble être tenu non seulement durant les animations, mais aussi à l'extérieur de ces dernières. En effet, comme l'a mentionné la DQEPE du CISSS-A (vignette 7.3.1.2 – A, ligne 1-C), ce rôle sert aussi à réfléchir et améliorer les pratiques en lien avec la salle de pilotage stratégique.

Le Tableau 7.1 suivant résume l’attribution des rôles désignés et émergents de l’animation au CISSS-A et au CISSS-B.

Tableau 7.1 - Résumé des rôles désignés et émergents au CISSS-A et au CISSS-B

<u>Rôles</u>	<u>CISSS-A</u>	<u>CISSS-B</u>
Arbitre	PDG	PDG
Gardien du temps	Tous les directeurs du comité de direction	DAQEPE
Animateur	PDG, puis DGA et PDGA	Tous les directeurs du comité de direction
Gardien du sens	DQEPE	PDGA

À la lumière de ce tableau, nous pouvons comprendre que la haute direction ainsi que la DQEPE tiennent la majorité des rôles désignés et émergents de la salle de pilotage stratégique. Au CISSS-A, le seul rôle qui soit totalement démocratisé aux autres directeurs est celui de gardien du temps, tandis qu’au CISSS-B le rôle d’animateur est celui qui soit totalement démocratisé. Cela pourrait illustrer le contrôle de la haute direction au CISSS-A sur le rôle de l’animateur de la salle de pilotage stratégique. Les rôles les plus importants sont distribués à travers les membres de la haute direction et de la DQEPE, et le rôle de gardien du temps, qui est le moins important parmi les autres rôles désignés, est le seul pouvant être attribué aux autres directeurs du comité de direction. Cela pourrait aussi être expliqué par le désir de la haute direction de vouloir agir comme modèle pour le reste du comité de direction. En attribuant les rôles désignés et émergents importants, tels ceux d’animateur, de gardien du sens et d’arbitre, à des membres de la haute direction ou de la DQEPE, la haute direction s’assure qu’ils seront tenus selon sa vision de la salle de pilotage stratégique. Au CISSS-B, cette affirmation s’applique moins puisqu’un rôle très important dans la salle de pilotage stratégique, celui d’animateur, est démocratisé à l’ensemble des membres du comité de direction.

Dans les deux cas, il va sans dire que la haute direction et la DQEPE, en occupant des rôles importants, assurent le contrôle de l'animation et de la salle de pilotage stratégique. En effet, en tenant les rôles importants en lien avec l'utilisation de l'outil, les membres de la haute direction et la DQEPE s'assurent d'être aux premières loges des décisions qui y sont liées. Cette représentation accrue de certains directeurs au sein des rôles désignés et émergents pourrait favoriser l'utilisation de l'outil comme un système de contrôle interactif, en leur permettant de s'impliquer dans les discussions et les décisions en lien avec son utilisation et ce, de manière plus importante. Ainsi, les membres de la haute direction ainsi que la DQEPE sont très impliqués dans les discussions en lien avec l'outil – développement des dimensions, choix des indicateurs critiques, suivi des projets – leur permettant de le modifier selon leur vision, ce qui s'inscrit dans une utilisation interactive de l'outil.

7.2 Les rôles des directeurs cliniques, administratifs et de la DQEPE dans la salle de pilotage stratégique

Les directeurs des deux comités de direction étudiés dans le cadre de cette étude de cas ont des rôles s'inscrivant dans deux catégories : des rôles cliniques; des rôles administratifs. Dans la présente sous-section, nous analyserons les différences et similitudes entre les rôles et l'implication des directeurs responsables de directions cliniques et administratives puis analyserons le rôle de la DQEPE dans la salle de pilotage stratégique.

7.2.1 Les directeurs cliniques et les directeurs administratifs, des acteurs aux rôles complémentaires dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique

Les directions des établissements de santé et de services sociaux étudiés peuvent sommairement être scindés en deux groupes : les directeurs responsables de directions cliniques et les directeurs responsables de directions administratives. Nous avons regroupé, selon la nature de chacun, la majorité des postes de directeurs

siégeant sur les comités de direction des établissements étudiés dans le Tableau 7.2 suivant.

Tableau 7.2 - Titres des directeurs du comité de direction des établissements de santé et de services sociaux regroupés par type de poste

Directeurs cliniques	Directeurs administratifs
<ul style="list-style-type: none"> - Directeur des services multidisciplinaires (DSM) - Directeur des soins infirmiers (DSI) - Directeur du programme de santé mentale et dépendance (DPSMD) - Directeur des services professionnels (DSP) - Directeur des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP) - Directeur de santé publique - Directeur du programme jeunesse (DPJe) - Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) - Directeur du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) 	<ul style="list-style-type: none"> - Directeur administratif de l'enseignement universitaire et de la recherche - Directeur des ressources financières (DRF) - Directeur de la logistique - Directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) - Directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) - Directeur de services techniques (DST) - Directeur des ressources informationnelles (DRI)
Total : 9	Total :7

En raison de la nature des organisations étudiées, la majorité des directions présentes dans les établissements de santé et de services sociaux sont de nature clinique.

Cependant, afin d'assurer le bon fonctionnement des opérations cliniques il est nécessaire d'y retrouver des directions administratives, aussi appelées dans le jargon du milieu des directions de soutien. Ainsi, le comité de direction est constitué par plus de la moitié de directeurs cliniques, le reste étant des directeurs administratifs.

En raison de la nature clinique des organisations étudiées, les directeurs cliniques sont plus nombreux à être imputables des objectifs stratégiques, des grands projets organisationnels et des indicateurs de performance. Au CISSS-A, 4 des 5 A3 stratégiques affichées sur le mur 2 « actions actuelles » sont attribuées à des directeurs cliniques. Au CISSS-B, c'est 4 des 6 A3 stratégiques. Lors des animations, les directeurs cliniques sont donc plus souvent interpellés et interrogés sur l'état d'avancement des objectifs, projets et indicateurs puisque leurs directions sont porteuses des opérations servant à accomplir la mission de l'organisation, soit prodiguer des soins de qualité à la population desservie par l'établissement de santé et de services sociaux.

Nous avons recensé les interventions des directeurs cliniques et administratifs des deux établissements durant les animations observées au cours de l'étude dans le Tableau 7.3.

Tableau 7.3 - Nombre moyen d'interventions faites par des directeurs cliniques et administratifs durant les animations observées au CISSS-A et au CISSS-B (excluant l'animateur, le PDG et le PDGA)

	CISSS-A	CISSS-B
Nombre moyen ²⁵ d'interventions faites par des directeurs cliniques	12 / 16 (75%)	11 / 18 (61%)
Nombre moyen ²⁶ d'interventions faites par des directeurs administratifs	4 / 16 (25%)	7 / 18 (39%)

²⁵ Chiffre approximatif calculé à partir des données des animations observées

²⁶ Idem 25

Durant les animations de la salle de pilotage stratégique au CISSS-A, en excluant les interventions faites par l'animateur et la haute direction, plus de 75% des interventions notées sont faites par des directeurs cliniques, ce chiffre diminuant à 25% pour les interventions faites par des directeurs administratifs. Au CISSS-B, c'est plus de 61% pour les directeurs cliniques contre 39% pour les directeurs administratifs. Cette différence dans le nombre d'interventions faites par les deux catégories de directeurs montre l'importante contribution de ceux chapeautant des directions cliniques dans les discussions autour des enjeux organisationnels des deux établissements de santé et de services sociaux. Toutefois, nous croyons important d'analyser, en plus de la fréquence, la nature des contributions faites par les deux catégories de directeurs.

La prochaine vignette 7.2.1 – A illustre une situation durant une animation où des directeurs cliniques et administratifs sont intervenus afin d'apporter des éléments d'information complémentaires à l'analyse de l'enjeu discuté.

Vignette 7.2.1 – A. Situation au CISSS-B durant laquelle un directeur clinique et un directeur administratif sont intervenus dans l'analyse d'un enjeu

***Observation du 22 août 2017**

Animation du mur 3 « indicateurs de performance » et du mur 4 « réponse-action », l'animateur est rendu à l'indicateur sur le nombre d'enfants en attente d'être pris en charge par la DPJ

- **1.Directeur clinique (animateur)** : commente l'indicateur sur le nombre de jeunes en attente de prise en charge par le DPJ
 - o A.« on voit que le nombre de jeunes en attente augmente »
- **2.PDG** : commente l'indicateur
 - o A. demande comment va le dossier, ce qui se passe sur le terrain
- **3.Directeur clinique** : ajoute une information pour l'analyse de solutions
 - o A.mentionne qu'il y a un enjeu au niveau du recrutement, les intervenants et autres employés qui partent en vacances ne sont pas remplacés ce qui créer des manques au niveau du personnel
- **4.DRHCAJ** : commente ce que le directeur clinique vient de mentionner
 - o A.mentionne qu'il y a des efforts pour combler les postes à l'interne, comprend que ce n'est pas assez et qu'il va falloir engager plus pour éviter des manques de personnels sur de courtes périodes
- **5.PDG** : répond aux directeurs
 - o A.mentionne qu'il peut y avoir une partie de l'argent du MSSS de dédiée

pour combler les remplacements de vacances

- **6. Directeur clinique (animateur)** : inscrit l'information sur le mur 4

Dans la vignette ci-haut, le directeur clinique et le directeur administratif (DRHCAJ) interviennent tous deux afin d'amener des informations supplémentaires qu'ils jugent pertinentes dans l'analyse de l'enjeu évoqué, le nombre d'enfants attendant d'être pris en charge par le DPJ. Le directeur clinique mentionne que les remplacements des intervenants et autres employés durant les vacances ne sont pas tous faits ce qui pourrait augmenter les délais dans le traitement des dossiers. Le directeur administratif en charge du recrutement, le DRHCAJ, intervient ensuite et mentionne qu'il comprend l'enjeu et acquiesce que de plus grands efforts à ce niveau seront nécessaires. Les interventions complémentaires de ces deux directeurs aident ainsi les membres du comité de direction à comprendre l'enjeu et ainsi analyser des solutions plus adaptées à la réalité du département. Ce genre d'intervention fut observé à plusieurs reprises et montre la complémentarité des interventions des directeurs cliniques et administratifs. Les directeurs cliniques, de par leurs connaissances cliniques et donc au cœur des opérations de l'établissement, amènent le plus souvent des informations aidant le comité de direction à comprendre l'enjeu ou la situation selon les différents professionnels de la santé, tels les infirmières et les médecins. Pour leur part, les directeurs administratifs, sauf dans le cas où la discussion porte sur un des indicateurs dont ils sont imputables, vont plus souvent amener des informations aidant à comprendre les contraintes administratives pouvant affecter la performance des indicateurs ou l'avancement des projets. Ils contribuent aussi à la recherche de plan d'action en amenant des idées de solutions administratives et éclairent les directeurs cliniques sur la faisabilité administrative de leurs solutions. La directrice de la DQEPE du CISSS-A a mentionné à cet effet en entrevue (novembre 2017) qu'un des directeurs les plus interpellés durant les animations de la salle de pilotage est le DRHCAJ en raison de son rôle chapeautant la main-d'œuvre de l'établissement: « il est dans à peu près tous les dossiers, la direction des ressources humaines est dans tous les dossiers, donc c'est sûr qu'il va être souvent interpellé ». Les directeurs administratifs sont donc importants dans la résolution d'enjeux cliniques en raison de leur rôle de soutien aux opérations. Les deux catégories de

directeurs agissent ainsi de manière complémentaire durant l'animation de la salle de pilotage stratégique.

7.2.2 La DQEPE

La DQEPE est la direction responsable, entre autres, de l'implantation de la salle de pilotage stratégique au CISSS-A et au CISSS-B. Dans les deux établissements, ce sont les membres de la DQEPE qui mettent à jour les informations dans la salle de pilotage stratégique et qui aident à la préparation des animations avec l'animateur. Ainsi, ils connaissent les détails de l'état d'avancement des grands chantiers stratégiques de l'organisation tels les projets et les indicateurs de performance.

Durant les animations, les membres de la DQEPE présents sont le directeur de la DQEPE et le DAQEPE ou en son absence le conseiller cadre à la DQEPE. En raison de leur implication dans l'implantation et la mise à jour de la salle de pilotage stratégique, ils sont des acteurs importants durant l'animation, sa préparation et son suivi. Les directeurs de la DQEPE des deux établissements de santé étudiés ont des rôles formels similaires dans l'animation de la salle de pilotage stratégique : elles sont responsables de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique organisationnelle. Les deux sous-sections suivantes analyseront les rôles de la DQEPE dans les deux établissements de santé et de services sociaux étudiés.

7.2.2.1 Le rôle de la DQEPE au CISSS-A – la gardienne du sens

La vignette suivante illustre une situation durant laquelle les membres de la DQEPE du CISSS-A ont soulevé des informations pertinentes à l'analyse d'indicateurs de performance critiques.

Vignette 7.2.2.1 – A. Situation lors d'une observation au CISSS-A durant laquelle des membres de la DQEPE sont intervenus

***Observation du 15 juin 2017**

- **1.PDG** : discute du plan d'action en lien avec l'indicateur sur les NSA
 - o A.« On avait dit qu'on se donnait comme cible 5% de NSA à l'hôpital en

- B.mentionne qu'il y a eu un grand travail de coordination entre les employés pour arriver à ce nombre
- **2.Conseiller cadre à la DQEPE** : présente un graphique avec les données antérieures sur le nombre de NSA
 - A.« on est aujourd'hui à 24 ce qui donne 10% de NSA, mais l'été passé on était à 50-60 patients NSA »
 - B.mentionne qu'il faut redoubler d'efforts pour que le nombre de patients NSA n'augmente pas durant l'été
- **3.DSI** : ajoute une information
 - A.« La durée de séjour moyenne des patients NSA a chuté » mentionne que malgré la diminution des NSA il faut vraiment suivre cet indicateur au quotidien pour éviter qu'il ne remonte
- **4.PDG** : fait le suivi et passe au prochain indicateur
 - A.En parlant des NSA - « cet objectif est en progression, on continue de le suivre »
 - B.passe au prochain indicateur qui concerne l'accès aux services psychosociaux, il y a une diminution de l'accès surtout dans les CLSC
 - C.« on avait dit qu'on ferait un suivi en avril, qu'en est-il à ce sujet ? »
- **5.DPJe** : commente ce que le PDG vient de discuter
 - A.mentionne qu'il y a une analyse de la situation en court, mais qu'elle est complexe
- **6.DQEPE** : mentionne une information au sujet de l'indicateur
 - A.« C'est un indicateur complexe, même le MSSS a de la difficulté à le saisir, il va falloir voir où il y avait le plus de problématiques, où on ne respecte pas la cible de 30 jours de délais, les secteurs les plus en difficulté »
- **7.PDG** : ajoute une information et conclut
 - A.« Il faut se préoccuper de l'intervention en première ligne »

Dans cette vignette, deux indicateurs sont discutés et analysés par le comité de direction. Lors de l'analyse du premier (lignes 1 à 4-A), le PDG qui est l'animateur mentionne que les données sont positives et que la cible est presque atteinte. Le conseiller cadre à la DQEPE ajoute par la suite une information importante en se fiant au graphique en lien avec l'indicateur. Le DSI, qui est imputable en grande partie de cet indicateur, renchérit sur ce que le conseiller cadre à la DQEPE vient de mentionner en ajoutant une information. Dans ce premier cas de l'analyse du premier indicateur, le conseiller cadre amène une information clinique en se fiant sur les données antérieures en lien avec l'indicateur discuté, ce qui permet au DSI, un directeur clinique, de confirmer ce que le conseiller cadre à la DQEPE vient de mentionner. Puisqu'il a participé à la mise à jour des indicateurs, il connaît les

données indiquées dans le détail et arrive à faire des comparaisons avec les données des autres périodes. Ensuite, le PDG commente les résultats du second indicateur sur l'accès aux services psychosociaux (ligne 4-B). Le DPJ mentionne alors la complexité de l'analyse en cours. La DQEPE intervient alors afin d'apporter plus d'éléments à l'enjeu en mentionnant que la complexité de l'indicateur nécessite une analyse plus profonde de la situation afin d'identifier les obstacles à l'atteinte de la cible. Dans ce deuxième cas, la DQEPE, qui est aussi membre de la haute direction, connaît les indicateurs et leur complexité et intervient pour réaffirmer le besoin d'identifier les obstacles empêchant les équipes d'atteindre leurs objectifs. Par son rôle de DQEPE, mais aussi son rôle au sein de la haute direction, elle connaît de près l'avancement des enjeux organisationnels stratégiques ce qui lui permet de s'impliquer dans la résolution de problème en rappelant aux membres du comité de direction les étapes à entreprendre afin de résoudre un enjeu et en apportant des éléments importants telle la complexité de l'indicateur étudié.

Le fait que la DQEPE est aussi un membre de la haute direction de l'établissement peut expliquer son implication marquée dans les différents enjeux stratégiques de l'organisation. En plus de suivre de près l'état d'avancement des projets et des indicateurs de performance par son rôle de DQEPE, elle chapeaute d'autres directions de l'établissement dans son rôle à la haute direction. Lors de la préparation de l'animation de la salle de pilotage, elle peut ainsi soulever des enjeux discutés lors de rencontres avec les membres de la haute direction et décider de les aborder avec le comité de direction durant l'animation. Nous avons vu cette situation à la section 6.1.2.1 lors de la situation de l'indicateur du taux d'infections nosocomiales. En effet, c'est la DQEPE, aussi membre de la haute direction, qui a décidé que cet indicateur alors absent des indicateurs suivis en salle de pilotage stratégique devait être discuté et suivi durant les animations. Malgré qu'elle représente une direction administrative, elle a tout de même influencé l'ajout d'un indicateur dont le responsable est un directeur clinique (le DSI). Ainsi, son rôle au sein de la haute direction lui a permis d'influencer directement le contenu du mur 3 « indicateurs de performance » en ajoutant un indicateur à ceux qui étaient alors suivis.

La direction de la DQEPE au CISSS-A est aussi impliquée dans la préparation des animations de la salle de pilotage. Les notes brutes d'entrevues avec la DQEPE, la PDGA et le PDG du CISSS-A suivantes illustrent son rôle dans la phase de préparation.

Notes brutes 7.2.2.1 – A : Notes d'entrevues avec la DQEPE, la PDGA et le PDG du CISSS-A

1.DQEPE 2 (novembre 2017) :

- A.« une A3 nouvelle ou qui a été modifiée, on va demander au directeur de se préparer pour la présenter. Même chose pour la question des indicateurs, on va s'assurer que si on identifie un indicateur critique on a avisé d'avance les directeurs pour qu'ils sachent que ça risque d'être nommé comme étant un indicateur sur lequel on va regarder quels sont les obstacles. »

2.PDGA (avril 2017)

- A.« Mais ce qu'on fait, quand même, pour ne pas mettre personne mal à l'aise là-dedans, c'est qu'on prépare toujours la rencontre de la salle de pilotage et puis les indicateurs critiques on les identifie avant, mais on va aviser les directeurs concernés qu'on va en discuter. »
- B.« Se préparer, ce n'est pas dans le sens de préparer une défense, c'est dans le sens d'aller chercher l'information à jour sur les enjeux parce qu'il faut bien voir que chacun des directeurs a des immenses directions aussi, ça fait qu'ils ne maîtrisent pas tout le détail de ce qu'il se passe au sein de leur direction. »

3.PDG (mars 2017)

- A.« c'est l'équipe [de la DQEPE] qui va informer les directeurs [que leurs indicateurs seront discutés]. [...] les gens se préparent. C'est beaucoup plus positif »

Dans les notes brutes ci-haut, nous comprenons qu'une tâche importante de la DQEPE au CISSS-A quant à la préparation de la salle de pilotage stratégique est d'aviser les directeurs que leurs indicateurs seront discutés afin qu'ils se préparent et récoltent les informations nécessaires à l'analyse de leurs enjeux. Comme le mentionne la DQEPE (ligne 1-A) et la PDGA (ligne 2-A) et le PDG (ligne 3-A), une fois les indicateurs critiques identifiés comme étant à discuter durant l'animation, les membres de la DQEPE informent les directeurs concernés afin que ces derniers se préparent, c'est-à-dire qu'ils vont chercher les informations nécessaires à la

compréhension et à la résolution de l'enjeu par les membres du comité de direction. À ce sujet, la PDGA (ligne 2-B) argumente que la haute direction comprend que les directeurs du comité de direction n'ont pas toujours toutes les informations à jour à portée de la main, et que cette tâche demande de la préparation afin de pouvoir agir selon une logique de résolution de problème plutôt que de tenter de justifier les écarts aux cibles. La DQEPE tient ainsi un rôle que nous pourrions comparer à un « gardien du sens ». Il s'assure que les directeurs soient préparés à intervenir durant les animations de la salle de pilotage stratégique afin d'analyser les situations, d'identifier les obstacles auxquels ils font face et de trouver des solutions. La préparation est ainsi une façon d'éviter de surprendre les directeurs avec des questions auxquelles ils n'ont pas les réponses ou les informations nécessaires à la recherche de solution.

7.2.2.2. Le rôle de la DQEPE au CISSS-B : la gardienne de la méthodologie

La vignette suivante illustre une situation durant laquelle le DAQEPE du CISSS-B a soulevé des informations pertinentes à la compréhension de deux projets stratégiques discutés.

Vignette 7.2.2.2 – A : Situation lors d'une observation au CISSS-B durant laquelle des membres de la DQEPE sont intervenus

***Observation du 27 juin 2017**

*Le DI-TSA-DP est l'animateur de la séance et la discussion concerne le projet de la première ligne et le projet Optilab (projet de réorganisation des laboratoires de biologie médicale²⁷)

- **1. DI-TSA-DP** : regarde le prochain projet
 - A. première ligne, devrait passer de 66 jours à 7 jours pour que le patient ressente une *plus-value* à l'intervention (que le dossier est réellement pris en charge), « mais tout ce temps on informait peu l'utilisateur des actions entreprises »
- **2. PDG** : « Est-ce que ç'a été présenté au MSSS? Si oui dans quel contexte? »
- **3. PDGA** : répond au PDG
 - A. « le MSSS savait qu'on travaillait sur les trajectoires, il a demandé de

²⁷ <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/optilab/>

venir voir » pour discuter des projets du CISSB, donc le MSSS voulait voir où ils en étaient et ils ont été épatés car le CISSB est plus avancé qu'eux

- **4.DAQEPE** : ajoute une information
 - A.précise qu'il y a eu du travail d'harmonisation des mécanismes de référence afin de séparer le traitement administratif de la demande et l'intervention clinique
- **5.DI-TSA-DP** : conclut et passe au prochain projet stratégique
 - A.« qu'en est-il avec Optilab? »
- **6.DAQEPE** : répond au DI-TSA-DP
 - A.informe les directeurs que l'établissement a fait l'acquisition d'un logiciel pour simuler les opérations et prévoir les goulots d'étranglements, le logiciel va aider à mettre en place des mesures qui peuvent d'abord être simulées
- **7.PDG** : répond au DQEPE
 - A.« est-ce que ça va pouvoir être tous les laboratoires » d'un département ?
- **8.DAQEPE** : répond au PDG
 - A.précise qu'ils vont devoir choisir des unités modèles avant d'entamer le projet
- **9.DI-TSA-DP** : conclut et continue l'animation

Dans cette vignette, l'animateur de la séance, le DI-TSA-DP, discute d'abord du projet d'harmonisation des guichets de la première ligne (lignes 1-A à 4-A). Le PDG intervient ensuite et le PDGA répond. Le DAQEPE, présent dans la salle, intervient pour fournir aux directeurs une information pertinente sur le travail fait en lien avec le projet. Par la suite, l'animateur – le DI-TSA-DP – continue l'animation en questionnant l'état d'avancement du projet Optilab (ligne 5-A). Le DAQEPE, alors au fait de l'avancement de ce projet, répond en ajoutant une information technique soit l'acquisition et l'utilisation d'un logiciel de simulation des activités (lignes 6-A et 9-A). Dans cette situation, le DAQEPE intervient afin de mentionner des informations importantes sur les projets discutés. Sa connaissance des procédés et des données relatives aux projets et aux indicateurs de performance suivis dans la salle de pilotage stratégique fait en sorte qu'il peut intervenir afin de spécifier certaines informations sur la manière dont les projets sont implantés et suivis. Il amène ainsi des informations techniques aidant les membres du comité de direction à comprendre comment leurs actions cliniques ou administratives s'inscrivent dans les projets stratégiques afin que ces derniers planifient leurs activités en conséquence.

La DQEPE du CISSS-B est aussi responsable de la préparation de la salle de pilotage stratégique, comme au CISSS-A. Les notes brutes d'entrevues suivantes illustrent le rôle de la DQEPE dans la préparation des animations de la salle de pilotage.

Notes brutes 7.2.2.2 – A : Notes d'entrevues en lien avec le rôle de la DQEPE dans la préparation des animations de la salle de pilotage stratégique au CISSS-B

1.DQEPE 1 (mai 2017)

- A.« le mur 3 est en PDF et ils le reçoivent, ça fait que tout le monde connaît ce qui est affiché sur le mur avant le comité de direction. »
- B.« les directeurs qui n'animent pas ont quatre jours pour lire leur document et le directeur qui anime, lui, il est formé le vendredi. »
- C.« Le DAQEPE fait le tour des murs et ils [le DAQEPE et l'animateur] sont dans la vraie salle avec les vraies données, ça fait que, tu sais, ils peuvent déjà préparer leurs questions à l'animation. »
- D.« je trouve qu'on n'applique pas assez le guide d'animation comme il devrait l'être. « Bon, le projet chantier prioritaire première ligne. Les dernières étapes priorisées, c'est lesquelles? Qu'est-ce qui s'en vient? Qu'est-ce qui va bien, qu'est-ce qui va moins bien? ». »
- E.« Le DAQEPE et son équipe sont super dynamiques, ils l'améliorent [la salle de pilotage stratégique] à chaque fois, ils changent quelque chose pratiquement à chaque fois.
- F.« C'est ma direction qui soutient les directions pour l'implanter [la salle de pilotage stratégique], mais on nous a implantés aussi. Je me suis dit : « je n'ai jamais été tant au courant de ce qu'il se passe dans la direction, des jalons qu'on s'est donnés ». Je me suis questionnée : « Une direction de la qualité, de la performance, d'éthique, d'évaluation, ça se donne quoi comme indicateur de veille de performance? ».

2.DQEPE 2 (décembre 2017)

- A.« au début c'était comme : « Bon, bien, le A3 est-il complété? ». On mesurait l'état de complétion du A3, je me disais : « Bien voyons, ça ne marche pas, cette affaire-là ». Après ça, on se répétait tout le temps c'était quoi ce projet-là. À un moment donné, ça a comme « changé d'angle » ».
- B.« on avait des problèmes avec le mur 3, c'est réglé, le mur 4, c'est réglé, il nous reste les trajectoires. »

3.DAQEPE (décembre 2017)

- A. « La question en arrière de ça c'était : « Bien, c'est quoi qui est rattaché à ça? On fait quoi? ». Tu sais, cet objet prioritaire là, c'est quoi nos grandes actions? »
- B.« quand je forme les directeurs, je dis : « Pour ton mur des A3, voici l'angle sur lequel tu dois apporter [les informations] ». Et ça fait deux ou trois animations que ça se passe bien. »

Les notes brutes présentées dans l'encadré ci-haut illustrent l'importance de la préparation à l'animation et l'amélioration de la salle de pilotage stratégique pour la DQEPE. Durant la première entrevue avec le DQEPE, ce dernier nous a expliqué comment sa direction était impliquée dans la préparation de l'animation de la salle de pilotage stratégique (lignes 1 A à E). Selon ces informations, le rôle des membres de la DQEPE consiste, entre autres, à préparer la salle ainsi que l'animateur de la prochaine séance. Durant la seconde entrevue avec le DQEPE et le DAQEPE, ces derniers ont mentionné quelques défis auxquels ils ont fait face en tant que direction, comme l'amélioration des murs 3 et 4 (ligne 2-B) et la formation des directeurs à l'animation des A3 stratégiques (ligne 3-B).

À travers ces lignes, nous pouvons comprendre que la DQEPE du CISSS-B accorde une importance accrue à la méthodologie derrière l'animation de la salle de pilotage. Ses membres sont préoccupés par des enjeux qui ont trait à l'utilisation, sous un angle méthodologique, de la salle de pilotage stratégique : comment appliquer le guide d'animation (ligne 1-D); quels sont les indicateurs de performance adéquats pour la direction (ligne 2-A); comment utiliser les murs 3 et 4 (ligne 2-B); quelles sont les actions rattachées aux objectifs prioritaires (ligne 3-A). Par ses préoccupations entourant la méthodologie derrière la préparation et l'animation, nous avançons que le rôle de la DQEPE au CISSS-B s'apparente à celui d'un « gardien de la méthodologie » de la salle de pilotage stratégique.

7.2.3 Synthèse et analyse des rôles et de l'implication des directeurs cliniques, administratifs et de la DQEPE dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique

Les rôles et l'implication des directeurs cliniques et administratifs dans l'animation de la salle de pilotage stratégique illustrent la nature et la mission clinique des établissements étudiés. En effet, les activités principales du CISSS-A et du CISSS-B étant de niveau médical et social, les objectifs organisationnels s'inscrivent en grande majorité dans les activités cliniques donnant parallèlement plus de pouvoir aux

instances cliniques de l'organisation, tels les directeurs cliniques. Ces derniers sont imputables de la majorité des grands dossiers stratégiques de leur organisation, faisant en sorte qu'ils ont un plus grand contrôle sur l'organisation que leurs collègues à la tête de directions administratives. La complémentarité dans la nature des postes des directeurs favorise ainsi un contrôle des croyances en mettant l'accent sur les enjeux cliniques de l'organisation, au cœur de sa mission, et donc d'abord sur les activités cliniques.

Durant les animations, les directeurs cliniques interviennent ou sont interpellés afin d'amener plus d'éléments d'informations cliniques sur une situation donnée ou des idées de solutions à un problème discuté. En orientant le discours du comité de direction sur les objectifs et opérations cliniques de l'organisation, les directeurs cliniques favorisent un contrôle des croyances dans l'animation de la salle de pilotage stratégique. Ce levier est mis en œuvre dans les communications ayant trait aux valeurs organisationnelles afin d'aligner les actions à la vision – soit prodiguer des soins à la population desservie. La discussion autour des enjeux ayant trait aux activités cliniques favorise l'engagement des différentes parties prenantes envers les enjeux organisationnels. Leur rôle encourage ainsi la création de valeurs pour les patients de l'organisation en cherchant les solutions qui leur seront favorables, ce qui s'inscrit dans le levier de contrôle des croyances. Pour leur part, les directeurs administratifs communiquent plus souvent des éléments informant des contraintes administratives à prendre en compte lors de la recherche de solution aux enjeux, ou amènent des éléments d'information supplémentaires à la résolution d'un problème. Le rôle et l'implication des directeurs administratifs dans l'animation de la salle de pilotage soutiennent ainsi le contrôle des contraintes en communiquant les limites opérationnelles et administratives à l'intérieur desquelles les directeurs cliniques peuvent élaborer leurs activités. Ce rôle des directeurs administratif s'inscrit ainsi dans une utilisation de la salle de pilotage stratégique comme un système de contraintes. Les directeurs administratifs, par leur travail, épaulent les opérations et donc les directeurs cliniques, délimitant le domaine à l'intérieur duquel la recherche de solution peut être réalisée par les divers acteurs de l'organisation.

La présence simultanée de systèmes favorisant le contrôle des croyances et des contraintes engendre, selon Simons (1995), une tension positive qui facilite l'engagement des différentes parties prenantes et augmente leur contribution individuelle et en équipe. D'un côté, les directeurs cliniques, imputables des activités cliniques de l'organisation, alignent les comportements, les croyances et l'engagement de leurs collègues avec les valeurs et la mission de l'organisation : prodiguer des soins de qualité aux patients. D'un autre côté, les directeurs administratifs alignent leurs efforts en fonction des limites opérationnelles des directions qu'ils chapeautent, tels les budgets et la main-d'œuvre disponible, afin de répondre aux demandes organisationnelles, majoritairement cliniques. Ces efforts conjoints et complémentaires contribuent à engager les directeurs envers les objectifs stratégiques puisque chacun soutient, selon sa fonction, la saine gestion stratégique de l'organisation.

Parmi les directions administratives des organisations étudiées, la DQEPE en est une jouant un rôle crucial quant au fonctionnement de la salle de pilotage stratégique. Toutefois, le rôle que tient cette direction peut influencer la manière dont l'outil est utilisé à des fins de contrôle. Au CISSS-A, la DQEPE favorise un contrôle interactif en intervenant activement dans les activités en lien avec la salle de pilotage des membres du comité de direction. Nous avons été témoin d'une situation illustrant ce constat lorsque la DQEPE a choisi d'ajouter l'indicateur de performance sur le taux d'infections nosocomiales au mur 3 – indicateurs de performances - de la salle de pilotage stratégique. Le double rôle de la directrice de la DQEPE peut aussi être un facteur expliquant la manière dont les membres de la DQEPE s'impliquent dans la salle de pilotage stratégique. En effet, puisque la directrice de la DQEPE occupe aussi un rôle au sein de la haute direction de l'établissement, son influence et son contrôle sur le contenu de la salle de pilotage stratégique peuvent être plus importants. De plus, comme mentionné, cette dernière veut « éviter les surprises » durant l'animation en avisant les directeurs afin qu'ils se préparent. La préparation a alors pour but d'éviter que les directeurs soient défensifs durant l'animation, et donc qu'ils

participent ouvertement à la résolution de problèmes. Au CISSS-B, la DQEPE exerce un grand contrôle sur la méthodologie derrière la salle de pilotage stratégique de l'établissement. En effet, par son implication accrue dans la préparation des animateurs aux animations et dans l'amélioration de la présentation et du contenu des dimensions, elle favorise l'utilisation de la salle de pilotage comme système de contrôle diagnostique. Par sa grande connaissance des procédés derrière les indicateurs de performance et les données organisationnelles, la DQEPE aide les directeurs à canaliser leur attention sur les indicateurs critiques de performance. Cependant, contrairement à la DQEPE du CISSS-A, celle du CISSS-B n'intervient pas dans les décisions des autres directeurs. Elle apporte plutôt des éléments techniques d'informations utiles aux autres directeurs lorsque vient le temps d'analyser des problèmes et établir les plans d'action.

7.3 L'influence du leadership du PDG sur l'utilisation de la salle de pilotage stratégique

Le type de leadership du PDG est une variable importante dans l'analyse de l'utilisation de la salle de pilotage en tant que système de contrôle puisque ce dernier est porteur de l'outil et chapeaute ses utilisateurs, soient les membres du comité de direction. La prochaine sous-section analyse le leadership des PDG des deux établissements étudiés. Nous débuterons par l'analyse des données qui ont trait au rôle des PDG de chacun des établissements et terminerons par l'analyse du leadership du PDG en lien avec l'utilisation de la salle de pilotage stratégique.

7.3.1 Le rôle du PDG du CISSS-A dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique – le modèle

<u>Notes brutes 7.3.1 – A. Notes d'entrevues et d'observations au CISSS-A ayant trait au rôle du PDG dans les animations</u>

Notes d'entrevues avec les directeurs du CISSS-A 1.PDG (mars 2017)

- A.« Mes assises comme gestionnaire sont affichées dans la salle stratégique : mission, vision, valeurs, plan stratégique, et le cadre de performance qualité.»
- B.« Dans notre salle de pilotage, on se lève debout. Pour moi, c'était très important, le comportement. On est ensemble, on fait le tour des différents murs. »
- C.« Il ne faut pas oublier qu'on ne fait pas tout ça pour faire plaisir au ministre. On fait ça parce qu'on a obligation de rendre des services accessibles, continus et de qualité à notre population. Alors c'est très, très important que les gens qui manœuvrent dans la salle, qui la préparent, soient « mindés » qualité performance. »
- D.« J'aime ça avoir des idées assez précises au niveau de l'opérationnel [...] Pour moi, les opérations, c'est quelque chose qui m'intéresse. »

2.DQEPE 2 (novembre 2017)

- A.« C'est un leadership axé sur les résultats, donc il va être soucieux qu'on améliore notre performance, donc on est vraiment dans l'idée de l'amélioration, ce pour quoi l'animation est là. Il est soucieux que les gens arrivent préparés, donc de ne pas coincer les gens avec des choses par surprise. »
- B.« C'est un leadership où il est soucieux d'amener des transformations dans la façon de pratiquer des directeurs du comité de direction avec un rythme, je dirais, soutenu, mais respectueux. Il ne sautera pas d'étapes, on va y aller graduellement, donc on ne change pas toutes les façons de faire d'un coup. Donc, très soucieux d'où on est rendu et on avance positivement d'une façon très graduelle. »

3.DRHCAJ (décembre 2017)

- A.« Je considère que j'ai la possibilité d'exprimer les défis, enjeux, problèmes reliés aux dossiers qui me concernent. [...] Je pense qu'il a mis beaucoup d'énergie pour s'approprier le modèle puis essayer de la faire. Quand on se compare à d'autres établissements, on est quand même très avancé dans l'implantation de la gestion visuelle, donc moi je pense qu'on est bien positionné, c'est lui qui a porté ça, notamment en ayant visité ThedaCare, donc je pense que c'est un modèle auquel il croit et ça paraît. »

4.DSP 2 (décembre 2017)

- A.« Je trouve que c'est très intéressant, l'animation et il gère assez bien le temps. Il nous ramène quand le propos n'est pas parfait et on peut parler, il n'y a pas de problèmes à parler. »

Observation du 26 janvier 2017

**La discussion est au sujet de l'indicateur du nombre de patients NSA qui présente de bons résultats, mais qui doit tout de même être suivi de près car le MSSS veut des résultats concluants bientôt*

- **5.PDG** : regarde l'indicateur des NSA sur le mur 3
 - o A.souligne que le nombre de NSA a grandement diminué depuis les dernières périodes, demande aux directeurs imputables les actions entreprises et à continuer pour que le nombre n'augmente pas
- **6.Directrice clinique** : répond au PDG

- A.explique pourquoi ce chiffre a diminué depuis les dernières périodes, comment ils ont fait comme actions et ce que ça a eu comme impact sur l'indicateur, mentionne que la diminution de NSA va avoir comme impact sur les autres indicateurs « ça va faire diminuer les autres indicateurs connexes ».
- **7.PDG** : ajoute de l'information à ce que la directrice vient de dire
 - A.rappelle que le nombre de NSA est un enjeu stratégique, que le ministre en a encore parlé donc qu'il y a une pression importante pour réduire le nombre de NSA, que « l'objectif ultime est de 5% de la clientèle », en ce moment autour de 10% de la clientèle sont des patients NSA
 - B.« il faut mettre les clients au cœur de nos décisions, il faut le faire pour eux », rappelle que derrière l'indicateur il y a des patients qui attendent des soins adaptés
- **8.PDGA** : questionne les directeurs
 - A.demande si c'est réalisable d'atteindre 5% de NSA
 - B.les directeurs sont positifs (répondent chacun leur tour positivement)
- **9.PDG** : ramène la discussion sur le plan d'action
 - A.« il faut ramener un objectif à plus court terme, dans un mois combien de NSA? Il faut atteindre 5% dans un mois » ce qui équivaut à une diminution de moitié
 - B.le PDG rappelle qu'il y a une rencontre avec le ministère donc il veut un chiffre à donner au ministère
 - C.il sait que les directeurs font des efforts, mais veut juste avoir un chiffre pour dans un mois, inscrit l'échéancier sur le mur « réponse-action »

***Notes supplémentaires recueillies durant plusieurs animations et en lien avec le leadership du PDG**

- **10.**Le PDG laisse parler les directeurs quand l'enjeu les concerne, le PDG intervient surtout pour le résultat attendu et pour l'échéancier
- **11.**Tout le monde peut donner son opinion et intervenir, le PDG fait les retours sur les grandes lignes, amène l'équipe à avancer dans la réflexion et l'analyse des enjeux, fait ressortir les points importants et revient sur les objectifs du ministère et sur la pression que le ministère fait sur le CISSS-A

Dans l'encadré des notes brutes ci-haut, plusieurs informations illustrent comment le style de gestion du PDG du CISSS-A influence l'utilisation de la salle de pilotage stratégique. Durant les animations, le PDG agit avant tout comme un *modèle* auprès des membres du comité de direction. D'abord, il adopte un rôle de modèle stratégique en accordant une grande importance à la vision stratégique de l'organisation et en s'en rendant imputable. Dans l'entrevue conduite avec le PDG (lignes 1-A à D), ce dernier mentionne l'importance qu'il alloue à la vision stratégique organisationnelle dans la salle de pilotage stratégique. En effet, il mentionne que sur le mur 1 sont

affichées ses « assises comme gestionnaire » (ligne 1-A), signifiant que ce qui y est affiché correspond à sa propre vision stratégique de l'organisation. Il réaffirme l'importance d'une vision stratégique cohérente lorsqu'il cite la mission de l'établissement : « On fait ça parce qu'on a obligation de rendre des services accessibles, continus et de qualité à notre population » (ligne 1-C). Durant l'animation du 26 janvier 2017 (lignes 5-A à 9-C), il prit le temps de réaffirmer l'importance de considérer les patients dans les décisions et dans les mesures mises en place afin d'atteindre les objectifs. En effet, en rappelant que le comité de direction travaille « pour les clients au cœur de nos décisions », il réaffirme l'importance de garder en tête la mission de l'organisation lors des animations (ligne 7-B). La cohérence entre la vision du PDG et la mission de l'organisation favorise l'alignement des actions stratégiques des membres du comité de direction avec la stratégie de l'établissement.

Ensuite, durant les animations le PDG adopte un rôle de *modèle* au niveau des bonnes pratiques de gestion. Les entrevues avec les directeurs font ressortir trois perceptions qu'ils ont en lien avec le style de gestion du PDG: l'importance qu'il accorde aux résultats; son ouverture aux opinions des directeurs; l'importance qu'il accorde à l'amélioration incrémentale des pratiques. Ces trois caractéristiques du PDG sont illustrées dans les notes de l'observation du 26 janvier 2017 ci-haut. Dans un premier temps, le PDG démontre qu'il accorde de l'importance aux résultats en mettant l'accent de son discours sur les objectifs à atteindre et sur leur degré d'avancement. Durant les entrevues, lorsqu'on lui demanda de nous décrire le leadership du PDG, la DQEPE de l'établissement a mentionné qu'il en était un « axé sur les résultats » et que le PDG était « soucieux qu'on améliore notre performance » et « soucieux que les gens arrivent préparés » (ligne 2-A) afin de trouver des solutions réalistes aux problématiques soulevées sur le moment. Durant l'observation de l'animation du 26 janvier 2017, il rappelle aux directeurs la cible à atteindre au niveau du nombre de patients NSA et réitère l'importance pour l'établissement d'atteindre ce nombre (lignes 7-A et 9-A). Dans les notes supplémentaires au bas de l'encadré, il est aussi mentionné que le PDG « intervient surtout pour le résultat attendu et pour

l'échéancier » (ligne 10) et « revient toujours sur les objectifs du ministère et sur la pression que le ministère fait sur le CISSS-A » (ligne 11). Ces notes permettent de comprendre l'importance qu'accorde le PDG à l'atteinte des cibles stratégiques.

Dans un second temps, l'ouverture du PDG aux opinions des directeurs est un trait qui ressort dans les entrevues avec les directeurs et ayant été noté durant les observations du comité de direction. Durant les entrevues, le DRHCAJ mentionna « j'ai la possibilité d'exprimer les défis, enjeux, problèmes reliés aux dossiers qui me concernent » (ligne 3-A). Le DSP argumenta aussi dans ce sens en ajoutant qu'« il n'y a pas de problèmes à parler » (lignes 4-A). Dans les notes supplémentaires au bas de l'encadré des notes brutes 7.3.1-A, nous avons noté durant les observations que le PDG « laisse parler les directeurs quand les enjeux les concernent » (ligne 10) et que « tout le monde peut donner son opinion et intervenir » (ligne 11). À partir de ces différentes notes, nous pouvons croire que le PDG accorde de l'importance à l'opinion de ses collègues, comme il le mentionne, il favorise le travail d'équipe, « on est ensemble » (ligne 1-B). De plus, les directeurs semblent percevoir et apprécier cette ouverture de la part du PDG. Dans un troisième temps, les notes de l'encadré laissent entendre que le PDG favorise l'amélioration des pratiques de son établissement par une approche que nous pourrions qualifier d'incrémentale. En entrevue, la DQEPE mentionne que le PDG « est soucieux d'amener des transformations dans la façon de pratiquer des directeurs du comité de direction avec un rythme, je dirais, soutenu, mais respectueux. Il ne sautera pas d'étapes, on va y aller graduellement, donc on ne change pas toutes les façons de faire d'un coup. Donc, très soucieux d'où on est rendu et on avance positivement d'une façon très graduelle » (ligne 2-B). Durant l'observation du 26 janvier 2017, le PDG réitère l'importance de faire des plans d'action plus courts en mentionnant au sujet des NSA qu'« il faut ramener un objectif à plus court terme » (ligne 9-A). Par l'analyse de ces lignes, nous comprenons que durant les animations le PDG tente d'améliorer les pratiques par de petits changements plutôt que d'imposer de grands changements plus difficiles à mettre en œuvre.

7.3.2 Le rôle du PDG du CISSS-B dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique : la vigie

Notes brutes 7.3.2 – A. Notes d'entrevues et d'observations au CISSS-B ayant trait au rôle du PDG dans les animations

Notes d'entrevues avec les directeurs du CISSS-B

1.PDG (juillet 2017)

- A.« Donc, on dit à l'infirmière : « quand tu fais ta prise de sang, tu dois demander au patient deux identificateurs ». Moi, je dois m'assurer que ça se fasse en tout temps, avec chaque individu »
- B.« Mon travail c'est de faire en sorte que ces gens-là, mes directeurs, apportent des solutions. Je les connais pour la plupart pas mal toutes, les solutions »
- C.« j'ai pris l'habitude de donner mon input en dernier parce que si je donne mon input en premier, ça devient plus difficile pour un directeur. Il y a la part d'autorité et c'est cette part d'autorité qui joue au lieu de l'intelligence collective. »
- D.« Ils m'ont proposé autre chose que ce que je voulais, j'ai accepté de faire l'essai et je savais que ça n'allait pas marcher, mais bon. Ça n'a pas marché. Mais ils ont essayé. Parce que ça vient avec l'apprentissage et des fois je me dis : « Bon, bien, peut-être que ça va marcher ». Mon expérience me dit que ça ne marchera pas, mais ils m'ont proposé autre chose, donc parfait, « faites-le ». Mais je leur dis toujours : « Si ça ne marche pas, vous allez prendre ce que je veux » »
- E.« Il faut qu'ils soient aussi convaincus et qu'ils comprennent pourquoi leur solution n'a pas marché. Mais j'ai plus d'expérience qu'eux et je l'ai vécu ailleurs, mais bon, les gens ont le droit de faire leur apprentissage. Et peut-être que ça va marcher. Et je me dis : « Bon, bien on va l'essayer, peut-être que ça va marcher ». Alors, je ne suis pas fermé à l'idée d'essayer parce que peut-être que ça va marcher, mais moi je suis 90% sûre que ça ne marchera pas, mais il y a peut-être le 10%. Mais bon, là, le problème c'est que je perds deux mois. »

2.PDGA (mai 2017)

- A.« Le PDG a toujours été une personne rigoureuse qui veut s'assurer que les résultats sont là. »
- B.« c'est une personne qui est à la recherche de résultats et qui questionne les résultats qui sont non atteints là. »
- C.« [c'est une personne] d'une extrême rigueur qui est très soucieuse des résultats, très soucieuse de la qualité »

3.DQEPE 1 (mai 2017)

- A.« Ce qu'il n'aime pas c'est quand on ne fait pas ce qu'on a dit qu'on ferait »

4.DQEPE 2 (décembre 2017)

- A.« quand il est dans une animation et que tu ne connais pas l'organisation, tu ne peux même pas dire c'est qui le PDG parce qu'il est assis avec tout le monde, il pose des questions, il laisse vraiment la place à tout le monde pour

pouvoir discuter et prendre leur place. Il a été très rapide sur la démocratisation de l'animation. »

- B.« c'est un paradoxe parce qu'il est très directif, mais en même temps très participatif »
- C.« il y a des moments où est-ce qu'il se fond dans la foule et il y d'autres moments où est-ce que quand il sent qu'il y a quelqu'un qui a besoin de faire un [pas en avant], il le fait. Des fois il y a des discussions où est-ce que tout le monde discute et il participait aux discussions et à un moment donné, on dirait qu'on tourne en rond et là, il ramène [la discussion]. On dirait que ça prend une direction et il la donne.
- D.« Il est très préoccupé par le mur 3 »

5.DAQEPE (décembre 2017)

- A.« Il donne de la crédibilité à celui qui anime en avant »

Notes d'observation de l'animation du 7 mars 2017

**L'animateur désigné est un stagiaire du comité de direction*

**L'enjeu discuté est le taux de bactériémie*

- **6.Stagiaire:** commente l'indicateur
 - o A.Discute des données de l'indicateur, demande au directeur imputable s'il y a des actions devant être prises pour améliorer la situation
- **7.PDG :** intervient
 - o A.Mentionne qu'il est très préoccupé par les données, demandes aux directeurs de lui revenir avec les raisons expliquant ces taux élevés ainsi que des plans d'action détaillés
- **8.Directeur clinique :** répond au PDG
 - o A.Propose de demander aux médecins ce qui pourrait, selon eux, expliquer les données
- **9.DSP :** répond au directeur
 - o A.Mentionne que la raison peut se trouver au niveau des dialyses, propose de faire un état de la situation au prochain comité de direction
- **10.PDG :** répond aux directeurs et tente de conclure la discussion
 - o A.Demande à ce qu'au prochain comité de direction on ait toutes les informations nécessaires pour comprendre pourquoi le taux a doublé, mentionne que l'indicateur est en jaune depuis le début de l'année et que le taux augmente sans cesse, il veut qu'au prochain comité de direction les explications soient présentées même si certaines solutions sont déjà en place

***Notes supplémentaires recueillies durant les animations et en lien avec le leadership du PDG**

- **11.**Le PDG intervient souvent pour « ramener le tir » sur l'objectif, pour rediriger la discussion vers l'atteinte des cibles ou l'explication des résultats
- **12.**Laisse parler les directeurs, intervient pour les interroger sur leurs dossiers respectifs

Les données présentent dans l'encadré 7.3.2 – A illustrent l'influence du rôle du PDG du CISSS-B dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique de son établissement. Durant les animations, le PDG occupe un rôle que nous pourrions qualifier de *vigie*. Celui qui tient le rôle de *vigie* est chargé d'observer l'horizon afin de détecter les situations problématiques. Il s'assure de faire appliquer les règles, qu'il connaît très bien, et joue un rôle actif de surveillance. Dans les entrevues et les observations, cela se traduit par une préoccupation importante du PDG pour l'atteinte des résultats ainsi que pour la mise en œuvre de solutions. Ce rôle adopté consciemment par le PDG du CISSS-B prend deux formes dans les données : par son importante préoccupation pour les résultats; par sa grande connaissance des solutions possibles aux enjeux discutés.

D'abord, le PDG tient le rôle de *vigie* en étant très soucieux de l'atteinte des cibles par les directions de son établissement. Dans les entrevues avec le PDGA (lignes 2-A à 2-C) et le DQEPE (ligne 3-D), ces derniers mentionnent l'importance pour le PDG d'atteindre les résultats fixés par le comité de direction. À cet effet, ils qualifient ce dernier de « rigoureux » (ligne 2-A), « à la recherche des résultats » (ligne 2-B), « soucieux des résultats et de la qualité » (ligne 2-C) et « très préoccupé par le mur 3 » (ligne 4-D). Dans l'observation de l'animation du 7 mars 2017 (lignes 6 à 10), le PDG mentionne qu'il est préoccupé par les résultats des indicateurs de performance discutés (ligne 7-A) et demande à ce que les directeurs concernés reviennent ultérieurement avec les causes expliquant ces résultats (10-A). Le PDG du CISSS-B peut exercer son rôle et analyser les résultats lors des animations avec retrait, puisqu'il n'est que rarement l'animateur. Ainsi, il intervient tout en restant à sa place, parmi les autres directeurs du comité de direction. À cet effet, le DQEPE mentionne que « quand il est dans une animation et que tu ne connais pas l'organisation, tu ne peux même pas dire c'est qui le PDG parce qu'il est assis avec tout le monde, il pose des questions, il laisse vraiment la place à tout le monde pour pouvoir discuter et prendre leur place » (ligne 4-A). Son rôle de *vigie* se traduit ainsi par son grand intérêt pour l'atteinte des résultats fixés lors des animations du comité de direction.

Ensuite, les données des entrevues et de l'observation dans l'encadré 7.3.2 – A mettent en lumière le rôle de *vigie* adopté par le PDG dans les extraits où ce dernier mentionne connaître les solutions aux problèmes rencontrés par son comité de direction. À cet effet, il évoque que son rôle est d'apporter ou de favoriser la recherche de solutions afin de corriger les écarts aux cibles : « mon travail c'est de faire en sorte que ces gens-là, mes directeurs, apportent des solutions. Je les connais pour la plupart pas mal toutes, les solutions » (ligne 1-B). Dans cette citation, le PDG mentionne qu'il connaît les solutions pouvant aider les directeurs de son comité de direction à atteindre leurs cibles, malgré qu'il les laisse les trouver par eux-mêmes. Il attribue cette connaissance des solutions à son expérience dans le domaine de la gestion hospitalière : « mon expérience me dit que ça ne marchera pas, mais ils m'ont proposé autre chose, donc parfait, « faites-le ». Mais je leur dis toujours : « Si ça ne marche pas, vous allez prendre ce que je veux » » (ligne 1-D); « j'ai plus d'expérience qu'eux et je l'ai vécu ailleurs, mais bon, les gens ont le droit de faire leur apprentissage » (ligne 1-E). Par ces lignes, le PDG laisse entendre qu'ultimement, il connaît les solutions aux obstacles rencontrés, mais qu'il tente tout de même de stimuler leur apprentissage en laissant les directeurs expérimenter les solutions qu'ils trouvent par eux-mêmes. Dans les notes d'observation au bas de l'encadré, il est mentionné que le PDG intervient pour « questionner les résultats » ou pour « ramener le tir » (ligne 11) c'est-à-dire pour réorienter la discussion vers les solutions à mettre en place afin d'atteindre les objectifs. Il contrôle ainsi les discussions en s'assurant que l'attention des directeurs reste concentrée sur l'atteinte des résultats et la recherche de solution aux enjeux rencontrés.

Le rôle de *vigie* du PDG au CISSS-B se résume bien dans la citation du DQEPE à son sujet : « très directif, mais en même temps très participatif » (ligne 4-B). Par sa participation très active durant les animations de la salle de pilotage stratégique, il peut exercer son rôle de *vigie* en mettant de l'avant sa préoccupation pour les objectifs et la recherche de solutions qu'il juge réalistes. Il donne ainsi une direction aux discussions, sans être l'animateur désigné.

7.3.3 Synthèse et analyse de l'influence du leadership des PDG sur l'utilisation de la salle de pilotage stratégique et lien avec le contrôle

Les rôles des deux PDG analysés dans la présente section permettent de comprendre l'influence de leur leadership sur l'utilisation de la salle de pilotage stratégique par le comité de direction de leur établissement respectif.

Le PDG du CISSS-A présente un style de gestion que nous avons qualifié de *modèle* lors des animations de la salle de pilotage stratégique. En effet, la salle de pilotage stratégique semble être une prolongation de sa propre vision de l'organisation et les animations lui permettent de mettre l'accent sur ses préoccupations stratégiques, tels les résultats et l'amélioration des pratiques, tout en restant ouvert aux opinions des directeurs. En adoptant le rôle de modèle auprès de ses directeurs lors de l'animation de la salle de pilotage stratégique, il donne l'exemple à suivre et donc oriente leur perception et leur compréhension de l'utilisation de cet outil de gestion pour qu'elles soient alignées avec la sienne. En ce sens, nous avançons que par son rôle de modèle, il contrôle l'utilisation de la salle de pilotage stratégique par le comité de direction et donc, par le fait même la gestion stratégique de son établissement. Par l'animation, le PDG contrôle l'utilisation de la salle de pilotage stratégique.

Pour sa part, le PDG du CISSS-B adopte, selon nos analyses, un style de gestion que nous qualifions de *vigie* durant les animations de la salle de pilotage stratégique. Ce style de gestion est réalisé dans la grande préoccupation qu'a le PDG pour l'atteinte des résultats fixés et la recherche de solutions réalistes selon sa vision et son expérience dans les organisations de santé et service sociaux. En effet, il assiste aux animations en tant que participant plutôt qu'en tant qu'animateur, ce qui lui permet d'intervenir plus fréquemment en s'impliquant dans les divers dossiers des directeurs et ce, sans avoir à se préoccuper d'animer les dimensions adéquatement. En laissant les directeurs du comité de direction animer, il adopte un rôle de surveillance lui permettant de questionner ses pairs sur l'avancement de leurs dossiers, l'atteinte des objectifs stratégiques, la recherche et la mise en œuvre de solutions.

Dans les deux cas, les PDG sont fortement préoccupés par les résultats des indicateurs de performance. Au CISSS-A, lorsque ces derniers présentent des résultats critiques, il va s'attarder sur les actions à mettre en œuvre afin d'atteindre les cibles. De plus, le PDG passe beaucoup de temps sur l'analyse des actions entreprises par les directeurs sur le mur 4, en discutant de ces dernières au début et à la fin des animations. De ce fait, le PDG du CISSS-A favorise une approche centrée sur les processus influençant les données des indicateurs. Au CISSS-B, le PDG s'attarde plutôt sur les indicateurs et les causes derrière ceux qui présentent des résultats critiques. Il interroge les directeurs sur les résultats des indicateurs et sur leur état d'avancement et préconise l'atteinte des cibles établies. Il favorise ainsi une approche centrée sur les résultats plutôt que sur les processus.

Les deux PDG ont ainsi des approches de gestion divergentes leur permettant d'utiliser distinctivement la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle. Au CISSS-A, le style de gestion du PDG axé sur la vision et le travail d'équipe favorise une utilisation de l'outil comme système des croyances et comme système de contrôle interactif. En supportant explicitement la mission, la vision et les valeurs de l'établissement dans son rôle de *modèle*, le PDG favorise le contrôle des croyances des directeurs de son comité de direction, ces derniers devant adopter la vision stratégique de l'établissement. De plus, son ouverture aux opinions des directeurs ainsi que l'intérêt fort qu'il a pour les résultats favorise un contrôle interactif où non seulement la haute direction, mais tous les directeurs peuvent s'impliquer dans les décisions de leurs collègues. Au CISSS-B, le style de gestion du PDG axé sur les résultats et les causes derrière les résultats favorisent pour sa part une utilisation de la salle de pilotage stratégique comme système de contrôle diagnostique. Ce type de contrôle est mis en œuvre entre autres par le suivi des indicateurs critiques de performance menaçant l'implantation de la stratégie. Par son rôle de *vigie*, le PDG du CISSS-B centralise l'attention des directeurs sur ces indicateurs critiques afin d'atteindre les résultats garants de la stratégie organisationnelle. Son rôle de *vigie* favorise aussi l'utilisation de l'outil comme système de contrôle interactif. En effet, il s'implique et influence activement les différents dossiers abordés dans les animations.

Il va sans dire que le rôle adopté par le dirigeant de l'organisation, le PDG, influence ainsi la façon dont l'outil de gestion sera utilisé à des fins de contrôle par le comité de direction.

7.4 L'engagement du corps médical envers l'utilisation de la salle de pilotage stratégique

Les médecins sont des acteurs importants dans la gestion stratégique des organisations de santé et de services sociaux. En effet, selon Levine (2015), le pouvoir dans ce type d'organisation est partagé entre trois instances : le CA; le PDG; les médecins. Ces travailleurs de la santé étant parties prenantes des décisions stratégiques, leur engagement est ainsi nécessaire afin de mener à terme les objectifs de l'organisation. Dans la prochaine sous-section, l'engagement des DSP et des médecins au CISSS-A et au CISSS-B sera analysé afin de comprendre comment ces acteurs influencent l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle.

7.4.1 La vision des DSP au sujet de l'utilisation de la salle de pilotage stratégique

Lors des entrevues avec les DSP des deux établissements de santé et de services sociaux étudiés, nous avons observé un changement dans le discours et la vision de ces derniers en lien avec l'utilisation de la salle de pilotage stratégique.

Dans un premier temps lors de la première ronde d'entrevues, la vision des DSP envers l'outil de gestion était défavorable, comme le dénotent les premières parties des vignettes 7.4.1.1 – A (lignes 1-A à I) et 7.4.1.1 – B (lignes 1-A à H). Par la suite, lors de la seconde ronde d'entrevues, la vision des DSP devint plus favorable à l'utilisation de l'outil. Il est important de noter que les salles tactiques, donc par direction, furent implantées après les premières entrevues, et donc lors des secondes entrevues les DSP avaient déjà eu la chance de participer à l'animation de leur propre salle de pilotage tactique.

7.4.1.1 La vision du DSP du CISSS-A

Vignette 7.4.1.1 – A. Notes des entrevues de la première ronde avec le DSP du CISSS-A en lien avec sa vision de la salle de pilotage stratégique

1.DSP CISSS-A (mai 2017)

- A.« moi comme directeur, peut-être que je ne suis pas tout à fait un directeur clinique. Parce que moi, tout ce que je gère, c'est des médecins. Les médecins ne sont pas au comité de direction, ne sont pas dans les A3 non plus. Donc, je suis transversale aussi au niveau des pratiques professionnelles. »
- B.« [après la fusion] la structure médicale n'a pas été intégrée. Je suis clinique, mais je ne suis pas comme une direction clinique. Je dis « écoutez, vous ne pouvez pas me demander de comprendre la clinique comme un directeur clinique qui a, par exemple, juste la réadaptation. »
- C.« Je ne suis pas capable d'être aussi proche entre guillemets des opérations »
- D.« je n'étais peut-être pas la bonne personne à mettre responsable des A3 non plus. Je n'étais pas là au comité où on anime la salle de pilotage. »
- E.« c'est bien beau tout ça, et le ministère continue à envoyer des demandes qui sont ont des agendas serrés. Et c'est correct, on les fait. C'est juste que là, la salle de pilotage s'éloigne [des priorités déjà établies] »
- F.« quand on parlait de l'accès, c'était correct de nous mettre ensemble pour discuter. Mais c'était un peu artificiel en même temps puisqu'on était à des niveaux différents, [et qu'on avait] des préoccupations différentes.»
- G.« la transversalité est intéressante, et la salle de pilotage stratégique est intéressante pour ça, à cause de la transversalité. Mais [la difficulté est] dans le déploiement [des plans d'action]. »
- H.« Mais moi, ce que je trouvais intéressant, c'est la capacité de suivi. C'est le suivi des indicateurs. »
- I.« Ça nous oblige à nous recentrer sur le travail à faire, à être debout et à être capable de prendre des décisions et dire « ok, moi je prends ça » parce des fois comme directeur on a besoin de se mettre tout le monde ensemble, et de profiter de notre force »

2.DSP CISSS-A (décembre 2017)

- A.« en [salle de pilotage] stratégique on va retrouver le suivi de la trajectoire du patient, par exemple la trajectoire hospitalière. De là vont découler nos objectifs au niveau plus opérationnel et puis quand il y a des choses qui ne fonctionneront pas et qui vont concerner plus qu'une seule direction, si c'est juste dans notre direction, santé physique, bien, ça va remonter à [la salle] tactique.
- B.« ce n'est pas juste de partir de ce que chacun fait, c'est ce que chacun fait ensemble pour une trajectoire fluide. Par exemple, les NSA. En salle tactique, on regarde les NSA qui appartiennent à l'hôpital, mais en stratégique on voit l'ensemble des NSA, autrement dit en préhospitalier, en posthospitalier où

sont les goulots, etc.

- C.« en termes d'indicateurs, si on voit que ça s'améliore, on va possiblement les modifier au fur et à mesure pour nous assurer que le comité de direction est en lien avec le terrain. »
- D.« on est en train de travailler aussi avec notre direction à la qualité pour avoir les indicateurs, un, les indicateurs précis »
- E.« je pense que c'est intéressant [les A3] parce que ça nous permet d'expérimenter. Lorsque c'est nous qui animons, on comprend mieux et inversement, alors je pense que ça permet vraiment un partage d'expérience. Et aussi, c'est la personne qui connaît le mieux le dossier qui est capable de mener la discussion. »

Les informations présentes dans la vignette ci-haut illustrent la vision du DSP du CISSS-A envers l'utilisation de la salle de pilotage stratégique. Malgré son enthousiasme envers l'outil de gestion (lignes 1-H et 1-I), l'ambiguïté de son rôle (lignes 1-B à 1-D) ainsi que son absence aux animations (1-D) semblent affecter son engagement envers l'utilisation de l'outil. En effet, le DSP du CISSS-A ne considère pas occuper un rôle « clinique », puisqu'il gère les médecins de l'organisation et non les opérations cliniques leur étant liées. Il mentionne à cet effet qu'il n'est « pas capable d'être aussi proche des opérations » (ligne 1-C) et qu'il ne peut « comprendre la clinique comme un directeur clinique » la comprend, comme par exemple le DI-TSA-DP ou le directeur SAPA. Le fait qu'il se considère détaché des opérations cliniques pourrait expliquer en partie pourquoi il ne croit pas être la bonne personne pour soutenir une A3 stratégique clinique (ligne 1-D). De plus, comme il l'explique par la suite, le fait qu'il ait été absent de la majorité des comités de direction durant lesquels il y avait animation de la salle de pilotage stratégique peut aussi expliquer qu'il exprime un certain manque d'engagement envers l'utilisation de l'outil et aussi envers la gestion stratégique de l'organisation (ligne 1-D et E). En effet, de janvier à septembre 2017, le DSP du CISSS-A n'a été présent à l'animation qu'une seule fois et n'a pas animé de A3 stratégique dont il est imputable.

Durant la seconde entrevue avec le DSP du CISSS-A, son engagement envers l'utilisation de la salle de pilotage stratégique semble avoir augmenté et ce pour deux raisons : son rôle en lien avec la salle de pilotage stratégique était plus clair; son intérêt pour l'utilisation des salles de pilotage stratégiques, tactiques et

opérationnelles était réel. D'abord, le DSP mentionne que le CISSS-A a modifié la salle de pilotage stratégique afin d'y inclure les trajectoires clientèle (ligne 2-A). Cette modification fut apportée conjointement avec le DSP dont les indicateurs sont présents dans la majorité des trajectoires clientèle de l'établissement, ce qui a clarifié son rôle déterminant dans la salle de pilotage stratégique. Son engagement pour le travail d'équipe des membres du comité de direction est aussi marqué lorsqu'il fait mention que le travail de chacun contribue à l'amélioration de la fluidité des trajectoires clientèle (ligne 2-B). Ensuite, le DSP mentionne l'importance d'avoir des indicateurs précis (ligne 2-D) et modifiables afin que ces derniers représentent la réalité des opérations (ligne 2-C). Cet alignement entre les indicateurs stratégiques et les opérations cliniques sous la responsabilité du DSP peut contribuer à augmenter son engagement, puisque ce dernier voit l'influence qu'il peut avoir sur l'amélioration des indicateurs et donc l'atteinte des objectifs stratégiques. Finalement, le fait que le DSP ait assisté à plusieurs animations de la salle de pilotage stratégique entre la première et la deuxième entrevue a contribué à son engagement envers l'outil. En effet, il mentionne la pertinence des A3 stratégiques, animées par les directeurs imputables, qui favorisent la compréhension des dossiers stratégiques par les membres du comité de direction (ligne 2-E).

7.4.1.2 La vision du DSP du CISSS-B

Vignette 7.4.1.2 – B. Notes des entrevues de la première ronde avec les DSP du CISSS-B en lien avec sa vision de la salle de pilotage stratégique

1. DSP CISSS-B (juin 2017)

- A.« je gère le bloc, la cancérologie, l'urgence, la première ligne, les soins intensifs. C'est tout au niveau clinique. »
- B.« lorsque quelque chose bloque, c'est rare que je le découvre [durant l'animation]. Je l'aurais déjà analysé. Ou [c'est rare] qu'on trouve une solution durant l'animation. Parce que c'est multifactoriel. Alors, si c'était aussi facile que ça, je l'aurais déjà trouvé la solution. »
- C.« mais quand il y a plusieurs choses qui alimentent un indicateur, tu ne peux pas attendre d'aller à [l'animation de la salle de pilotage stratégique] pour essayer de trouver des solutions »
- D.« [durant l'animation] je répète ce que j'ai déjà analysé, je répète la liste que j'ai déjà. Parce que ce n'est pas là où est-ce que je travaille ça. Ce n'est pas là que je *brainstorme* mes idées. C'est déjà fait ce travail-là pour moi. »

- E.« 8 projets sur 10 que vous allez me dire de faire, je vais les ignorer carrément pour travailler [sur les plus importants], me concentrer, je continue [de travailler] sur ces quelques projets-là. »
- F.« j'utilise le tour de salle pour informer les autres finalement. »
- G.« mais est-ce que ça, c'est mieux qu'un autre outil ou un troisième outil ou un quatrième? Ça prend un outil. C'est l'outil qu'on a choisi, c'est l'outil que le ministère a choisi. »
- H.« peut-être que finalement ce n'est pas si important que ça soit utile pour moi ou non [la salle de pilotage stratégique]. Peut-être que si c'est important pour le PDG, c'est correct. »

2.DSP CISSS-B (novembre 2017)

- A.« la façon dont c'est fait en ce moment c'est des petits morceaux séparés, mais ce n'est pas comme ça que moi j'ai choisi mes projets ni comme ça que j'ai ma vision. Parce que sinon ils ne vont pas nécessairement voir le portrait d'ensemble, ils vont se concentrer sur les petits projets ou les grands projets, mais de manière individuelle, il faut qu'ils comprennent que leur morceau fait partie d'un plus grand tableau. »
- B.« le plus difficile, c'est que ma direction est celle avec le plus de projets porteurs et c'est très difficile de déterminer lesquels on va discuter. Il y a un juste milieu entre faire un survol et les couvrir tous [en profondeur]. Alors cette balance-là, je l'ai pas trouvé encore. »
- C.« Mon mur 4 est différent. Mon mur 4, c'est les indicateurs du mur 3 de la salle de pilotage stratégique qui me touche »
- D.« Parce que pour moi l'important c'est que mon équipe comprenne son rôle dans l'organisation. »

Dans la vignette 7.4.1.2 - B, plusieurs éléments d'information partagés par le DSP du CISSS-B lors de la première entrevue (lignes 1-A à 1-H) indiquent son manque d'enthousiasme envers l'utilisation de ce nouvel outil de gestion qu'est la salle de pilotage stratégique. L'élément d'analyse central ressortant de son discours au sujet de son engagement envers l'utilisation de l'outil est le suivant: le DSP ne voit pas l'intérêt de partager les informations propres à sa direction ainsi qu'à solutionner des problématiques durant les animations. En effet, le DSP du CISSS-B mentionne qu'il gère lui-même les dossiers propres à sa direction et qu'il n'a pas besoin de trouver des solutions à ses enjeux avec les autres directeurs. À cet effet, il indique que « lorsque quelque chose bloque, c'est rare que je le découvre [durant l'animation]. Je l'aurais déjà analysé. Ou [c'est rare] qu'on trouve une solution durant l'animation. Parce que c'est multifactoriel. Alors, si c'était aussi facile que ça, je l'aurais déjà trouvé la solution » (ligne 1-B). Il ajoute que ce n'est pas durant les animations qu'il cherche

des pistes de solution, mais plutôt avec les membres de sa direction entre les animations (ligne 1-D). Il mentionne aussi qu'il n'attend pas à l'animation pour interpeller la direction ou les autres directeurs au besoin : « tu ne peux pas attendre d'aller à [l'animation de la salle de pilotage stratégique] pour essayer de trouver des solutions » (ligne 1-C). Le DSP du CISSS-B utilise donc l'animation de la salle de pilotage stratégique pour informer les membres du comité de direction de l'avancement de ses projets (ligne 1-F), pour faire le suivi avec les autres directeurs, et croit même à cet effet que l'outil peut être plus utile pour les membres de la haute direction que pour les directeurs eux-mêmes (ligne 1-H). En somme, le travail en silo du DSP du CISSS-B peut avoir contribué à son désengagement envers l'utilisation de la salle de pilotage stratégique.

Lors de la seconde entrevue avec le DSP du CISSS-B (lignes 2-A à 2-D), ce dernier avait implanté et utilisé la salle de pilotage tactique dans sa direction. À cet effet, il mentionna que dans la salle de pilotage tactique de sa direction, il changea certains paramètres afin d'éviter le travail en silo qu'il dit retrouver dans la salle de pilotage stratégique : « la façon dont c'est fait en ce moment, ce sont des petits morceaux séparés, mais ce n'est pas comme ça que moi j'ai choisi mes projets ni comme ça que j'ai ma vision » (ligne 2-A). Il avance que puisque sa direction est celle avec le plus grand nombre de projets stratégiques, il doit trouver le bon niveau de profondeur afin d'analyser ces projets durant les animations de la salle de pilotage tactique de sa direction (ligne 2-B). Selon lui, la grande différence entre la salle tactique de la DSP et la salle stratégique du comité de direction est au niveau du mur 4 : sur le mur 4 de la salle tactique sont affichés les indicateurs de performance de la DSP, et sur les autres murs sont affichés les projets alimentant ces indicateurs (ligne 2-C). Il n'y a donc pas de mur représentant la « réponse-action » ni de mur avec la vision stratégique de l'organisation dans la salle de pilotage tactique de la DSP.

Même si le DSP du CISSS-B a travaillé sur l'implantation de la salle de pilotage tactique de sa direction, son engagement envers la salle de pilotage stratégique ne semble pas avoir augmenté de manière considérable. Au contraire, par le fait qu'il

choisisse de modifier la salle tactique de sa direction selon sa vision de l'outil de gestion, il démontre une réticence à utiliser l'outil conformément aux balises établies et donc il continue à travailler en silo. De plus, ses préoccupations de gestion semblent, selon les données de nos entrevues, être circonscrites à sa direction. Il mentionne à cet effet « pour moi l'important c'est que mon équipe comprenne son rôle dans l'organisation », et non que le comité de direction au niveau stratégique comprenne le rôle de la DSP dans l'organisation et que cette direction s'insère dans la gestion stratégique du CISSS-B.

7.4.2 L'engagement des médecins de l'organisation envers la culture d'amélioration continue

En plus des DSP, l'engagement des médecins de l'organisation envers l'utilisation des outils de gestion est un enjeu important considérant leur pouvoir de décision et leur rôle stratégique dans les établissements de santé et de services sociaux. Dans les deux établissements étudiés, plusieurs acteurs du comité de direction ont mentionné l'importance d'engager les médecins travaillant à tous les niveaux de l'établissement envers les enjeux stratégiques.

Lors de l'entrevue avec la DQEPE du CISSS-A, ce dernier a mentionné l'importance d'engager les médecins et leurs équipes médicales à utiliser les outils de gestion d'amélioration continue afin qu'au niveau stratégique, leurs efforts contribuent à l'atteinte des objectifs de l'organisation.

Vignette 7.4.2 – A. Notes d'entrevue avec la DQEPE du CISSS-A sur l'engagement des médecins envers l'utilisation des outils d'amélioration continue

1.DQEPE CISSS-A (novembre 2017)

- A.« [il faut cibler] ce qui le préoccupe, car c'est lui [le médecin] qui va faire en sorte que ça va fonctionner. »
- B.« les médecins n'assistent pas à beaucoup des rencontres [administratives], donc on arrive et ils sont un peu à froid, ils disent : « C'est quoi la plus-value pour moi et mon patient si je m'installe là et que j'ai un standup meeting? »
- C.« Il y a eu une première tentative d'une station visuelle à l'urgence et ça

n'a pas bien fonctionné parce les médecins et les employés n'avaient pas la même compréhension de la plus-value de cette station visuelle là. »

- D.« les médecins que j'ai rencontrés disent : « C'est intéressant ce nouveau projet. C'est excitant parce qu'on va créer quelque chose ». Donc, pourquoi pas amener ces outils, ces façons de faire là qui sont nouvelles pour créer quelque chose de dynamique au sein de l'hôpital, et aussi pour que les médecins voient une plus-value. »
- E.« ils veulent être impliqués dans les choix des indicateurs. »
- F« avec les médecins, tu as un rendez-vous, tu n'en as pas deux, il faut vraiment que tu sois bien préparé et il faut toujours que tu penses que c'est pas comme les autres employés parce qu'ils ne sont pas dans nos réunions administratives, on a un langage différent »
- G.« les médecins ont un défi de temps parce qu'ils ont pas beaucoup de temps, donc il faut que ce soit très concis, pragmatique et efficace. »

Dans la vignette ci-haut, deux éléments d'analyse ressortent au niveau de l'engagement des médecins envers l'utilisation des outils d'amélioration continue, dans ce cas-ci les stations visuelles. D'abord, l'implication des médecins est une variable importante dans l'utilisation des outils et donc dans le suivi des indicateurs par les équipes cliniques au niveau des opérations. À cet effet, la DQEPE mentionne qu'il est nécessaire de cibler les préoccupations des médecins, car ce sont eux qui vont faire en sorte que les équipes cliniques utilisent adéquatement les outils (ligne 1-A). De plus, la DQEPE mentionne que les médecins ne voient pas instinctivement la valeur ajoutée que pourrait apporter l'utilisation de tels outils (ligne 1-B), et que cela peut même faire en sorte qu'ils soient réticents à les utiliser adéquatement avec leurs collègues (ligne 1-C). En ciblant leurs préoccupations et en les positionnant comme parties prenantes du processus, comme dans le choix des indicateurs (ligne 1-E), la DQEPE croit que les médecins pourraient être plus engagés envers les projets d'amélioration comme les stations visuelles (ligne 1-D).

Ensuite, la DQEPE mentionne l'importance d'adapter les outils à la réalité des médecins qui sont majoritairement absents des réunions administratives, et donc ne connaissent pas toujours les enjeux soulevés par les instances administratives de l'établissement (ligne 1-F). De plus, il fait mention du défi qu'est le temps (ligne 1-G), les médecins étant très occupés par les activités cliniques, ainsi que la compréhension du langage administratif (ligne 1-F). En effet, afin d'engager ces

derniers, la mise en place de stations visuelles ou de tout autre outil de gestion doit demander peu de temps et d'efforts de leur part, et il faut adapter le discours utilisé afin que les médecins comprennent et y voient un intérêt pour leurs activités. En somme, le discours de la DQEPE du CISSS-A met l'accent sur le fait que les médecins sont garants du succès de l'utilisation des stations visuelles, donc du suivi des indicateurs et de l'atteinte des objectifs par leurs équipes.

Malgré la volonté de la DQEPE, aussi directrice hors cadre du CISSS-A, d'engager et d'inclure les médecins dans les projets d'amélioration continue, le PDG du CISSS-B pour sa part ne semble pas accorder la même importance à cet enjeu. Dans un premier temps, ce dernier mentionna lors de l'entrevu de juillet 2017, que « ça va être difficile, voire impossible d'accaparer le temps d'un médecin qui est déjà très occupé pour aller se mettre debout devant une station visuelle ». Selon le PDG, le projet de la DQEPE d'inclure des médecins dans les animations des stations visuelles semble illusoire en raison du manque de temps que ces derniers ont pour des activités autres que cliniques. Dans ce cas, le PDG mentionna qu'« entre avoir le médecin qui va faire une rencontre d'équipe interdisciplinaire pour avoir un plan d'intervention interdisciplinaire, je préfère utiliser son temps là que devant une station visuelle ». En ce sens, le PDG du CISSS-B semble prioriser l'inclusion des médecins dans les activités cliniques plutôt que dans l'utilisation des stations visuelles.

Pour leur part, lors des deuxièmes entrevues les DSP des deux établissements ont mentionné travailler activement à inciter leurs équipes médicales à se sentir imputables de l'avancement des indicateurs et des projets organisationnels, donc des objectifs stratégiques.

Vignette 7.4.2 – C. Notes des entrevues avec les DSP du CISSS-A et du CISSS-B en lien avec l'engagement des médecins envers les indicateurs de performance et les outils de gestion

1. DSP CISSS-A (décembre 2017)

- A.« [l'utilisation des stations visuelle] on va l'adapter à la réalité des médecins, mais on fait beaucoup de travaux au-delà des stations visuelles pour que les médecins aient des informations. La première chose, c'est des

informations sur leur performance parce qu'ils ne les ont pas. La première étape, c'est de suivre les indicateurs. Parfois, ils disent : « les indicateurs ne sont pas bons. Comment ça se fait qu'on a ces résultats-là? ». Parfois on reçoit des indicateurs du ministère et on ne sait pas d'où ça vient. Ça fait qu'on est en train de se faire des critères [de performance]. »

- B.« [les stations visuelles] ça leur permet de comprendre un peu ce que la gestion fait, pourquoi on suit certains indicateurs. »
- C.« comme ce ne sont pas des rencontres longues [l'animation des stations visuelles], c'est plus facile aussi de s'adapter : on peut les mettre en début de chiffre, par exemple. C'est sûr qu'il faut quand même adapter ça sur l'horaire [des médecins]. »
- D.« ça aide que ça vienne d'un médecin, je pense, parce que je fais un effort de traduction aussi. »

2.DSP CISSS-B (novembre 2017)

- A.« l'amélioration de qualité est un de mes points d'intérêts »
- B.« je pense que nos médecins deviennent de plus en plus à l'aise avec les indicateurs, mais on est rendu à l'étape de passer à l'action. »
- C.« ils sont intéressés, et ils sont engagés, mais ils ne sont prêts à embarquer parce qu'ils n'ont pas les connaissances [en amélioration continue], ils ont des idées, mais ils ne savent pas quels processus faire. Alors, ça leur prend de l'encadrement, mais on voit qu'ils identifient des choses à améliorer. »
- D.« Les médecins adorent les données, mais ils m'ont dit qu'ils n'avaient aucune idée que c'était mesuré de façon nationale, qu'on avait des statistiques non seulement locales, mais qu'on pouvait se comparer aux autres hôpitaux au Canada. Alors, c'est vraiment nouveau pour eux. »
- E.« si c'est mesuré, ils ne sont pas au courant et ils ne savent pas s'ils sont meilleurs ou pires que les autres parce qu'on fait toujours de notre mieux, mais on ne sait pas où notre [performance] se situe par rapport à la moyenne.»
- F.« La prochaine étape c'est de débloquer des fonds pour qu'[un de nos médecins avec une formation en qualité] devienne directeur médical de qualité parce qu'on a déjà des directeurs qualité aux soins infirmiers, il pourrait venir encadrer les médecins qui identifient leurs difficultés pour commencer à travailler sur des projets [d'amélioration]. »
- G.« souvent les médecins, quand ils commencent [avec les concepts d'amélioration et de qualité], ils disent : « Ah, c'est *Big Brother*. Moi, je traite les patients un à un ». Ils ne voient pas qu'il y a une grande partie de leur pratique qui pourrait être standardisée, qui devrait être standardisée pour leur laisser le temps de faire ce qui devrait être individualisé. Alors, ça passe beaucoup mieux quand c'est un médecin [qui leur en parle] qui a quand même des connaissances approfondies à ce sujet. »

Dans la vignette ci-haut, les DSP des deux établissements étudiés mentionnent d'abord que les médecins qu'ils chapeautent démontrent de l'intérêt pour les données

liées à la mesure de leur performance (lignes 1-A, 2-B, 2-C, 2-D). Le DSP du CISSS-B mentionne ensuite que les médecins de l'organisation démontrent un intérêt envers l'amélioration continue (ligne 2-F), mais que leur réticence peut venir du fait qu'ils ne comprennent pas nécessairement comment les outils d'amélioration pourraient améliorer leur pratique sans altérer la relation clinique de proximité avec le patient (ligne 2-G). À ce sujet, les deux DSP sont d'avis qu'une des conditions de succès de l'engagement des médecins envers l'utilisation des outils d'amélioration comme les stations visuelles est qu'ils soient amenés et expliqués par des médecins (lignes 1-D et 2-G). Le DSP du CISSS-B argumente à cet effet qu'il compte nommer un médecin avec une formation en qualité afin que ce dernier accompagne les médecins dans le processus d'identification et de résolution des problématiques qu'ils vivent au quotidien (ligne 2-F). Il y a ainsi une ouverture chez les médecins à utiliser les outils mesurant leur performance, à condition qu'ils comprennent ce qui est mesuré (lignes 2-D et 2-E) et que l'utilisation de ces outils soit adaptée aux particularités de leur travail (ligne 1-C). L'engagement des médecins envers l'utilisation des outils de mesure de la performance semble ainsi être un aspect important de l'utilisation de la salle de pilotage stratégique. En effet, leur engagement envers l'utilisation d'indicateurs pour suivre la performance de leurs activités peut influencer l'avancement des projets organisationnels. Il semble ainsi important de considérer les médecins comme parties prenantes dans le déploiement de la culture d'amélioration continue et des outils de mesure de la performance, pour que les données qui sont transmises à la haute direction et utilisées dans la salle de pilotage stratégique soient représentatives de la réalité clinique, mais aussi pour que l'atteinte des cibles soit soutenue par les individus les plus près des opérations, donc des soins aux patients, c'est-à-dire les médecins et leurs collègues professionnels de la santé.

7.4.3 Analyse de l'engagement du corps médical envers l'utilisation de la salle de pilotage stratégique et lien avec le contrôle

L'engagement du corps médical envers l'utilisation des outils de mesure de la performance - la salle de pilotage stratégique, la salle de pilotage tactique et les stations visuelles - semble ainsi être un facteur important devant être considéré et

contribuant à soutenir une gestion stratégique représentative de la réalité de l'organisation. Par l'analyse des données recueillies dans les deux organisations, nous pouvons comprendre que l'engagement des DSP envers l'utilisation de la salle de pilotage stratégique et des médecins au niveau de l'utilisation des stations visuelles n'est pas une tâche simple. Le manque d'engagement des DSP envers l'utilisation de la salle de pilotage stratégique et la réserve des médecins à utiliser les stations visuelles au niveau opérationnel influencent la manière dont la salle de pilotage stratégique est utilisée comme outil de contrôle.

Un premier point en ce sens : malgré le cheminement des DSP à utiliser la salle de pilotage stratégique durant le comité de direction, durant l'animation ces derniers ne démontrent tout de même pas autant d'engagement face au travail collaboratif de résolution de problème en équipe. Cette affirmation est d'abord représentative de la perspective du DSP du CISSS-B qui est réticent à trouver des solutions à ses enjeux durant l'animation. Elle est aussi représentative de la posture du DSP du CISSS-A qui, durant la première entrevue avait mentionné considérer comme inadéquat de trouver des solutions aux enjeux stratégiques durant l'animation. Même si le DSP du CISSS-A, en clarifiant son rôle et en assistant plus fréquemment aux animations, se considère de plus en plus impliqué comme collaborateur stratégique durant les animations, le DSP du CISSS-B pour sa part adopte une perspective d'observateur passif, c'est-à-dire de joueur indépendant qui profite des gains communs, mais qui travaille de manière individuelle et donc collabore plus difficilement aux activités du comité de direction. Il adopte ainsi cette perspective indépendante en s'occupant de ses dossiers à l'extérieur des rencontres officielles et en étant réticent à la collaboration de groupe formelle et adoptée par les autres directeurs.

Ainsi, dans les deux organisations, les DSP ne sont pas les acteurs du comité de direction les plus engagés envers l'utilisation de la salle de pilotage stratégique et des outils d'amélioration continue. Toutefois, cela semble incohérent avec le fait qu'ils sont impliqués de manière considérable dans les dossiers stratégiques de leur organisation respective, créant ainsi des goulots lorsque vient le temps de prendre des

décisions impliquant ces directeurs. Leur absence aux animations peut engendrer des délais dans les dossiers. Par exemple, lors de l'animation du 15 juin 2017 au CISSS-A, le DSP était absent. Lorsque l'animateur voulu établir un plan d'action pour solutionner un enjeu, il a dû reporter l'action afin de laisser le temps au DSP de prendre connaissance du dossier. Il demanda à son adjoint de lui envoyer « un rappel » afin de mettre en place les mesures nécessaires pour solutionner l'enjeu.

Un autre point important : les données recueillies lors des entrevues mettent de l'avant le défi qu'est l'engagement des médecins des deux organisations envers l'utilisation d'outils mesurant leur performance, malgré l'importance de ces acteurs dans l'atteinte des objectifs stratégiques. Dans les deux cas, les DSP ont mentionné que les médecins sont intéressés par les données propres à leur performance et à celles de leurs équipes. Toutefois, malgré cet intérêt, la réalité des médecins impose certaines contraintes qui modifient l'utilisation des outils. D'abord, le peu de temps libre pouvant être dédié à des tâches administratives, comme l'animation d'une station visuelle, fait en sorte que ce type de tâche n'est pas prioritaire pour les médecins qui privilégient les activités cliniques. Ensuite, puisque les médecins sont généralement absents des réunions administratives, les enjeux administratifs et stratégiques sont mal compris et ne suscitent que peu d'intérêt chez ces derniers. Afin de pallier ces contraintes, les DSP ont mentionné qu'il était important que les notions administratives soient transmises aux médecins par des intermédiaires qui sont eux aussi médecins, afin d'une part d'adapter le langage administratif à ces derniers, et d'autre part d'augmenter la légitimité du message auprès d'eux.

De plus, la perspective adoptée par la direction envers l'engagement des médecins peut influencer le DSP, qui lui priorisera les activités en lien avec les outils dans sa direction. Au CISSS-A, le fait que la directrice de la DQEPE soit aussi membre de la haute direction pourrait favoriser une vision cohérente entre la haute direction et le DSP. En effet, la directrice de la DQEPE influence les autres membres de la haute direction à prioriser les outils comme la salle de pilotage et les stations visuelles d'une part, et fait de l'engagement des médecins envers ces outils une de ses priorités

d'autre part. Toutefois, au CISSS-B, l'inclusion et l'engagement des médecins envers l'utilisation des outils d'amélioration continue ne sont pas autant favorisés par le PDG qui semble préférer que ces derniers priorisent les activités cliniques. Cette perspective de la haute direction pourrait influencer l'engagement du DSP et par le fait-même des médecins du CISSS-B qui pourraient ne pas voir l'intérêt de s'engager dans les activités liées à l'utilisation de ces nouveaux outils, dont les stations visuelles. À plus long terme, ces derniers pourraient délaissé l'utilisation de ces outils pour s'adonner aux activités cliniques habituelles. Toutefois, l'acteur central influençant l'engagement des médecins envers l'utilisation d'outils de mesure de performance semble être le DSP. L'engagement et la perspective de ce dernier se révèlent ainsi être les éléments qui influenceront l'utilisation de ces outils par le corps médical.

En somme, l'engagement des DSP et des médecins n'est pas une partie gagnée d'avance et les conditions de leur engagement fait en sorte qu'ils travaillent généralement en silo. Le fait que ces acteurs importants de l'organisation travaillent de manière indépendante augmente le contrôle qu'ils ont sur leurs activités et diminue du fait même le contrôle qu'ont les membres du comité de direction sur les activités sous la DSP. Au CISSS-B, le fait que le DSP ne partage pas au comité de direction les enjeux vécus par sa direction peut être une façon pour lui de garder le contrôle sur ses projets et indicateurs, en diminuant celui du comité de direction sur ces éléments. En effet, en choisissant de ne pas partager certaines informations ou en trouvant des solutions à ses enjeux en grande partie à l'extérieur de la salle de pilotage stratégique et du comité de direction, le DSP augmente le contrôle qu'il exerce sur les activités de sa direction en évitant que les autres directeurs ne s'y impliquent. La présence à l'animation est en quelque sorte une façon pour un directeur de partager le contrôle de sa direction, en exposant ses défis pour trouver par la suite des solutions. Il accepte ainsi une diminution du contrôle qu'il détient sur sa propre direction, mais assure l'augmentation du contrôle du comité de direction sur les activités stratégiques de l'établissement.

Aussi, puisqu'il n'y a que très peu de médecins dans les discussions et réunions administratives des établissements, le DSP est en fait l'un des seuls acteurs au niveau stratégique à pouvoir amener l'information stratégique aux médecins. Cette affirmation est d'autant plus vraie que les médecins accordent une plus grande légitimité à l'information lorsque celle-ci est transmise par un de leur collègue qui, du même coup, traduit et vulgarise les termes administratifs afin que les médecins comprennent les enjeux et leur portée. De plus, durant la présente étude, les DSP des deux établissements ont souvent été absents des comités de direction durant lesquels il y avait l'animation de la salle de pilotage stratégique. De ce fait, ils évitent implicitement les discussions avec leurs collègues directeurs et gardent d'une certaine manière le contrôle sur leurs activités. Leur absence aux comités de direction et aux animations de la salle de pilotage stratégique pourrait ainsi nuire au bon déroulement des plans d'action établis sur le mur 4 afin de trouver des solutions aux indicateurs critiques. En effet, puisque les DSP sont imputables d'un grand nombre de projets et indicateurs de performance, leur absence fait en sorte que les plans d'action établis lorsque des enjeux sont identifiés peuvent s'avérer erronés ou infaisables lorsqu'ils sont informés des actions à mettre en place. Dans de tels cas, il faut alors redéfinir un plan d'action, avec les contraintes des DSP, ce qui prend du temps, des ressources et du même coup affecte l'efficacité de la salle de pilotage stratégique et donc la gestion et le contrôle stratégique de l'organisation.

Cette perspective observée quant aux DSP et aux médecins illustre qu'il est difficile pour le comité de direction d'utiliser pleinement la salle de pilotage stratégique comme un système de contrôle interactif. En effet, puisque ces directeurs médicaux, et par le fait même leurs équipes, sont plus difficiles à mobiliser afin d'utiliser conformément les outils de mesure de la performance dont la salle de pilotage stratégique, la haute direction ainsi que les membres du comité de direction ne peuvent que difficilement s'impliquer dans leurs dossiers. Cependant, les DSP, lorsque présents aux animations de la salle de pilotage stratégique, utilisent l'outil afin de s'impliquer dans les dossiers de leurs collègues qui les concernent. À la lumière des informations recueillies en entrevues avec les DSP, nous comprenons que

ces derniers souhaitent utiliser les outils de mesure de la performance, avec leurs équipes, comme des systèmes de contrôle diagnostique et interactif. Ils désirent suivre les indicateurs de performance propres à leurs activités pour comparer et aligner ces dernières aux cibles préalablement fixées. De plus, la particularité du travail des médecins fait en sorte que les seuls acteurs stratégiques pouvant s'impliquer entièrement dans leurs activités sont les membres de la DSP et les médecins occupant des postes de direction. Ainsi, ces contraintes favorisent l'utilisation de la salle de pilotage stratégique par le comité de direction comme un système de contrôle diagnostique. Les membres du comité de direction des établissements, dont les PDG, peuvent assurer l'implantation de la stratégie en suivant les indicateurs de performance des directions, dont la DSP. Cette affirmation est particulièrement applicable à la réalité du CISSS-B où le DSP travaille plus de manière indépendante au reste du comité de direction. Cela fait en sorte que durant les animations, les seules informations pouvant être transmises sont les résultats des indicateurs et l'état d'avancement des projets. Il est difficile dans une telle situation de prendre des décisions sur place et de permettre aux autres directeurs de proposer des solutions ou de questionner des actions, puisqu'il faudra ultérieurement confirmer leur faisabilité et leur conformité avec le DSP.

Dans *Managing the care of health and the cure of diseases – Part I: Differentiation*, Glouberman et Mintzberg (2001b) apportent des éléments pouvant aider à comprendre la situation décrite en lien avec le rôle et l'implication des DSP et des médecins dans les deux organisations étudiées. Les auteurs avancent que le système de santé moderne est différencié de manière importante, faisant de l'intégration des soins et pratiques une tâche difficile. Il y a la présence d'une division tant au niveau de l'organisation que de l'attitude des parties prenantes qui cohabitent dans ce milieu, le rendant difficilement gérable en tant qu'entité unifiée. Selon ces auteurs, les médecins considèrent l'hôpital comme un milieu dans lequel ils travaillent plutôt que pour qui ils travaillent. Cette différence est importante ici et fut illustrée dans notre analyse. En effet, les DSP ont mentionné préférer travailler avec leur direction de manière plus individuelle, plutôt que de travailler en équipe avec le comité de

direction. De plus, il fut noté que les médecins préféraient travailler directement avec des collègues médecins pour les tâches administratives, comme la mise en œuvre d'outils de mesure de la performance, plutôt qu'avec les gestionnaires administratifs en charge de ces outils. Cette observation est en cohérence avec le postulat de Glouberman et Mintzberg (2001b) qui veut que « les gestionnaires sont au haut de la hiérarchie et représentent l'autorité formelle, cependant pour les médecins, les membres les plus influents de la communauté hospitalière, la hiérarchie administrative est beaucoup moins importante que la hiérarchie médicale » (traduction libre, Glouberman et Mintzberg, 2001b: 11). Ainsi, cette perspective des médecins pourrait en partie expliquer pourquoi les DSP sont plus enclins à travailler en silo (avec leurs équipes médicales), plutôt qu'avec le reste du comité de direction. Les auteurs argumentent que les médecins sont tout de même impliqués dans leur milieu de pratique, mais leur implication ne s'inscrirait pas dans un engagement formel. Ainsi, encore une fois cela pourrait expliquer en partie pourquoi les DSP étaient impliqués dans les activités de leur direction ainsi que dans la mise en place de mesures pour leur direction, comme les stations visuelles et les salles tactiques, mais n'étaient pas engagés envers les activités administratives stratégiques de l'organisation. Ces éléments pourraient donc expliquer la posture du corps médical des deux établissements étudiés envers l'utilisation de la salle de pilotage stratégique.

7.5 Le rôle du MSSS dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle

L'analyse des données relatives aux observations et aux entrevues conduites au CISSS-A et au CISSS-B a permis d'identifier un autre acteur externe aux membres du comité de direction, mais influençant grandement l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle telle une « main invisible » contrôlant les éléments analysés dans la salle de pilotage stratégique. Cet acteur est le MSSS, mis de l'avant entre autres par son ministre.

Tout d'abord, puisque la salle de pilotage stratégique fut imposée aux directions des établissements par le MSSS, les éléments qui y sont priorisés découlent de la planification stratégique du MSSS et donc de ses priorités. Les notes brutes de l'encadré 5.6.5 – A appuient cette première affirmation.

Notes brutes 7.5 – A. Notes des entrevues et des observations en lien avec l'influence des priorités du MSSS imposées sur les salles de pilotage stratégiques des établissements

Données des entrevues

1.PDG CISSS-A (mars 2017)

- A.« c'est sûr qu'il y a une logique ministérielle et une logique organisationnelle, on a mis en priorité les projets qu'on suivait ensemble avec le ministère. On a vraiment un mur où on suit l'ensemble des projets ministériels, qui sont mis en priorité par le ministère. »
- B.« les priorités stratégiques retenues dans la dernière année par le ministère sont beaucoup en lien avec la santé physique, en lien avec le médical, donc en lien avec les hôpitaux ou les centres d'hébergement. Alors toutes les directions qui couvrent ou qui ont un mandat de donner des services à des clientèles vulnérables, comme les jeunes, ou en santé mentale, ne se trouvaient pas tellement, je dirais, inspirées. »
- C. « [au sujet de projets internes en lien avec des directions non médicales] Le ministère ne les avait pas mis en priorité au niveau de la salle de pilotage, mais ce sont quand même des projets prioritaires. »

2.PDGA CISSS-A (avril 2017)

- A.« C'est sûr qu'il y a des indicateurs qui nous viennent du ministère, alors ceux-là on ne peut pas les changer. D'ailleurs, on laisse les indicateurs d'origine, mais si on se donne un indicateur intermédiaire, ça va nous permettre d'expliquer nos résultats. »

3.DRF CISSS-B (mai 2017)

- A.« Les éléments qui sont discutés durant l'animation sont en lien direct avec la planification stratégique, en lien direct avec les vœux du ministre et tout ce qui est la diminution du temps d'attente à l'urgence. »

Données des observations

- 4.CISSS-A – Observation du 26 janvier 2017

- o A.PDG : au sujet de l'indicateur du nombre de NSA
 - il veut ramener un objectif à plus court terme, « dans un mois combien de NSA? Il faut atteindre 5% dans un mois » cela représente une diminution de moitié, il rappelle qu'il y a une rencontre avec le ministère donc veut un chiffre à donner au ministre

- **5.CISSL-A – Observation du 23 mars 2017**
 - o A.PDG : au sujet du projet d’implantation de Cristal Net (solution informatique pour DCI)
 - « nos prochains enjeux sont la présentation au sous-ministre aujourd’hui, les enjeux financiers et l’autorisation du projet par le MSSS » inscrit les enjeux sur le mur 4 et le résultat recherché qui est l’autorisation par le MSSS.

- **6.CISSL-B – Observation du 22 août 2017**
 - o A.PDG : au sujet de l’indicateur de la DMS
 - « pour arriver à 12 heures il faut que la cible devienne 18 heures plutôt que 24h » on comprend que le ministre est derrière le CISSL-B, car en P3 et P4 la DMS a augmenté, il y a des admissions qui ne sont pas aussi pertinentes (i.e. un patient se fait admettre à l’étage et 30 min plus tard se fait donner son congé) ce qui augmente le taux d’admission à l’urgence

Dans l’encadré des notes brutes 7.5 – A ci-haut, les directeurs mentionnent en entrevue que les priorités du MSSS, des priorités de la planification stratégique, sont omniprésentes dans la salle de pilotage stratégique. En effet, comme le mentionnent le PDG (ligne 1-A) et la PDGA (ligne 2-A) du CISSL-A, le portrait de la planification stratégique du MSSS, les projets prioritaires ainsi que les indicateurs de performance en lien avec les projets prioritaires sont respectivement affichés sur les murs 1 « vision à long terme », 2 « actions actuelles » et 3 « indicateurs de performance ». Puisque la planification stratégique du MSSS est la même pour tous les établissements du réseau de santé et de services sociaux québécois, ces derniers doivent suivre les directives stratégiques établies par le MSSS en y intégrant, lorsque nécessaire, les éléments propres à la réalité de leur établissement. À cet effet, le PDG du CISSL-A (ligne 1-B et 1-C) mentionne que les priorités du MSSS sont majoritairement en lien avec la santé physique et touchent très peu les problématiques en lien avec la santé mentale et les services sociaux. Il argumente à cet effet que « les directions qui couvrent ou qui ont un mandat de donner des services à des clientèles vulnérables, comme les jeunes, ou en santé mentale, ne se trouvaient pas tellement, je dirais, inspirées » (ligne 1-B). Ainsi, les éléments discutés durant les animations de la salle de pilotage stratégique sont en grande partie des priorités établies par le MSSS et en lien avec les soins médicaux, comme l’avaient souligné le PDG et le DSP du

CISSS-B dans la vignette précédente et comme le souligne le DRF du CISSS-B en affirmant que « les éléments qui sont discutés durant l’animation sont en lien direct avec la planification stratégique, en lien direct avec les vœux du ministre et tout ce qui est la diminution du temps d’attente à l’urgence » (ligne 3-B). Pourtant, les établissements de santé et de services sociaux du Québec couvrent dans leur mission les soins psychosociaux et les services sociaux, par exemple les services en protection de la jeunesse et les services communautaires. Les priorités de ces directions sont donc en quelque sorte écartées de la majorité des priorités ministérielles et du même coup des objectifs et projets prioritaires et des indicateurs de performance respectifs de leur établissement.

Durant les observations des rencontres des comités de direction au CISSS-A et au CISSS-B, les points discutés durant l’animation de la salle de pilotage stratégique touchaient généralement les projets et indicateurs en lien avec l’urgence, comme les patients NSA (ligne 4-A) et la DMS (ligne 6-A). Dans ces deux cas, en mettant l’accent sur ces enjeux le ministre les rend impératifs pour les directions. Concernant l’observation du 23 mars 2017 au CISSS-A (ligne 5-A), le projet Cristal-Net est aussi un enjeu priorisé par le MSSS, mais ce qui est intéressant de noter dans ces lignes est que les directeurs imputables de ce projet ne peuvent continuer leurs activités de manière indépendante, car ils doivent d’abord attendre l’approbation du MSSS : « nos prochains enjeux sont la présentation au sous-ministre aujourd’hui, les enjeux financiers et l’autorisation du projet par le MSSS » (ligne 5-A). Ainsi, en raison de la reddition de compte contrôlant les activités et les dépenses des établissements, ces derniers doivent faire approuver leurs initiatives par le MSSS avant de pouvoir les entamer.

Toutefois, les préoccupations du MSSS ne sont pas que priorisées par la planification stratégique. En effet, lors d’incidents ou de situations médiatisées, les préoccupations circonstanciées du MSSS sont mises de l’avant par les médias québécois et deviennent inévitablement les préoccupations émergentes du comité de direction des

deux établissements. Les notes brutes de l'encadré 7.5 – B justifient cette première affirmation.

Notes brutes 7.5 – B. Notes des entrevues et des observations en lien avec l'influence du MSSS sur les priorités discutées durant l'animation de la salle de pilotage stratégique

Données des entrevues

1.PDG CISSS-B (juillet 2017)

- A.« il y a de la pression, ce que j'appelle la gestion par revue de presse, le GPRP. Ma journée est conditionnée par le focus des journalistes ou des partis de l'opposition, et les choses sur lesquelles les journalistes et les partis d'opposition *focussent* sont l'accès au système et les temps d'attente. »
- B.« les partis de l'opposition vont faire ressortir pour le parti en pouvoir tout ce qu'eux jugent que le parti ne fait pas adéquatement. C'est pour ça que ça s'appelle la gestion par revue de presse, parce qu'ils vont prendre des éléments peut-être très banals et en faire quelque chose de médiatisé qu'on doit adresser. »
- C.« on [les PDG] relève directement du ministre, on est sous le pouvoir du ministre. »

2.DSP CISSS-B (novembre 2017)

- A.« quand on regarde la santé en ce moment, c'est dirigé par l'organisme politique, alors avec l'élection qui s'en vient, qu'est-ce qui fait parler la population? C'est l'attente pour les chirurgies, les médecins de famille et l'urgence. [...] Mais le problème, c'est que cette vision-là et cette pression-là font en sorte que les personnes prennent des décisions ou risquent de prendre des décisions qui sont mauvaises. »

3.PDGA CISSS-B (mai 2017)

- A.« plein de projets ou de directives arrivent du ministère à cause de toutes sortes de situations impondérables, ça vient donc prendre la place du *slack* organisationnel, et même dans certains cas, prendre la place d'un certain nombre de nos projets dans l'organisation »
- B.« le fait que les établissements soient maintenant directement en lien avec le ministère et que les directives sont nombreuses, je pense que ça fait en sorte qu'il faut se donner plus de *slack* organisationnel parce que les gens *tourment* à une vitesse incroyable. Et évidemment on porte notre attention sur les nouvelles directives [du MSSS] qui ont souvent des échéanciers extrêmement courts, et on délaisse ce pour quoi on avait fait une belle planification. »

4.DSP CISSS-A (mai 2017)

- A.« le ministère continue de lancer des demandes qui ont des agendas serrés. C'est correct, on les fait. C'est juste que là, la salle de pilotage s'éloigne des

[priorités de départ] »

- B.« il [le MSSS] ne tient pas compte qu'on est supposé de [travailler sur les priorités], et qu'on a des orientations stratégiques, il rajoute des dossiers, rajoute des dossiers qui n'ont pas rapport avec les A3 stratégiques »

5.PDG CISSS-A (mars 2017)

- A.« il ne faut pas oublier qu'on ne fait tout ça pour faire plaisir au ministre. On fait ça parce qu'on a comme obligation de rendre des services accessibles, continus et de qualité à notre population. »

Données des observations

- 6.CISSS-A – Observation du 23 mars 2017

- o **A.PDG** : au sujet de l'indicateur du nombre de NSA, plusieurs patients NSA ont été pris en charge par le CISSS-A, mais venaient d'un territoire qui est couvert par un autre établissement
 - « je sais que vous êtes occupés, mais est ce qu'on peut les appeler pour leur dire de prendre leurs patients, quand le ministre regarde ça il ne sait pas ça [que les patients appartiennent à un autre établissement] et de toute façon les patients sont des patients de la ville et non des établissements. On a une reddition de compte, il faut se mettre en mode quotidien, il faut regarder ça de plus près »

- 7.CISSS-A – Observation du 20 avril 2018

- o Notes supplémentaires prises par le chercheur durant le comité de direction
 - A.Dans les journaux il y a une forte pression au sujet des NSA et des urgences, les établissements doivent avoir des taux d'occupation de l'urgence de 100% ou moins, le nombre d'heures moyen sur civières doit être de 12h ou moins, le ministre a mandaté les PDG de rétablir la situation en une semaine, le PDG se dit inquiet de la situation, car certains établissements « cachent » des patients et il ne veut pas que ça arrive au CISSS-A

- 8.CISSS-B – Observation du 2 mai 2017

- o Notes supplémentaires prises par le chercheur durant l'animation:
 - A.dans le journal ce matin, la situation des urgences est encore discutée, l'organisation est parmi les établissements cités pour son « camouflage de patients » et l'augmentation du temps d'attente à l'urgence
 - B.Le PDG a annoncé en début de comité « il y a de la pression pour toujours être à 100% le matin lorsqu'on prend les données de l'urgence, le MSSS s'attend à ce que le taux d'occupation des civières à l'urgence ne dépasse pas le 100% »

- 9.CISSS-A – Observation du 18 mai 2017

- o Notes supplémentaires prises par le chercheur durant le comité de direction

- A. Le MSSS suit de près les urgences et les NSA, va mettre un article en projet de loi concernant les salles d'urgence - si les établissements n'y arrivent pas par eux-mêmes il fait un projet de loi donc oblige les établissements à adopter des procédures qu'il définit
- B. Le PDG informe le comité de direction que le ministre veut rencontrer les gens en lien avec l'urgence (DSI, DSP, SAPA), il veut connaître leurs « secrets »

Dans l'encadré ci-haut, le PDG du CISSS-B (lignes 1-A et 1-B) explique qu'il doit parfois privilégier certains éléments (indicateurs, projets) en fonction des priorités circonstancielles du MSSS qui sont divulguées dans les médias, ce qu'il appelle la « gestion par revue de presse » (ligne 1-A). Il affirme à cet effet que les médias vont parfois utiliser « des éléments peut-être très banals et en faire quelque chose de médiatisé qu'on doit adresser » (ligne 1-B). Dans un tel contexte, les établissements doivent s'occuper rapidement des préoccupations médiatisées, donc partagées à la population, afin de donner des comptes rendus aux médias et au MSSS dans le but d'éviter des représailles. Le DSP du CISSS-B affirme aussi que les enjeux politiques dictent ce sur quoi le comité de direction porte son attention quotidienne (ligne 2-A) et ajoute que les enjeux qui retiennent l'attention du MSSS et des médias sont en grande partie en lien avec l'attente pour les chirurgies, l'accès aux médecins de famille et la situation dans les urgences (ligne 2-A). En conséquence, les acteurs du réseau, confrontés à une pression importante venant de la haute direction, du MSSS et des médias, peuvent parfois prendre des décisions qui favorisent une résolution rapide des enjeux priorités par le MSSS, mais pouvant être désalignés avec les objectifs stratégiques de leur établissement (ligne 2-B). Cette situation est illustrée dans les notes de l'observation du 23 mars 2017 au CISSS-A (ligne 6-A). En effet, puisque le nombre de patients NSA est un enjeu important pour le MSSS et tous les établissements du réseau et que ces derniers travaillent avec persévérance à diminuer leur nombre, les travailleurs de la santé sont partagés entre prendre en charge des patients qui proviennent d'un autre territoire ou ne pas les prendre en charge et atteindre leur cible du nombre de patients NSA. Dans ces lignes, le PDG semble aussi partagé en rappelant que même si la prise en charge de patients NSA sous la

responsabilité d'un autre établissement fait augmenter l'indicateur, il est du devoir de l'établissement de prodiguer des services à ces individus (ligne 6-A).

Il y a ainsi un désir et une volonté de donner des services adéquats et de qualité à la population, en mettant le patient au cœur des décisions (ligne 5-A). Cependant, la pression du MSSS fait en sorte que les établissements sont contraints de délaissier leurs priorités respectives afin de mettre l'accent sur celles du moment, dictées par le MSSS et partagées dans les médias. Les priorités momentanées et parfois non urgentes prennent la place d'actions ou de projets importants et parfois à long terme pour l'établissement, comme le souligne le PDGA du CISSS-B (lignes 3-A et 3-B): « on porte notre attention sur les nouvelles directives [du MSSS] qui ont souvent des échéanciers extrêmement courts, et on délaissie ce pour quoi on avait fait une belle planification » (ligne 3-B). Il affirme aussi qu'en raison de la proximité récente du MSSS et des établissements du réseau de santé et de services sociaux québécois, ces derniers reçoivent un grand nombre de directives de la part du MSSS et doivent donc prévoir assez de *slack* organisationnel afin d'éviter de surcharger leurs effectifs et de pouvoir réagir rapidement aux priorités momentanées dictées par le MSSS (ligne 3-A et 3-B). Le DSP du CISSS-A partage en entrevue que cette façon de gérer les enjeux fait en sorte que durant l'animation de la salle de pilotage stratégique, les priorités stratégiques sont délaissées (ligne 4-A) pour gérer des priorités circonstanciellelles : « il [le MSSS] rajoute des dossiers, rajoute des dossiers qui n'ont pas rapport avec les A3 stratégiques » (ligne 4-B).

Le comité de direction est ainsi contraint à prioriser des situations circonstanciellelles, et parfois dont le niveau d'urgence est démesuré par rapport à la réalité, au détriment des objectifs stratégiques. Les observations du 20 avril 2017 au CISSS-A (ligne 7-A) et du 2 mai 2017 au CISSS-B (ligne 8-A et 8-B) illustrent cette problématique. Les notes prises lors de ces observations des animations appuient les citations des directeurs au sujet de l'influence des priorités momentanées du MSSS sur les éléments priorisés durant l'animation. La première situation (ligne 7-A), fait référence aux directives du ministre afin de diminuer rapidement les taux

d'occupation dans les urgences, une situation fortement médiatisée durant l'hiver 2017 : « le ministre a mandaté les PDG de rétablir la situation en une semaine, le PDG se dit inquiet de la situation, car certains établissements « cachent » des patients et il ne veut pas que ça arrive au CISSS-A ». Même si les directeurs savent que la situation ne peut être corrigée en une semaine, ils doivent faire un plan d'action afin de diminuer les indicateurs en lien avec l'occupation de l'urgence dans les temps demandés par le MSSS. Quelques semaines plus tard, la situation était toujours le sujet de l'heure dans les médias et le CISSS-B était dans l'eau chaude pour avoir « caché » des patients dans des salles et ailes autres qu'à l'urgence afin de faire diminuer son taux d'occupation (ligne 8-A et 8-B). La forte pression du MSSS sur les travailleurs de la santé et les comités de direction des établissements peut faire en sorte que ces derniers adoptent des comportements que l'on pourrait qualifier de « déviants » par peur de représailles de la part du MSSS, comme l'avait mentionné le DSP du CISSS-B en entrevue (ligne 2-A). À la mi-mai 2017, voyant que la situation des urgences ne s'améliorait pas autant que souhaité, le MSSS a averti les établissements qu'il officialiserait par un projet de loi l'adoption de mesures officielles pour les urgences (ligne 9-A). De plus, le ministre demanda à rencontrer les directeurs imputables des services de l'urgence, dont les DSP et les DSI, afin de « connaître leurs secrets », c'est-à-dire de connaître leurs stratégies de gestion des urgences de leur établissement (ligne 9-B). Ainsi, nous comprenons que lorsqu'une situation, comme celle du haut taux d'occupation des urgences, n'est pas réglée dans les délais et selon les directives du MSSS, ce dernier choisit la mise en place de mesures coercitives, telles des projets de loi, afin d'atteindre les cibles préalablement définies.

Le contrôle du MSSS sur les priorités des établissements de santé et de services sociaux du Québec est très présent non seulement en ce qui a trait aux efforts des directions des établissements, mais aussi des priorités de ces derniers. Le MSSS et son ministre agissent ainsi comme une main invisible, dictant aux PDG et à leurs équipes où ils doivent concentrer leur attention. Ce contrôle se fait non seulement par la priorisation ponctuelle des événements, mais aussi grâce à la planification

stratégique commune sur laquelle tous les établissements doivent baser leurs priorités stratégiques. De ce fait, le MSSS contrôle d'abord ce sur quoi les comités de direction portent leur attention, et donc contrôle du même coup les activités priorisées au niveau des directions et des opérations.

Ce type d'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle, où le MSSS intervient dans les activités et dicte les priorités aux établissements via la planification stratégique et les objectifs ponctuels prioritaires, s'inscrit dans un système de contrôle de type interactif, ainsi que des contraintes. Le levier de contrôle interactif est mis en œuvre dans les interactions entre les acteurs utilisant l'outil, ici les membres du comité de direction et le MSSS. Ainsi, c'est dans le pouvoir conféré au MSSS et à son ministre que l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme système de contrôle interactif prend forme. Le MSSS utilise la salle de pilotage stratégique pour être à l'affût des moindres changements en lien avec les priorités ministérielles, ce qui lui permet de réorienter les activités des établissements du réseau vers les priorités qu'il juge urgentes, par exemple la situation qui fut dépeinte plus haut en lien avec le taux d'occupation dans les urgences. Une utilisation interactive des outils de contrôle permet à l'organisation de s'adapter à l'environnement changeant en fonction des informations reçues, ce qui fut observé à maintes reprises lorsque le MSSS et les médias ont mis l'accent sur des événements précis, comme le nombre de patients NSA en augmentation, tout en orientant les efforts stratégiques des établissements. Cependant, comme l'a mentionné le PDGA du CISSS-B (encadré des notes brutes 7.5 – A, ligne 3-B), en répondant constamment aux demandes du MSSS, les établissements de santé et de services sociaux peinent à mener à terme leurs projets et objectifs stratégiques établis à plus long terme. L'utilisation interactive de la salle de pilotage stratégique est aussi justifiée par les interactions fréquentes entre le MSSS et la haute direction des établissements, plus précisément leur PDG. Ces interactions font ainsi en sorte que le MSSS ajuste constamment la stratégie des établissements en fonction des informations qu'il reçoit des partis d'opposition, des indicateurs de performance et des médias, ce qui crée une

forte pression sur les directions des établissements qui doivent sans cesse réorienter leurs plans d'action en fonction des priorités momentanées dictées par le MSSS.

Alors, les préoccupations du MSSS deviennent par défaut les priorités des comités de direction et de ce fait les indicateurs en lien avec ces priorités momentanées deviennent le centre d'intérêt des discussions durant l'animation de la salle de pilotage stratégique. Ce contrôle des priorités favorise aussi le levier de contrôle des contraintes, en balisant les activités des directions des établissements. En effet, ce levier est mis en œuvre lorsque le domaine dans lequel les établissements peuvent concentrer leurs activités est limité par les demandes récurrentes du MSSS. En réajustant fréquemment les priorités des directeurs, le MSSS diminue du même coup leur marge de manœuvre et encadre leurs activités.

7.6 Analyse des rôles et de l'implication des acteurs stratégiques dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle

Les acteurs stratégiques ayant une influence notoire sur l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle sont, dans le cas du CISSS-A et du CISSS-B étudiés, les membres du comité de direction des établissements ainsi que le MSSS et son ministre. Ces acteurs jouent des rôles distincts mais interreliés, faisant en sorte que la salle de pilotage stratégique est utilisée comme un système de contrôle interactif en aidant la direction à prioriser la résolution d'enjeux momentanés selon les directives du MSSS mises de l'avant dans les médias. De plus, les priorités de ce dernier sont centrées sur les activités médicales, essentiellement en lien avec l'hôpital, ce qui fait en sorte que l'outil dans le contexte des deux organisations étudiées est centré sur les activités cliniques et de l'hôpital puisque les éléments qui y sont intégrés sont majoritairement liés aux activités des hôpitaux de ces établissements. Cette affirmation est confirmée par l'importance accordée aux directeurs cliniques responsables des indicateurs relatifs aux dossiers en lien avec les

urgences et les hôpitaux, lesquels sont priorisés dans le contenu des dimensions et lors des animations de la salle de pilotage stratégique. L'importance accordée aux dossiers cliniques rend l'implication des DSP déterminante dans la résolution des dossiers prioritaires lors des animations. Or, l'engagement des DSP et de leurs confrères médecins dans l'utilisation des outils de mesure de la performance n'est pas systématique ni simple, ce qui favorise le travail en silo chez ces acteurs.

En plus des directeurs cliniques, les membres de la haute direction tels les PDG, les PDGA ainsi que les DQEPE occupent les rôles importants lors des animations, laissant les directeurs administratifs occuper des rôles que nous qualifions de soutien. Ainsi, l'accent mis sur les dossiers cliniques lors des animations favorise l'utilisation de l'outil comme un système de contrôle des croyances, tandis que les interventions des directeurs administratifs influencent plutôt une utilisation de l'outil comme un système de contrôle des contraintes.

Les styles de gestion des PDG des deux organisations étudiées permettent de comprendre comment chacun influence l'utilisation de la salle de pilotage stratégique à des fins de contrôle. D'une part, le PDG du CISSS-A, en tenant le rôle de *modèle* lors des animations, aide les directeurs de son comité de direction à trouver des solutions aux enjeux rencontrés tout en montrant l'exemple au niveau de l'animation. Malgré sa grande préoccupation pour les objectifs, l'atteinte des résultats et les processus, il favorise l'intégration des valeurs de l'organisation lors de l'animation. Lors de la préparation aux animations, il favorise la préparation des directeurs afin que ces derniers aient tous les éléments nécessaires à la résolution de problème en groupe durant l'animation. Avec la DQEPE, il s'implique dans l'identification des indicateurs problématiques et dans l'amélioration de l'outil. Il favorise ainsi une utilisation de la salle de pilotage stratégique comme système de contrôle interactif, en l'utilisant pour s'impliquer dans les décisions des directeurs, mais aussi comme système de contrôle des croyances, en émettant explicitement la vision stratégique à suivre de l'établissement.

D'autre part, le PDG du CISSS-B tient, durant les animations, le rôle de *vigie* lui conférant un pouvoir de décision important. Il centralise l'attention des directeurs sur les indicateurs de performance, l'atteinte des objectifs et les préoccupations stratégiques momentanées. Sa grande préoccupation pour les résultats et les indicateurs est représentée d'une part dans la salle de pilotage stratégique où sont affichés la majorité des projets et indicateurs stratégiques, mais aussi dans son rôle de *vigie* lors des animations. De plus, les membres de la DQEPE sont soucieux de la méthodologie derrière la salle de pilotage stratégique, telle des gardiens de la méthodologie. La direction du CISSS-B favorise ainsi une approche orientée sur les résultats en priorisant l'atteinte des cibles lors des animations. La salle de pilotage stratégique est ainsi utilisée comme un système de contrôle diagnostique, servant de tableau de bord afin de suivre de près les indicateurs de performance et l'avancement des projets organisationnels, mais aussi comme un système de contrôle interactif, en permettant à la haute direction d'augmenter son influence sur les décisions et activités des directeurs.

Au niveau du MSSS, nous comprenons qu'en raison de son mode de gestion, les PDG des établissements n'ont guère le choix que de prioriser les éléments qu'il met de l'avant et s'inscrivant dans la gestion des indicateurs de performance et des objectifs momentanés. En multipliant les rencontres et les communications avec les PDG des établissements, le ministre de la Santé et des Services sociaux contrôle les priorités stratégiques des établissements à partir des informations provenant des indicateurs de performance et de l'avancement des projets et des objectifs stratégiques. Malgré une planification stratégique rigoureuse et uniforme pour l'ensemble des établissements de la province, les directeurs sont confrontés à des demandes sporadiques aux délais courts de la part du MSSS, rendant le parcours vers l'atteinte des objectifs stratégiques plus complexe. De plus, puisque ces demandes sont en lien avec l'atteinte des cibles et la correction de situations ponctuelles, les travailleurs de la santé sont parfois partagés entre l'atteinte des objectifs stratégiques et la rencontre des demandes ponctuelles dictées par le MSSS. Cette situation fut observée lorsque le MSSS demanda à ce que les urgences des établissements diminuent leur taux

d'occupation à moins de 100% en une semaine, sachant que la situation, malgré l'ajout de sommes importantes d'argent dans les mois précédents l'annonce, ne s'était pas améliorée à ce point à l'échelle de la province. La forte pression et les courts délais en lien avec l'atteinte de la cible firent en sorte que dans certains établissements, dont le CISSS-B, les travailleurs de la santé à l'urgence eurent recours à des actions controversées afin d'atteindre le taux exigé, entre autres en déplaçant des patients hospitalisés dans des endroits autres que l'urgence (encadré des notes brutes 7.5 – B, ligne 8-A).

L'implication du MSSS et de son ministre dans la gestion des établissements influence ainsi la priorisation des enjeux en lien avec l'atteinte des cibles, sans toujours prendre en compte les conséquences que cela pourrait engendrer à l'échelle humaine dans les établissements de santé et de services sociaux du réseau. En utilisant la salle de pilotage stratégique pour suivre les indicateurs et partager ses priorités aux établissements, il en fait un système de contrôle diagnostique d'une part, et interactif d'autre part. Il regarde de près les indicateurs de performance pour suivre l'implantation et le développement de ses projets ministériels. La planification stratégique a permis aux établissements d'afficher les cibles du MSSS sur les murs et de faire des plans d'action pour les atteindre. Ces caractéristiques dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique en font un système de contrôle diagnostique. Toutefois, les priorités momentanées communiquées aux établissements viennent intercepter leurs projets visant à atteindre les plans d'action préalablement établis. Le MSSS et son ministre peuvent ainsi influencer les décisions des comités de direction des établissements en réorientant les priorités et les actions de ces derniers, ce qui favorise l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme un système de contrôle interactif.

Nos analyses nous permettent ainsi d'avancer que la manière dont les acteurs stratégiques dirigent leur organisation influence significativement l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle. Une préoccupation de la direction centrée sur les processus favorise l'utilisation de l'outil comme système de

contrôle des croyances et interactif, tandis qu'une préoccupation plus forte pour les résultats favorise l'utilisation de l'outil comme système de contrôle diagnostique et interactif. De plus, l'influence notoire du MSSS et de son ministre fait en sorte que leur niveau d'implication dans la gestion des établissements influence la manière dont les PDG et leurs équipes utiliseront l'outil. Les cibles et indicateurs de performance étant des éléments importants pour le MSSS, les équipes de direction des établissements n'ont d'autres choix que de prioriser au même niveau ces éléments de la salle de pilotage stratégique, parfois au détriment d'autres dimensions importantes telle la vision stratégique de l'organisation, incluant ses valeurs.

Nous comprenons ainsi que l'utilisation de la salle de pilotage stratégique est influencée par ceux qui l'utilisent, et de manière importante par celui qui en est le porteur, soit le PDG dans le cas des établissements de santé et de services sociaux étudiés.

Afin de résumer l'impact des rôles et de l'implication des acteurs stratégiques sur l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle, le tableau suivant regroupe les éléments de comparaison pertinents relatifs aux deux établissements.

Tableau 7.4 - Résumé des rôles et de l'implication des acteurs stratégiques dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle

	Éléments clés et type de contrôle	
	CISSS-A	CISSS-B
Rôles désignés et émergents durant l'animation	<ul style="list-style-type: none"> - La majorité des rôles sont tenus par des membres de la haute direction et de la DQEPE 	
Rôles de directeurs cliniques et administratifs	<ul style="list-style-type: none"> - Les rôles importants sont tenus par les directeurs cliniques, tandis que les directeurs administratifs tiennent des rôles de soutien - Les interventions des directeurs cliniques favorisent un contrôle des croyances, tandis que celles des directeurs administratifs favorisent le contrôle des contraintes 	
Rôle de la DQEPE	<ul style="list-style-type: none"> - Tient le rôle de gardienne du sens - Favorise l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme système de contrôle interactif 	<ul style="list-style-type: none"> - Tient le rôle de gardienne de la méthodologie - Favorise l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme système de contrôle diagnostique
Rôle des PDG	<ul style="list-style-type: none"> - Adopte le rôle de <i>modèle</i> durant les animations - Gestion centrée sur les processus - Favorise l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme système de contrôle des croyances et interactif 	<ul style="list-style-type: none"> - Adopte le rôle de <i>vigie</i> durant les animations - Gestion centrée sur les résultats - Favorise l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme système de contrôle diagnostique
Rôle du corps médical	<ul style="list-style-type: none"> - Travaille en silo - Engagement difficile des médecins envers l'utilisation des outils de mesure de la performance - Favorise l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme système de contrôle diagnostique 	
Rôle du MSSS	<ul style="list-style-type: none"> - Tient un rôle de « main invisible » en contrôlant les priorités des établissements - Favorise l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme système de contrôle interactif et des contraintes 	

La Figure 7.1 suivante présente le schéma intégrateur de l'intensité de chaque levier de contrôle en lien avec les rôles et l'implication des acteurs stratégiques. Comme illustré, les leviers de contrôle diagnostique et interactif sont favorisés par les rôles et l'implication des acteurs stratégiques en lien avec l'utilisation de la salle de pilotage stratégique.

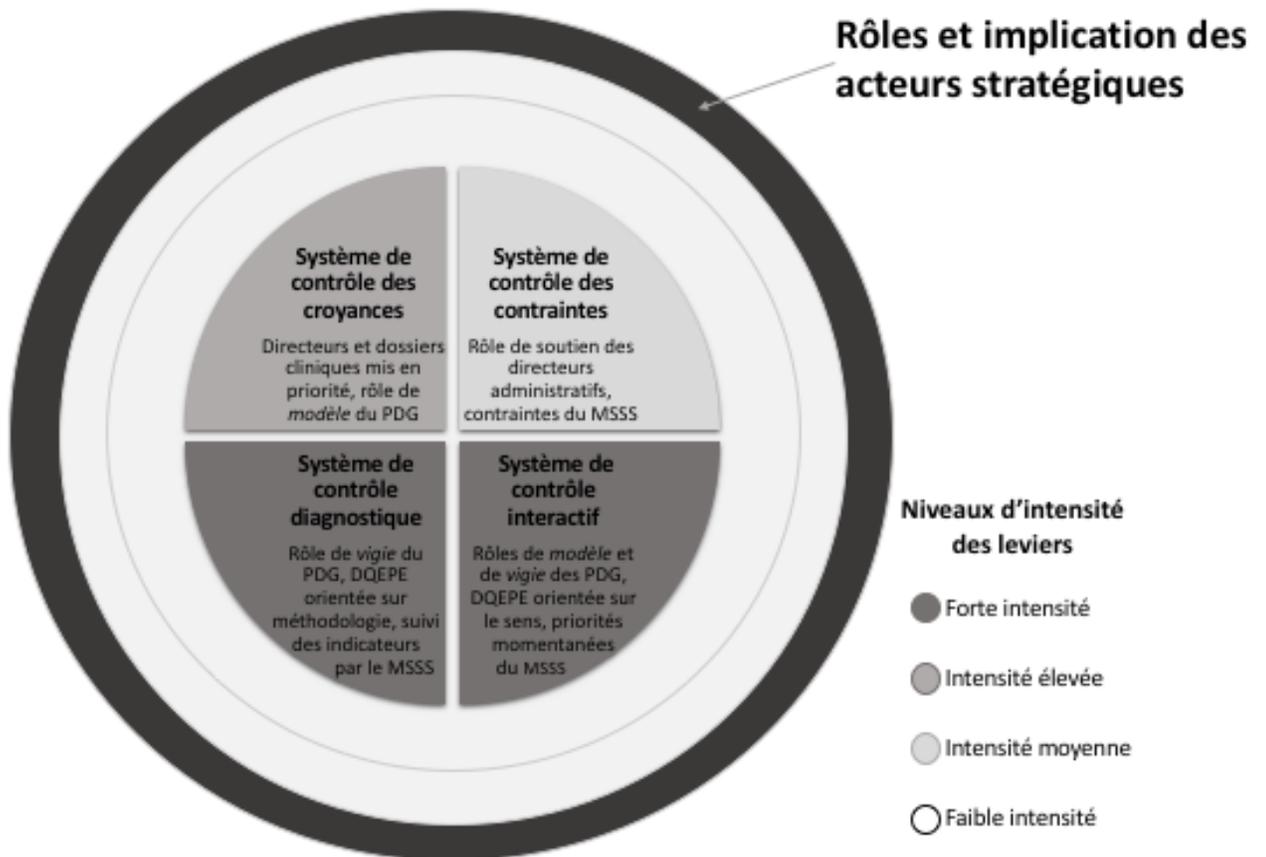


Figure 7.1 - Schéma intégrateur de l'intensité des leviers de contrôle en fonction des rôles et de l'implication des acteurs stratégiques

Chapitre 8 Discussion

L'analyse présentée aux chapitres 5, 6 et 7 du présent mémoire est riche en information permettant de déterminer comment la salle de pilotage stratégique est utilisée en tant que système de contrôle dans les établissements de santé et de services sociaux étudiés. Dans le chapitre 4, nous avons lancé trois autres questions afin de guider notre analyse, à savoir comment la structure, l'animation ainsi que les rôles et l'implication des acteurs stratégiques influenceraient l'utilisation de la salle de pilotage en tant qu'outil de contrôle. Notre analyse des données des deux établissements étudiés nous permet de comprendre que la salle de pilotage stratégique est en effet utilisée comme un système de contrôle et que les quatre leviers de contrôle sont favorisés à différents degrés dans le contenu de l'outil, mais aussi que les caractéristiques de son utilisation et des acteurs qui en font usage influencent la manière dont elle sera employée à des fins de contrôle.

Le Tableau 8.1 de la page suivante présente le résumé des éléments critiques favorisant le contrôle au sein des trois aspects étudiés quant à l'utilisation de la salle de pilotage stratégique – la structure, les animations et les rôles et l'implication des acteurs stratégiques. La Figure 8.1 présente ensuite le modèle intégrateur de l'intensité de chacun des quatre leviers de contrôle en lien avec les trois aspects de l'utilisation de la salle de pilotage étudiés.

Tableau 8.1 - Résumé des éléments critiques de la structure, des animations et des rôles des acteurs en lien avec l'utilisation de la salle de pilotage comme outil de contrôle stratégique

	CISSS-A	CISSS-B	Leviers favorisés
Contenu des dimensions de la SPS	<ul style="list-style-type: none"> - Dimension 1 : contrôle des croyances - Dimension 2 : contrôles des contraintes et diagnostique - Dimension 3 : contrôle diagnostique - Dimension 4 : contrôles diagnostique et interactif 	<ul style="list-style-type: none"> - Dimension 1 : contrôles des contraintes et diagnostique - Dimension 2 : contrôle des contraintes - Dimension 3 : contrôle diagnostique - Dimension 4 : contrôles diagnostique et interactif 	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôle diagnostique : forte intensité - Contrôle des contraintes : intensité élevée - Contrôle interactif : intensité moyenne - Contrôle des croyances : faible intensité
Caractéristiques des animations	<ul style="list-style-type: none"> - Rappel des assises stratégiques par le PDG : contrôle des croyances - Phases T-1, T-0 et T+1 : contrôles diagnostique et interactif - Accent mis sur les murs 3 et 4 : contrôle diagnostique et interactif 	<ul style="list-style-type: none"> - Démocratisation complète : contrôle interactif - Phases T-1, T-0 et T+1 : contrôles diagnostique et interactif - Accent mis sur les murs 2, 3 et 4 : contrôle des contraintes, diagnostique et interactif 	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôles diagnostique et interactif: forte intensité - Contrôle des contraintes : intensité moyenne - Contrôle des croyances : faible intensité
Rôles des acteurs stratégiques	<ul style="list-style-type: none"> - Rôle de <i>modèle</i> du PDG : contrôles des croyances et interactif - Rôle de gardienne du sens de la DQEPE : contrôle interactif 	<ul style="list-style-type: none"> - Rôle de vigie du PDG : contrôles diagnostique et interactif - Rôle de gardienne de la méthodologie de la DQEPE : contrôle diagnostique 	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôles diagnostique et interactif: forte intensité - Contrôle des croyances : intensité moyenne - Contrôle des croyances : faible intensité
	<ul style="list-style-type: none"> - Rôle de soutien des directeurs administratif : contrôle des contraintes - Priorisation des demandes du MSSS : contrôle interactif - Suivi des indicateurs par le MSSS : contrôle diagnostique - Demandes récurrentes et balisant les activités des établissements : contrôle des contraintes 		

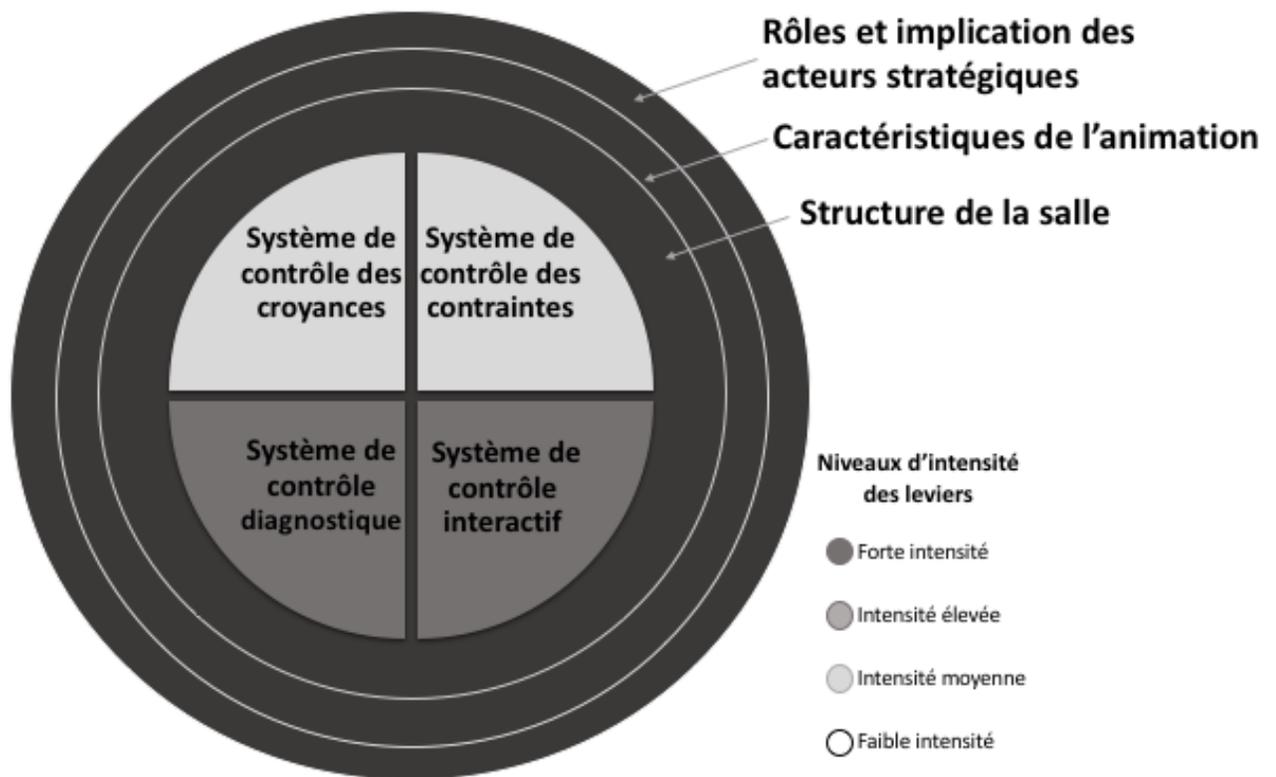


Figure 8.1 - Schéma intégrateur de l'intensité des leviers de contrôle en fonction de l'utilisation de la salle de pilotage stratégique par le CISS-A et le CISS-B

Le schéma ci-haut illustre le poids des leviers de contrôle diagnostique et interactif. La présence simultanée de ces deux leviers de contrôle favorise d'une part le suivi des cibles stratégiques afin de réaliser la stratégie définie, et d'autre part le partage d'informations et la recherche commune de solution aux enjeux. Le levier de contrôle diagnostique s'inscrit dans un système que Simons (1995) qualifie de négatif – centralise l'attention des gens sur les éléments critiques de performance, diminue l'innovation pour concentrer les comportements vers l'atteinte des buts. Le levier de contrôle interactif s'inscrit plutôt dans un système que l'auteur qualifie de positif – sert à motiver les individus, à favoriser la créativité et le partage d'informations. Ainsi, la présence simultanée de ces deux leviers permet aux comités de direction d'utiliser deux forces opposées, soit favoriser les apprentissages (contrôle interactif) et contrôler les activités (contrôle diagnostique) (Simons, Dávila et Kaplan, 2000: 306). Selon Tuomela (2005), les outils de mesures de performance, telle la salle de pilotage

stratégique, peuvent être utilisés conjointement et simultanément de manière diagnostique et interactive. Lorsque les directeurs concentrent leur attention sur des enjeux stratégiques saillants, ils s'assurent de déterminer des plans d'action afin de résoudre le problème soulevé tout en s'impliquant personnellement dans la solution, parfois en guidant les directeurs concernés vers des solutions réalistes, parfois en s'engageant à fournir des ressources.

Les leviers de contrôle des croyances et des contraintes sont aussi favorisés lors de l'utilisation de la salle de pilotage stratégique par les comités de direction. Le levier de contrôle des croyances s'inscrit dans un système qualifié de positif, tel le levier de contrôle interactif. La présence simultanée des leviers de contrôle des croyances et de contrôle interactif favorise ainsi une tension positive en guidant les membres des comités de direction à trouver de nouvelles occasions ou à trouver des solutions novatrices aux enjeux rencontrés. Ces deux leviers utilisés simultanément, comme lorsque le PDG du CISSS-A se réfère aux valeurs organisationnelles pour guider la recherche de solution, favorise le développement d'une motivation intrinsèque chez les directeurs en créant un environnement positif qui encourage le partage d'information. En ce qui a trait au levier de contrôle des contraintes, ce dernier s'inscrit dans un système dit négatif tel le levier de contrôle diagnostique. Ces deux derniers leviers, lorsque favorisés de manière simultanée, servent à orienter et contrôler les comportements afin qu'ils soient concentrés sur les éléments de performance critiques, comme il fut observé quant aux interactions du MSSS dans les priorités momentanées des établissements et dans le suivi serré des indicateurs de performance. Ces leviers favorisent le développement d'une motivation plutôt extrinsèque, guidée par l'atteinte des buts précis ainsi que par les limites claires dans lesquels ils peuvent continuer leurs activités.

Les leviers de contrôle de Simons (1995) sont ainsi « équilibrés » lorsque les comités de direction utilisent la salle de pilotage stratégique. Cet équilibre favorise ainsi de saines tensions entre le contrôle et l'habilitation (Mundy, 2010) lorsque les acteurs stratégiques font usage de l'outil.

8.1 Les constats de la recherche

L'analyse des données du CISSS-A et du CISSS-B nous permet de présenter cinq grands constats en lien avec l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme système de contrôle par les établissements de santé et de services sociaux étudiés.

1^{er} constat : le choix du contenu ainsi que les caractéristiques de l'animation des dimensions de la salle de pilotage stratégique influencent conjointement la mise en œuvre des quatre leviers de contrôle de Simons (1995) favorisant les leviers de contrôle diagnostique et interactif

La salle de pilotage stratégique est constituée de quatre dimensions aux visées différentes et complémentaires.

La première dimension, la « vision à long terme », doit afficher le plan stratégique de l'établissement sous forme de matrice de cohérence et inclure les dimensions du Vrai Nord tels les volets de la performance, la mission, la vision ainsi que les valeurs organisationnelles. L'affichage de ces dernières dimensions favorise leur rappel durant les animations de la salle de pilotage stratégique et donc permet aux membres du comité de direction utilisant l'outil de comprendre la vision stratégique de l'organisation, et non seulement les indicateurs stratégiques à atteindre. Lorsque la mission, la vision et les valeurs sont affichées, la dimension « vision à long terme » favorise l'utilisation de l'outil comme un système de contrôle des croyances, en étalant visuellement les valeurs organisationnelles auxquelles les membres de l'organisation doivent adhérer. Cependant, la planification stratégique présentée par l'entremise de la matrice de cohérence favorise plutôt le contrôle des contraintes et le contrôle diagnostique, en présentant les cibles à atteindre et les ressources mobilisées par les équipes afin de les atteindre.

Toutefois, ce n'est que lors des animations que ces trois systèmes de contrôle sont réellement mis en œuvre. Dans les deux cas étudiés, la dimension « vision à long

terme » n'est animée qu'une à deux fois par an. Ainsi, le rappel des éléments de la vision stratégique (mission, vision, valeurs) n'est abordé en profondeur que durant ces animations. Cependant, leur présence sur le mur favorise leur rappel par l'animateur qui peut s'appuyer sur leur description pour orienter les discussions et même les décisions. Au CISSS-A, le PDG qui est l'animateur désigné mentionna à quelques reprises durant les animations des éléments du Vrai Nord afin d'orienter les décisions des directeurs favorisant ainsi le contrôle des croyances. Ce levier de contrôle n'est pas présent au CISSS-B en raison de l'absence de ces éléments sur leur mur « vision à long terme ». L'animation des éléments de la matrice de cohérence, soit les objectifs stratégiques, les indicateurs stratégiques et les rôles et responsabilités des acteurs clés, favorisent d'une part le contrôle diagnostique, en rappelant et suivant les cibles stratégiques à atteindre et, d'autre part, le contrôle des contraintes grâce au calcul de la capacité organisationnelle et de l'attribution des tâches aux différents acteurs stratégiques. Encore une fois, puisque cette dimension n'est animée que rarement, son rôle comme système de contrôle est moins important que les dimensions qui sont examinées à chaque animation, soit les dimensions « indicateurs de performance » et « réponse action ». Les résultats de l'analyse de la dimension « vision à long terme » laissent entrevoir une réalité complexe. En effet, malgré son titre « vision à long terme » qui fait intuitivement référence au système de valeurs de l'organisation et donc au contrôle des croyances, la présence de la matrice de cohérence dans cette dimension soutient aussi le suivi des objectifs stratégiques et le détail des rôles et responsabilités des personnes imputables favorisant ainsi les contrôles diagnostique et des contraintes. Ainsi, l'animateur, en se référant à cette première dimension pour rappeler les assises de la vision ou plutôt faire le suivi des objectifs stratégiques auprès des directeurs imputables, favorisera respectivement son utilisation soit comme système de contrôle des croyances, des contraintes ou diagnostique.

La seconde dimension, le mur des « actions actuelles », affiche pour sa part le suivi des grands projets stratégiques de l'établissement. On devrait d'abord y retrouver les objectifs prioritaires illustrés sous la forme d'A3 ainsi que la sélection des projets

stratégiques prioritaires déterminés par le comité de direction. Lors de l'animation cette dimension prend la forme d'un système de contrôle plus complexe. Au CISSS-A, cette dimension est composée des A3 objectifs et de leur suivi, et leur animation ne se fait qu'une à deux fois par an. Au CISSS-B, cette dimension affiche les A3 objectifs ainsi que le portefeuille de projets prioritaires, l'animateur se penchant cependant sur un ou quelques projets à chaque animation afin d'en faire le suivi. L'animation du suivi des A3 favorise l'utilisation de cette dimension comme un système de contrôle diagnostique en assurant et mesurant l'alignement entre les activités et les cibles, tandis que la présentation des projets et des objectifs favorise plutôt un contrôle des contraintes en délimitant les ressources des activités prioritaires des directeurs. Ainsi, le choix du contenu et la manière dont cette seconde dimension est animée favorisent la mise en œuvre d'un des deux leviers de contrôle. D'une part, lorsque l'accent est mis sur le suivi des objectifs stratégiques avec les A3, cette dimension est utilisée comme système de contrôle diagnostique. En effet, ce levier de contrôle est mis en œuvre lorsque l'état d'avancement des cibles déterminées sur les A3 est mesuré et la rétroaction des directeurs imputables de ces A3 est utilisée afin d'aligner les actions aux cibles. D'autre part, lorsque l'accent est mis sur la présentation des projets et des objectifs, elle est plutôt utilisée comme système de contrôle des contraintes. Ce levier de contrôle est en effet mis en œuvre lorsque les directeurs discutent de la faisabilité des projets et des ressources disponibles afin de les mener à terme. Ce levier permet de clarifier les limites organisationnelles, ce qui permet aux directeurs de déléguer certaines tâches aux membres de leurs équipes par la suite.

La troisième dimension, le mur des « indicateurs de performance » présente le suivi des indicateurs stratégiques liés aux objectifs prioritaires du comité de direction. Ces indicateurs devraient être présentés sous la forme de graphique affichant l'évolution de l'indicateur dans le temps, selon les périodes de l'année financière de l'établissement. Dans les deux établissements étudiés, les indicateurs de performance sont présents et ceux indiquant des résultats critiques sont imprimés sur des feuilles jaunes. Cependant, la façon dont ces indicateurs sont affichés sur le mur varie. Au

CISSS-A, les indicateurs sont liés aux trajectoires clientèle, ces dernières étant affichées à droite des graphiques des indicateurs. Au CISSS-B, les indicateurs de performance sont plutôt regroupés par axe de la planification stratégique. De plus, les comités de direction des deux établissements ont choisi d'animer différemment cette dimension. Au CISSS-A, cette dimension est animée après le retour de la dimension « réponse action » détaillée à l'animation précédente, tandis qu'au CISSS-B, cette dimension est animée conjointement avec le retour du mur 4 afin de voir l'effet des actions sur les indicateurs. Ces deux manières de présenter et d'animer la dimension « indicateurs de performance » s'inscrivent dans un système de contrôle diagnostique, ce qui corrobore notre supposition à ce sujet. En effet, le contenu de cette dimension influence grandement la manière dont il est animé. Le suivi des indicateurs de performance sous forme de graphique, qu'ils soient liés aux trajectoires clientèle ou aux axes de la performance, permet de mesurer formellement l'atteinte des objectifs stratégiques, en mesurant du même coup les écarts aux cibles afin d'apporter par la suite les correctifs nécessaires. De plus, l'affichage des indicateurs critiques en jaune permet de faire de la « gestion par exception », focalisant l'attention des directeurs sur les variables pouvant mettre en jeu l'atteinte des objectifs stratégiques. Lors des animations des deux établissements, ces indicateurs critiques étaient au centre des discussions et en raison de la courte durée de l'animation, les directeurs pouvaient se concentrer sur les enjeux entourant ces indicateurs de manière efficace. Ces raisons font que cette troisième dimension est utilisée comme un système de contrôle diagnostique.

Finalement, la quatrième dimension, le mur « réponse action », présente les balises pour établir le plan des solutions aux enjeux stratégiques en lien avec les indicateurs de performance critiques présentés à la troisième dimension. On devrait retrouver sur ce mur les composantes du plan d'action. Les deux établissements étudiés ont choisi les composantes qu'ils jugeaient les plus utiles et adaptées à leurs besoins, ce qui fait en sorte qu'on ne retrouve pas les mêmes balises pour établir les plans d'action. Toutefois, dans les deux cas, les composantes de la dimension « réponse action » s'inscrivent dans un plan détaillé situant la problématique, la cible à atteindre et les

actions à mettre en œuvre afin de l'atteindre. Lors des animations, l'animateur fait un retour sur les plans d'action antérieurs en début de séance, puis il revient à cette dimension en fin de séance afin d'établir les plans d'action à mettre en œuvre afin de trouver des solutions aux enjeux soulevés au niveau des indicateurs critiques.

Les modalités d'animation des deux établissements sont différentes en ce qu'au CISSS-A, le retour sur le mur 4 en début de séance vise à noter l'état d'avancement des plans d'action établis, tandis qu'au CISSS-B ce retour se fait conjointement avec la vérification des indicateurs sur le mur 3 et donc vise à voir si les actions ont influencé ces derniers. Dans les deux cas, la dimension « réponse action » est utilisée comme un système de contrôle interactif et diagnostique. D'une part, il permet aux directeurs d'identifier et de trouver des solutions planifiées afin de résoudre les enjeux momentanés et ce, en groupe ce qui permet le partage d'informations et la collaboration entre les membres du comité de direction, favorisant ainsi le contrôle interactif. D'autre part, l'élaboration de plans d'action afin de corriger les écarts aux cibles favorise aussi le contrôle de type diagnostique. Au CISSS-B, le suivi conjoint en début d'animation avec les indicateurs de performance s'inscrit dans une utilisation de cette dimension comme système de contrôle diagnostique, en analysant les répercussions des actions sur les indicateurs critiques. Au CISSS-A, le retour sur les actions permet aux directeurs d'ajuster les plans au besoin, favorisant l'utilisation de la dimension comme un système de contrôle interactif. Dans les deux établissements, ces deux leviers de contrôle sont mis en œuvre dans l'utilisation de la dimension « réponse action » pour établir des plans d'action en fin d'animation.

Nos résultats au niveau du contenu et des modalités de l'animation des dimensions permettent de comprendre que la salle de pilotage stratégique est utilisée comme outil de contrôle au niveau des croyances et des contraintes, mais aussi de manière interactive et diagnostique. L'animation des dimensions favorise une saine tension entre les différents leviers de contrôle, visant l'identification et le suivi des enjeux stratégiques ainsi que la recherche de solutions. Toutefois, l'utilisation de l'outil favorise de manière plus significative l'émergence du contrôle interactif et

diagnostique. Malgré l'utilisation des dimensions « vision à long terme » et « actions actuelles » comme leviers de contrôle des croyances et des contraintes dans certains cas, les leviers de contrôle interactif et diagnostique sont pour leur part mis en œuvre dans les quatre dimensions de l'outil, à divers degrés.

En plus de l'animation de la salle de pilotage stratégique, la structure des trois phases de préparation (T-1), d'animation (T-0) et de suivi (T+1) favorisent aussi l'utilisation de l'outil comme un système de contrôle à la fois diagnostique et interactif. En effet, la préparation sert dans les deux établissements à identifier les indicateurs critiques et à préparer le contenu de l'animation, soit les enjeux mensuels dont des solutions doivent être identifiées par le comité de direction. Durant cette phase, les membres de la DQEPE des deux établissements engagent un dialogue avec les directeurs imputables des indicateurs critiques afin que ces derniers préparent les informations nécessaires à la résolution des enjeux propres à leur direction. Cette routine permet ainsi à la DQEPE et à la haute direction dans le cas du CISSS-A d'influencer antérieurement les priorités discutées durant l'animation. Cette façon de faire favorise l'utilisation de l'outil comme un système de contrôle interactif. La phase d'animation, comme nous l'avons vu, favorise l'utilisation de la salle de pilotage stratégique majoritairement comme un système de contrôle interactif et diagnostique. D'une part, il permet le suivi et l'établissement de mesures correctives des indicateurs et enjeux stratégiques critiques. D'autre part, il permet à tous les membres présents durant l'animation de s'impliquer et d'influencer les discussions et actions relatives à ces enjeux organisationnels. Finalement, la phase de suivi devrait permettre aux deux établissements de faire le suivi des actions définies lors de l'animation afin de suivre leur degré d'implantation. Or, cette phase plutôt élémentaire dans les deux cas étudiés sert principalement à informer tous les membres du comité de direction de ce qui fut établi durant l'animation, en leur partageant les informations relatives surtout à la dimension « réponse action ». Ce suivi favorise ainsi le contrôle diagnostique, en aidant les directeurs à garder leur attention sur les actions déterminées lors de l'animation pour ainsi assurer la résolution des problématiques identifiées.

Les comités de direction des deux établissements étudiés utilisent ainsi la salle de pilotage stratégique principalement pour suivre l'état d'avancement de leurs projets et les indicateurs de performance, pour prendre des décisions ensemble sur les plans d'action à mettre en œuvre afin de résoudre les enjeux et donc pour favoriser la coordination des activités des différentes directions des établissements. Ces résultats sont congruents avec ceux de Wiersma (2009) au sujet de l'utilisation du tableau de bord prospectif. En effet, dans l'organisation étudiée par l'auteur, les gestionnaires utilisaient l'outil de mesure de la performance pour les trois mêmes raisons identifiées ci-haut.

2^e constat : le style de gestion du PDG influence l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme système de contrôle par ses choix au niveau du contenu des dimensions, des modalités de l'animation et par son rôle durant l'animation

Les PDG des établissements de santé et de services sociaux sont, par leur fonction, des acteurs clés dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique. Ils sont non seulement porteurs de l'outil, mais agissent en tant que dirigeants du comité de direction, ce qui impacte la manière dont l'outil sera utilisé afin de contrôler les activités des différentes directions. Les choix qu'ils font ayant trait à la salle de pilotage stratégique, conjointement avec leur équipe de direction et la DQEPE, ont des effets conséquents sur l'outil et les caractéristiques de son utilisation. Plus précisément, les résultats de notre analyse illustrent que les choix du PDG au niveau du contenu des quatre dimensions de la salle de pilotage stratégique, au niveau des modalités des animations et de son rôle durant l'animation sont des éléments influençant l'utilisation de l'outil comme système de contrôle.

Dans un premier temps, les choix que les PDG font quant au contenu des dimensions de la salle de pilotage stratégique influencent l'accent qui sera mis sur certains éléments au détriment d'autres. En effet, le PDG du CISSS-A s'est impliqué dans le

développement des quatre dimensions de la salle de pilotage stratégique, tandis que le PDG du CISSS-B a plutôt laissé cette tâche aux membres de la DQEPE de l'établissement. Cette distinction eut des répercussions sur le contenu des murs, la disparité la plus flagrante étant au niveau du mur « vision à long terme ». Au CISSS-A, le PDG a choisi d'inclure les composantes du Vrai Nord sur la dimension « vision à long terme ». Ces composantes (vision, mission et valeurs organisationnelles), importantes pour le PDG qu'il qualifie d'être ses « assises comme gestionnaire », favorisent le contrôle des croyances. La présence de la matrice de cohérence sur ce premier mur favorise aussi le contrôle diagnostique et des contraintes, mais l'affichage imposant des composantes du Vrai Nord en fait l'élément caractéristique de cette dimension. Même si cette dernière n'est animée que rarement, le PDG et les membres du comité de direction peuvent s'y référer, ce qui fut le cas à quelques reprises lors des observations des animations. De plus, l'aménagement particulier de la salle a permis à la direction d'afficher la dimension 1 « vision à long terme » sur un mur entier où la mission, la vision et les valeurs sont affichés en gros format, faisant en sorte que cette dimension prend beaucoup de place dans la salle de pilotage stratégique. Au CISSS-B, la tâche du choix du contenu des dimensions fut du ressort de la DQEPE qui a priorisé sur le mur « vision à long terme » l'affichage de la matrice de cohérence – tableau déclinant les objectifs stratégiques en projets et identifiant les directeurs imputables - et du tableau des indicateurs stratégiques. Cette dimension, plutôt que de favoriser le contrôle des croyances comme au CISSS-A, favorise le contrôle diagnostique et des contraintes. En effet, lors de l'animation les directeurs peuvent se référer à cette dimension pour rappeler les grands objectifs stratégiques, les projets pour les atteindre et les directeurs qui en sont imputables, ce qui favorise le contrôle diagnostique et des contraintes. Cependant, cette dimension ne peut servir de levier pour le contrôle des croyances, puisque la mission, la vision et les valeurs organisationnelles sont absentes et ne peuvent être rappelées à partir de ce mur lors des animations. Ainsi, les représentations de la dimension 1 qui auraient pu être semblables dans les deux salles de pilotage stratégiques sont très différentes et favorisent des leviers de contrôle divergents. Nous attribuons cette différence au fait que le PDG du CISSS-A a mis l'accent sur l'importance d'afficher la mission, la

vision et les valeurs de l'établissement, tandis qu'au CISSS-B, on a plutôt mis l'accent sur la matrice de cohérence et le tableau des indicateurs stratégiques.

Les deux PDG ont aussi influencé les modalités d'animation de la salle de pilotage stratégique. L'animation étant une caractéristique particulière à cet outil de gestion, les conditions qui l'entourent peuvent avoir une influence sur l'utilisation de l'outil comme système de contrôle. En effet, le fait d'animer l'outil – de se regrouper debout et de discuter ensemble et à haute voix des éléments présents sur les murs – favorise l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme un système de contrôle interactif, puisque cela permet le partage d'informations à tous les membres du comité de direction afin d'adapter les interventions selon les enjeux vécus et les ressources disponibles. Dans ce contexte, l'animateur occupe un rôle important en stimulant et orientant la discussion autour des enjeux et en inscrivant sur le mur 4 les éléments du plan d'action afin de résoudre les problématiques identifiées. Il est donc celui qui favorise l'utilisation de l'outil comme système de contrôle interactif en stimulant ces éléments. Cependant, il peut aussi favoriser une utilisation diagnostique en mettant l'accent sur le suivi des indicateurs critiques et la correction des écarts aux cibles par l'identification d'actions rectificatives. L'animateur joue ainsi un rôle important en stimulant ces deux leviers de contrôle. Ce rôle peut être tenu par le PDG ou les directeurs, selon le niveau de démocratisation des animations.

La démocratisation des animations semble être un élément important porté par le PDG. Au départ, le cadre de référence stipule que le PDG est le premier animateur et que l'animation peut par la suite être démocratisée aux autres directeurs, un niveau de maturité attendu. Il devient donc de son ressort de choisir quand et comment cette démocratisation prendra forme. Au CISSS-A, le PDG a choisi d'animer la salle de pilotage stratégique durant la première année de son utilisation pour ensuite la démocratiser partiellement à quelques membres de la haute direction, soit la PDGA et les DGA. Le PDG et la DQEPE du CISSS-A ont mentionné en entrevue que cette décision fut prise afin d'assurer l'utilisation des bonnes pratiques en lien avec l'animation, et donc de s'assurer que le PDG serve de *modèle* d'animateur pour les

membres du comité de direction. Au CISSS-B, l'animation fut démocratisée assez rapidement à tous les membres du comité de direction. En entrevue, le PDG a mentionné avoir choisi de démocratiser rapidement l'animation afin d'intégrer les directeurs dans la démarche et de favoriser une meilleure compréhension de l'outil et des enjeux stratégiques de l'organisation. Plusieurs autres directeurs ont corroboré ces affirmations en soulignant que le fait d'animer – et de préparer l'animation – permet à ces derniers de s'appropriier les enjeux stratégiques et ainsi de mieux comprendre ceux de leurs collègues. Les bénéfices observés découlant de la démocratisation incluent aussi un plus grand engagement des directeurs envers les enjeux stratégiques et envers l'utilisation des outils d'amélioration continue. Malgré ces bénéfices, la démocratisation reste du ressort du PDG qui, en choisissant de démocratiser ou non, influence l'utilisation de la salle de pilotage stratégique. Au CISSS-A, nous comprenons que le PDG ait choisi de ne pas démocratiser totalement l'animation à l'ensemble du comité de direction afin d'assurer le respect des lignes directrices d'utilisation de l'outil. Malgré qu'il prive en quelque sorte les directeurs des bénéfices soutirés de l'animation et sa préparation, il favorise toutefois l'apprentissage des bonnes pratiques. Au CISSS-B, le PDG a choisi de démocratiser rapidement les animations, ce qui a permis aux directeurs de s'appropriier l'outil et ses dimensions.

Malgré ces deux visions en lien avec l'utilisation de l'outil, le contrôle par le PDG se met réellement en œuvre par son rôle et le style de ses interventions lors des animations. En effet, les PDG des deux établissements intervenaient de manières distinctes lors des animations, ce qui influençait le déroulement de ces dernières et donc l'utilisation de l'outil. La présence des PDG dans la salle parmi les autres directeurs expose des éléments divergents. D'abord, le PDG du CISSS-A fut l'animateur lors de toutes les animations observées. Ses interventions servaient donc à informer les membres du comité de direction des éléments saillants présents sur les murs, à stimuler la recherche de solutions aux enjeux identifiés et à assurer le bon déroulement de l'animation en gardant en tête la nature stratégique des éléments ainsi que le temps. Nous avons qualifié son rôle de *modèle*, puisqu'en conservant

l'animation il indique aux directeurs comment utiliser la salle de pilotage stratégique. Pour sa part, le PDG du CISSS-B a démocratisé l'animation à tous les directeurs, donc dans la majorité des animations observées, il fut assis parmi les autres directeurs pendant que l'animateur dirigeait l'animation. Cependant, les interventions du PDG étaient fréquentes et de nature directive. En effet, il intervenait sur la majorité des dossiers afin de questionner les directeurs imputables ou d'indiquer des solutions potentielles. En ce sens, nous avons qualifié son rôle de *vigie*, puisque malgré la rotation de l'animation par les directeurs, il intervenait fréquemment en influençant les discussions sur les enjeux et la recherche de solution, selon sa vision. En somme, pour le PDG du CISSS-A, le fait d'animer la salle de pilotage stratégique est en quelque sorte le catalyseur du contrôle. Au CISSS-B, c'est plutôt le fait de participer activement en intervenant régulièrement afin d'orienter les discussions que le PDG exerce son contrôle.

Ces résultats soulèvent un paradoxe intéressant : animer la salle de pilotage stratégique n'est pas nécessairement le moyen le plus efficace d'exercer le plus grand contrôle durant les animations. En effet, nous aurions pu penser que le PDG du CISSS-A, en animant la salle de pilotage stratégique, exercerait un contrôle de type plus diagnostique en mettant l'accent sur les écarts aux cibles à atteindre. Toutefois, en adoptant un rôle de *modèle* il invitait les directeurs à s'impliquer en collaborant et en donnant leurs avis, ce qui favorisa plus significativement le contrôle interactif. Nous aurions aussi pu penser que la démocratisation de l'animation au CISSS-B aurait fait en sorte que le PDG exerce un moins grand contrôle lors des animations puisqu'il n'était que rarement l'animateur. Or, en laissant les autres directeurs animer, le PDG du CISSS-B adopta un rôle de *vigie* ce qui lui permit de contrôler l'animation « à distance ». En étant un spectateur actif plutôt qu'animateur, il pouvait ainsi se départir des balises de l'animation et se concentrer sur les discussions pour intervenir au moment qu'il jugeait opportun. Cette perspective du PDG du CISSS-B favorisa le contrôle diagnostique, puisqu'il identifiait et ramenait la discussion sur les écarts aux cibles et les objectifs à atteindre, mais aussi interactif, en lui conférant un rôle où il peut facilement et fréquemment s'impliquer dans les décisions des directeurs de son

comité de direction. La démocratisation de l'animation favorisa aussi le contrôle interactif, en permettant à tous les directeurs de se familiariser avec l'outil pour par la suite mieux s'impliquer dans les discussions autour des enjeux vécus par leurs collègues. En somme, le PDG peut exercer un certain contrôle sur les discussions lors de l'animation de la salle de pilotage stratégique, qu'il soit l'animateur ou non.

3^e constat : le poids relatif des enjeux en lien avec les activités liées à l'hôpital et les difficultés en ce qui a trait à l'intégration des médecins font en sorte que les intérêts et l'intégration des parties prenantes ne sont pas également promus dans la salle de pilotage stratégique

Les parties prenantes impliquées dans la salle de pilotage stratégique et discutées ici sont les membres du comité de direction des établissements, c'est-à-dire les directeurs administratifs, cliniques ainsi que les membres de la haute direction.

Par la nature des organisations étudiées, les éléments de leur salle de pilotage stratégique s'inscrivent majoritairement dans les activités cliniques des établissements. Lors des animations observées, en moyenne 68% des interventions étaient réalisées par les directeurs cliniques, contre une moyenne de 32% d'interventions faites par des directeurs administratifs. Les directeurs cliniques sont aussi imputables de la majorité des dossiers stratégiques ce qui se reflète par le nombre majoritaire de A3 objectifs chapeautés par ces directeurs. Les interventions des directeurs cliniques durant les animations favorisent le contrôle des croyances, en mettant l'accent sur la mission clinique de l'organisation et en favorisant l'engagement des membres du comité de direction aux enjeux cliniques en lien avec les activités de l'hôpital. Pour leur part, les directeurs responsables des directions administratives tiennent plutôt des rôles de soutien lors des animations. Malgré quelques exceptions causées par des objectifs prioritaires à caractère administratif et impliquant au plus souvent le DRHCAJ, telle la gestion de la main-d'œuvre, les directeurs administratifs sont le plus souvent interpellés afin d'apporter des éléments

d'informations ayant trait à la capacité de l'organisation à réaliser les activités cliniques. Ces interventions favorisent pour leur part le contrôle des contraintes, en posant les limites organisationnelles et structurelles à l'intérieur desquelles les directeurs peuvent chercher des solutions. De plus, n'étant imputables d'aucun indicateur de performance ou n'étant impliqués directement dans aucun des projets stratégiques, certains directeurs, plus souvent administratifs, restent relativement passifs durant les animations, écoutant les discussions et intervenant au meilleur de leurs connaissances si nécessaire. Ainsi, les différences en ce qui a trait au niveau des interventions des directeurs cliniques et administratifs favorisent le contrôle des croyances et des contraintes, ce qui crée une tension positive stimulant l'engagement des directeurs durant les animations. D'une part, l'accent est mis sur les grands échelons de la mission principalement clinique de l'organisation, et d'autre part les balises sont claires en ce qui a trait à la capacité de l'organisation à relever les défis. Cette tension positive facilite ainsi la recherche de solutions aux enjeux. Ces résultats sont cohérents avec ceux de Simons (1995) voulant que la présence simultanée du contrôle des croyances et des contraintes favorise une saine tension facilitant l'engagement des parties prenantes ainsi que leur contribution collective et individuelle. Toutefois, cette tension aurait pu être négative si, par exemple, les directeurs cliniques avaient perçu que les contraintes des directeurs administratifs les restreignaient dans leur rôle. D'un autre côté, les directeurs administratifs auraient aussi pu percevoir cette tension comme négative s'ils sentaient que leur contribution était superflue ou contraignante.

Nous notons ainsi un déséquilibre entre le contenu clinique et administratif présent sur les dimensions de la salle de pilotage stratégique, ainsi qu'entre l'implication et les interventions des deux types de directeurs durant les animations. De plus, les activités cliniques favorisées lors des animations sont majoritairement en lien avec les activités attachées aux hôpitaux des établissements. Ces éléments d'analyse soutiennent que les caractéristiques de l'outil favorisent les activités liées à l'hôpital. En effet, non seulement les priorités stratégiques mettent l'accent sur les activités liées à l'hôpital, mais les enjeux discutés durant les animations sont majoritairement

en lien avec l'hôpital, plus précisément avec l'urgence, plutôt que la première ligne. Cela fait en sorte que les directeurs responsables de directions cliniques n'étant pas rattachées à l'urgence, comme le directeur du programme de santé mentale et dépendance (DPSMD) ou le directeur de la santé publique (DSP), peuvent être moins bien intégrés dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique, ce qui pourrait affecter leur intérêt envers l'outil à plus long terme. Ces résultats sont cohérents avec ceux résultant de l'étude du tableau de bord 3K de Tuomela (2005). Dans cette étude, l'auteur a mis en lumière le fait que l'outil analysé, le tableau de bord 3K, n'était pas utilisé afin de promouvoir les intérêts de toutes les parties prenantes de manière égale, mais plutôt favorisait ceux d'un petit groupe. Cela est aussi cohérent avec les résultats de Ezzamel et Hart (1987), qui soutiennent que les systèmes de contrôle peuvent en effet soutenir les buts d'un ou quelques parties prenantes, et non l'entièreté de ces dernières.

En plus des enjeux quant aux intérêts des directeurs cliniques et administratifs, nous avons noté un enjeu quant à l'intégration du corps médical dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique. En effet, dans les deux établissements étudiés, les DSP responsables du corps médical ne présentent pas le même niveau d'engagement envers l'utilisation de l'outil que leurs collègues responsables des autres directions, ce qui est paradoxal compte tenu de l'importance des enjeux cliniques liés à l'hôpital et dont les DSP sont responsables en grande partie. D'abord, les DSP n'étaient que rarement présents aux animations, mandatant leurs adjoints d'y participer et de leur faire un compte rendu par la suite. Cette absence aux animations impactait leur bon déroulement, puisque les DSP sont imputables d'un nombre élevé de projets et d'indicateurs. Ainsi, lorsque des plans d'action demandant l'approbation du DSP devaient être établis, les directeurs ne pouvaient confirmer les actions à prendre directement durant l'animation, ce qui retardait le processus de prise de décision et de mise en œuvre. Ensuite, malgré une ouverture à l'utilisation des outils de mesure de performance par les médecins, les DSP maintenaient un discours illustrant une propension à travailler de façon isolée. En effet, ces derniers ont mentionné plusieurs éléments soutenant cette affirmation. Dans un premier temps, le DSP du CISSS-B a

souligné qu'il n'utilisait pas les animations pour résoudre les enjeux rencontrés par sa direction et que pour lui, l'animation servait plutôt à faire le suivi des projets et des indicateurs stratégiques. Cette affirmation pourrait s'expliquer par une pensée ancrée dans les opérations, faisant en sorte qu'ils ne perçoivent pas la pleine portée de leur rôle comme acteur stratégique. Dans un deuxième temps, les DSP ont mentionné le défi d'engager les médecins envers l'utilisation des outils de mesure de la performance. En conséquence, l'utilisation des outils demande d'être adaptée à la réalité du travail des médecins. L'adaptation devrait se faire au niveau du temps – adapter l'utilisation à l'horaire chargé des médecins -, des préoccupations mesurées – pour que les médecins y voient l'intérêt pour leur pratique médicale - et de l'explication des outils – qui devrait se faire idéalement par un médecin, soit le DSP.

Malgré les efforts pour engager toutes les parties prenantes dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique, l'engagement des DSP n'est pas total ce qui influence la manière dont l'outil est utilisé comme système de contrôle. En effet, les DSP sont imputables d'un grand nombre de projets et indicateurs stratégiques faisant en sorte qu'un engagement plus faible de leur part diminue le contrôle du comité de direction sur cette direction clinique. Puisque les DSP ont souvent été absents des animations et, lorsque présents, utilisaient l'animation pour informer les directeurs de l'avancement de leurs projets et indicateurs, les autres membres du comité de direction ne pouvaient qu'utiliser l'outil pour faire le suivi lorsque venait le temps de discuter des éléments propres au DSP. Ainsi, cette situation favorise l'utilisation de l'outil comme système de contrôle diagnostique, en ce qui a trait aux éléments dont le DSP est imputable, puisqu'il ne peut être utilisé que pour faire leur suivi. De plus, la perspective des DSP influence négativement l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle interactif, puisque leurs collègues des autres directions ne peuvent que difficilement s'impliquer dans leurs enjeux. En effet, le DSP est imputable de plusieurs projets et indicateurs en lien avec les activités cliniques de l'hôpital, et son approbation est souvent nécessaire avant de mettre sur pied des plans d'action. Ainsi, bien que l'animation des dimensions de l'outil favorise une utilisation interactive, ce type de contrôle est moins présent en ce qui a trait à la

DSP. Ces résultats sont cohérents avec ceux de Tuomela (2005) quant à l'engagement des parties prenantes. Dans son étude, l'auteur conclut que l'utilisation interactive des systèmes de contrôle peut s'avérer plus menaçante qu'une utilisation diagnostique car les enjeux rencontrés sont plus visibles aux yeux de ceux utilisant l'outil. En effet, selon cet auteur lorsqu'un outil est utilisé comme un système interactif les discussions sur les problématiques stratégiques augmentent la visibilité des actions des acteurs responsables. Cette affirmation est d'autant plus vraie pour les acteurs dont les priorités sont directement en lien avec les cibles priorisées dans l'outil. Ainsi, en s'écartant volontairement des animations et en utilisant la salle de pilotage stratégique pour ne faire que le suivi des projets et indicateurs, le DSP favorise l'utilisation de l'outil comme un système de contrôle diagnostique. La posture du DSP pourrait aussi être expliquée comme un désir de conserver son autonomie de gestion ainsi que par l'absence de bénéfices perçus pour la gestion de ses activités. Selon les résultats de l'étude de Kasurinen (2002) avec le tableau de bord prospectif, le manque de spécificité au niveau du rôle de l'outil implanté peut influencer négativement son adoption et son utilisation par certains acteurs. Le faible engagement de ces derniers peut ainsi émerger du manque de légitimité perçue du nouvel outil ou de l'absence de relation entre le langage clinique et celui entourant l'outil. Ainsi, dans le cas de la salle de pilotage stratégique, les médecins et le DSP pourraient ne pas percevoir clairement le rôle et la légitimité d'utiliser la salle de pilotage stratégique et les outils d'amélioration continue pour atteindre leurs buts cliniques et stratégiques, et les difficultés en ce qui a trait au niveau du langage utilisé, plus administratif, peuvent augmenter cette perception de leur part. De plus, comme il fut mentionné par Glouberman et Mintzberg (2001b), les membres du corps médical perçoivent l'hôpital comme un milieu où ils travaillent et non pour qui ils travaillent, et favorisent la hiérarchie médicale à la hiérarchie administrative. Cette vision fait en sorte qu'ils peuvent avoir plus tendance à travailler en silo en plus de considérer les activités cliniques propres à leur profession comme étant plus importantes que des tâches à caractère administratif.

Le besoin d'intégrer les différentes parties prenantes – ici les directeurs - dans la démarche d'utilisation de la salle de pilotage est soutenu par les postulats de Glouberman et Mintzberg (2001a). En effet, selon ces auteurs les acteurs des organisations de santé poursuivent les buts propres à leur rôle, résultant en une différenciation importante en ce qui a trait aux priorités, façons de faire et valeurs. Ils argumentent ainsi que l'intégration des acteurs est la solution à la différenciation, et que cette intégration favorisera une plus grande coordination entre ces acteurs. C'est donc dire qu'afin de favoriser la coordination entre les directeurs du comité de direction dans le but de résoudre les enjeux stratégiques, leur intégration est nécessaire et favorisera le contrôle de leurs efforts vers des buts communs. Nous aurions pu croire que l'utilisation de la salle de pilotage stratégique aurait eu pour effet de favoriser l'intégration de toutes les parties prenantes, incluant les médecins, envers une meilleure collaboration au niveau stratégique. Puisque le pouvoir dans ce type d'organisation est majoritairement détenu par les membres du CA, le PDG et les médecins, il semble que leur intégration soit aussi importante afin d'influencer pleinement les acteurs stratégiques. Toutefois, il semble qu'il y ait encore du travail à faire afin d'intégrer pleinement les médecins et que ces derniers deviennent des parties prenantes actives dans la résolution de problèmes stratégiques lors des animations.

4^e constat : la posture du MSSS influence l'utilisation de la salle de pilotage stratégique majoritairement comme un système de contrôle diagnostique et interactif

La posture du MSSS est un élément important influençant l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme système de contrôle. Le MSSS fut l'instigateur de l'utilisation systémique de la salle de pilotage stratégique par les comités de direction des établissements. En effet, l'implantation de la salle de pilotage stratégique à l'échelle de la province s'inscrit dans le désir du gouvernement de mesurer et d'analyser la performance opérationnelle du réseau, d'abord mis en œuvre dans la

réorganisation suivant la Loi 10²⁸. La mesure de la performance est ainsi devenue le cœur de la gestion stratégique des établissements.

Lors des entrevues, observations et de l'analyse des documents propres à la salle de pilotage stratégique, nous avons constaté que le MSSS était omniprésent de manière implicite et explicite. D'abord, le cadre de référence utilisé pour guider les comités de direction des établissements fut construit en 2015 par la Chaire IRISS et le MSSS. Ce dernier était donc aux premières loges afin de jeter les bases pour que les établissements construisent leur salle de pilotage stratégique. En créant ces balises, il s'impliquait directement dans la construction de l'outil comme système de contrôle, en s'assurant que les éléments qu'il considérait comme importants seraient présents. Ainsi, le MSSS garantit que les éléments critiques de sa planification stratégique seraient non seulement présents dans les 4 dimensions, mais suivis par les établissements. Ensuite, le MSSS a choisi de ne faire qu'une seule planification stratégique pour l'ensemble des établissements du réseau de santé et de services sociaux québécois. Les échelons mesurables de cette planification sont présents sur le mur 1 « vision à long terme » sous la forme de matrice de cohérence, guidant les comités de direction dans la mise en œuvre de la stratégie. En plus du mur 1, les éléments de la planification stratégique du MSSS sont aussi présents sur le mur 2 « actions actuelles » ainsi que le mur 3 « indicateurs de performance ». En effet, les projets prioritaires stratégiques ainsi que les indicateurs de performance les mesurant furent déterminés par le MSSS, ce dernier suivant leur implantation et leur suivi à la grandeur du réseau. Le cadre de référence ainsi que la planification stratégique sont ainsi des éléments qui favoriseront l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle. En effet, le MSSS contrôle tant le processus que le contenu de la salle de pilotage, en dictant comment la construire et comment l'utiliser.

L'influence du MSSS sur l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle est réellement mise en œuvre dans sa manière de gérer la performance du réseau. En effet, le MSSS utilise les informations générées par la salle de pilotage

²⁸ <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/>

pour d'une part, faire le suivi des projets et indicateurs stratégiques des établissements, et d'autre part pour influencer la priorisation des actions des parties prenantes. Dans un premier temps, il suit de près l'implantation des grands projets organisationnels et l'atteinte des cibles stratégiques ce qui lui permet d'interroger les PDG lorsque les délais ou les contraintes ne sont pas respectés. Cela lui permet ainsi de rester à l'affût des changements au niveau de ces éléments et d'interroger les établissements lorsque certains éléments présentent des résultats négatifs. Dans un second temps, le MSSS utilise aussi la salle de pilotage stratégique pour réorienter les priorités des établissements selon les priorités momentanées souvent discutées dans les médias. En effet, les établissements doivent régulièrement modifier leur planification afin de répondre aux demandes du MSSS et de son ministre en lien avec des enjeux saillants souvent présentés dans les médias. Cela fait en sorte que les directeurs doivent prioriser les demandes du MSSS, aux délais souvent très courts, plutôt que de continuer les projets stratégiques de plus longue haleine. De plus, les demandes du MSSS sont majoritairement en lien avec l'urgence ainsi que l'accès aux médecins, soutenant l'intérêt des activités liées à l'hôpital au sein des priorités stratégiques des établissements.

Les éléments d'analyse de la salle de pilotage stratégique en lien avec le MSSS corroborent le fait que ce dernier acteur stratégique favorise l'utilisation de l'outil comme un système de contrôle à la fois diagnostique et interactif. D'une part, l'outil est utilisé de manière diagnostique par le MSSS, car il s'en sert afin de faire le suivi des projets et des indicateurs stratégiques critiques. En contrôlant le processus et le contenu de la salle de pilotage stratégique, il s'assure que les facteurs influençant la mise en œuvre de la stratégie ministérielle sont suivis. En effet, malgré une certaine marge de manœuvre des établissements pour établir leurs projets et indicateurs, la majorité de ces derniers, mais aussi les cibles stratégiques à atteindre furent établies par le MSSS. Ce contrôle du contenu et du processus entourant la salle de pilotage pourrait expliquer le fait qu'au CISSS-B, la mission, la vision et les valeurs stratégiques ne soient pas affichées en priorités sur la dimension 1 « vision à long terme ». En effet, l'accent mis sur les cibles et leurs mesures par le MSSS peut avoir

influencé le CISSS-B à prioriser ces éléments sur la dimension 1, en y affichant seulement la matrice de cohérence et le tableau des indicateurs stratégiques. D'autre part, la manière dont le MSSS et son ministre influencent les priorités momentanées des établissements s'inscrit dans l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme un système de contrôle interactif. En gardant l'attention des comités de direction sur des enjeux momentanés, il s'implique dans la gestion des établissements en influençant les décisions sur ce qui doit être priorisé ou non. L'accessibilité de l'information présente dans la salle de pilotage stratégique pourrait favoriser ce type de contrôle en permettant au MSSS d'interroger les établissements sur les données. Ces deux leviers de contrôle sont ainsi mis en œuvre par la manière dont le MSSS et son ministre interagissent avec les établissements, mais aussi dans la façon qu'ils utilisent l'outil de gestion.

5^{ième} constat : la taille et la complexité des établissements influencent comment les comités de direction utilisent la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle

Les quatre constats présentés ci-haut soutiennent nos résultats en expliquant comment la salle de pilotage stratégique, dans les deux établissements étudiés, est utilisée à des fins de contrôle par les comités de direction. Les différences notées entre les deux établissements peuvent cependant être influencées par le fait que le CISSS-A et le CISSS-B sont de tailles différentes et présentent des niveaux de complexité distincts. En effet, le CISSS-A, desservant un territoire plus grand et ayant intégré plusieurs centres de soins aux vocations différentes après l'adoption de la loi 10, est beaucoup plus grand et complexe que le CISSS-B, ce dernier desservant un territoire plus petit et homogène. Cette différence en termes de taille et de complexité peut avoir influencé significativement comment la salle de pilotage fut utilisée pour contrôler les activités et l'atteinte des cibles. Dans un environnement plus complexe, il peut s'avérer plus difficile de seulement contrôler de manière diagnostique les enjeux vécus, ce qui pourrait expliquer qu'au CISSS-A le levier de contrôle des croyances

fut mis en place instinctivement sur la dimension 1 « vision à long terme », mais aussi que l'outil fut utilisé de manière plus interactive par le PDG, qui favorisait la contribution des directeurs afin de partager les informations nécessaires à la résolution des enjeux. Non seulement la taille de l'organisation est plus grande qu'au CISSS-B, mais le territoire couvert par le CISSS-A est beaucoup plus vaste et éclectique que dans l'autre organisation. Après la fusion d'avril 2015, le CISSS-A intégra en son sein plusieurs établissements de santé à vocations différentes, tandis qu'au CISSS-B, l'établissement resta relativement semblable puisque la fusion ne requit pas d'intégration majeure. Cela pourrait avoir influencé l'utilisation de la salle de pilotage stratégique puisque dans un environnement vaste et complexe, le PDG et la haute direction ne peuvent que difficilement être au courant et suivre de près tous les dossiers. Ils peuvent toutefois s'appuyer sur leurs directeurs qui eux sont au parfum des dossiers stratégiques qui leur sont imputables. Cela est aussi vrai pour les directeurs qui ne peuvent être au courant de tous les dossiers de leurs collègues.

Aussi, dans un environnement moins complexe comme au CISSS-B, il peut être plus facile pour la haute direction de superviser, puisqu'elle peut plus facilement être au courant de tous les dossiers stratégiques, et donc de faire le suivi et de corriger les écarts aux cibles ce qui pourrait expliquer que l'outil fut utilisé de manière un peu plus diagnostique qu'au CISSS-A. En somme, la taille et la complexité des deux organisations peuvent avoir influencé les différences, parfois subtiles, dans les résultats obtenus et ayant trait à la mise en œuvre des différents leviers de contrôle. La salle de pilotage stratégique est ainsi un outil favorisant le partage d'information stratégique auprès du comité de direction. La haute direction, mais aussi les directeurs peuvent ainsi être plus facilement au courant des activités de leur établissement.

Chapitre 9 Conclusion

La présente étude de cas fut réalisée dans le but de comprendre si et comment la salle de pilotage stratégique est utilisée à des fins de contrôle dans les établissements de santé et de services sociaux du Québec. Pour y arriver, nous avons étudié trois grandes dimensions en lien avec l'utilisation de la salle de pilotage stratégique par les comités de direction des établissements de santé et de services sociaux étudiés. Ces dimensions sont : le contenu des quatre dimensions/murs de la salle de pilotage stratégique; les caractéristiques de son animation; les rôles et l'implication des acteurs stratégiques dans l'utilisation de l'outil.

L'analyse des données ayant trait aux trois composantes citées ci-haut nous permet de confirmer que la salle de pilotage stratégique est utilisée à des fins de contrôles dans les établissements étudiés. En effet, le contenu des quatre dimensions, les caractéristiques de leur animation ainsi que les rôles des acteurs stratégiques soutiennent la mise en œuvre des quatre leviers de contrôle, à différents degrés, mais favorisant toutefois les leviers de contrôle interactif et diagnostique. L'outil favorise une saine tension entre les quatre leviers de contrôle ce qui en fait un outil de pilotage afin d'atteindre des objectifs planifiés ou momentanés. La salle de pilotage stratégique permet aux membres de comité de direction des établissements de santé et de services sociaux ainsi qu'au MSSS de garder le cap sur les objectifs stratégiques importants tout en favorisant les ajustements continus afin de les atteindre selon les enjeux rencontrés en cours de route. Nos résultats appuient ainsi le constat que la salle de pilotage stratégique est utilisée comme un système de contrôle principalement interactif et diagnostique. Cependant, certaines caractéristiques en lien avec le contenu et l'animation de l'outil peuvent favoriser la présence des leviers de contrôle des croyances et des contraintes. Même si les éléments de l'outil – dimensions, phases d'utilisation - favorisent la présence des différents leviers de contrôle, la présente recherche montre que la manière dont les individus utilisent la salle de pilotage stratégique est l'élément central influençant l'émergence des leviers de contrôle à différents degrés. Ce constat appuie l'argument de Ferreira et Otley

(2009) quant à l'opérationnalisation des leviers de contrôle à partir des outils utilisés. En effet, notre recherche révèle que malgré que certains leviers auraient pu être favorisés par la présence d'éléments propices sur les murs, leur mise en œuvre s'est réellement concrétisée en fonction des caractéristiques des animations et des rôles et de l'implication des directeurs. Ainsi, la présente recherche apporte des éléments de réponse sur la manière dont les dirigeants favorisent l'utilisation des outils à des fins de contrôle, en amenant certaines informations quant aux facteurs favorisant certains leviers plutôt que d'autres.

En plus de ce constat, les résultats de ce mémoire apportent certains éléments de réponse à la limite identifiée par Ferreira (2002) et Ferreira et Otley (2009) quant à l'application de certains leviers dans le contexte d'organisations possédant des filiales. Comme les établissements de santé et de services sociaux du Québec sont sous la gouverne du MSSS, la relation hiérarchique existante entre ces instances pourrait s'apparenter à celle existant dans les organisations possédant des filiales. Ainsi, la présente étude ajoute certaines informations à ceux des auteurs, puisque les quatre leviers de contrôle de Simons (1995) étaient favorisés par l'utilisation de la salle de pilotage stratégique, et ce à différent niveaux.

Les prochaines sections détaillent les recommandations que nous partageons aux deux établissements étudiés, les limites de la recherche ainsi que les idées à considérer pour des recherches futures sur le sujet.

9.1 Recommandations pour les établissements

Nos résultats nous ont permis de formuler quelques recommandations en lien avec l'utilisation de la salle de pilotage stratégique dans les établissements de santé et de services sociaux étudiés.

9.1.1 Considérer les avantages de la démocratisation de l'animation

Dans un premier temps, une des différences les plus importantes entre le CISSS-A et le CISSS-B a trait à l'animation de la salle de pilotage stratégique. En effet, au CISSS-A, l'animation n'était pas démocratisée durant l'étude et l'est partiellement depuis septembre 2017. Au CISSS-B, l'animation de l'outil est démocratisée à la majorité des directeurs du comité de direction depuis le début de son utilisation après la fusion des établissements du réseau. Les résultats des analyses appuient le fait que ces deux types d'animation favorisent le contrôle de manière distincte. La centralisation de l'animation par le PDG favorise le contrôle de l'animation entre les mains de quelques acteurs, dont le PDG lui-même et la DQEPE. L'animateur développe des habiletés d'animation et agit comme *modèle* auprès des autres membres du comité de direction. Cela favorise l'utilisation des bonnes pratiques et le contrôle de l'animation par le PDG, qui utilise tant les leviers de contrôle interactif et diagnostique dans ce contexte. À l'opposé, la démocratisation de l'animation auprès des directeurs permet à ces derniers de s'approprier tant le contenu des différentes dimensions de la salle de pilotage stratégique que les modalités de son animation. Pour le PDG, cela signifie qu'il attribue une partie de son contrôle à l'animateur et à la DQEPE, mais il peut tout de même agir comme *vigie* durant les animations, en posant des questions et en orientant activement les directeurs et l'animateur vers l'identification de problématiques et solutions qu'il juge adéquates.

Dans les deux cas, il y a présence d'avantages différents. La centralisation de l'animation à un seul acteur stratégique, comme le PDG, permet à ce dernier d'assurer une certaine continuité lors des animations, de développer des habiletés d'animateur importantes et d'assurer que l'animation respecte les balises identifiées, telle que maintenir les discussions au niveau stratégique. La démocratisation permet à tous les directeurs qui animent à tour de rôle de s'approprier le contenu de l'outil et de développer des habiletés d'animateur qui pourront ensuite être transposées dans l'animation de la salle de pilotage tactique de leur direction. Ces avantages distincts devraient être pris en considération lorsque vient le temps de décider si l'animation sera démocratisée ou non. Toutefois, les résultats de nos analyses montrent que la

démocratisation engendre des avantages significatifs pour les membres du comité de direction. En effet, puisque chaque directeur, à tour de rôle, doit s'approprier non seulement le contenu des quatre dimensions, mais les enjeux momentanés et les modalités des animations, il développe un savoir-faire et des connaissances qui sont transposables d'une part dans les autres animations de la salle de pilotage stratégique, mais aussi dans sa propre salle de pilotage tactique. Ainsi, comme il fut mentionné par plusieurs directeurs du CISSS-B, le fait d'avoir préparé et d'avoir animé la salle de pilotage stratégique de leur établissement favorise leur compréhension de l'outil et des enjeux stratégiques de leurs collègues. Notre recommandation serait donc de démocratiser l'animation de la salle de pilotage stratégique et ce, de manière progressive.

9.1.2 Favoriser le partage des bonnes pratiques entre les établissements

Le cadre de référence du MSSS et de la chaire IRISS (2015) jette les grandes lignes guidant les établissements de santé et de services sociaux dans l'implantation de la salle de pilotage stratégique au sein de leur comité de direction. Ce cadre de référence est simple, facile à comprendre et présente les composantes importantes en lien avec la construction et l'utilisation de l'outil. Cependant, lors de la construction ainsi que de la mise en œuvre de la salle de pilotage stratégique, certaines manières de faire ont engendré des différences tant en ce qui a trait à l'utilisation que de la présentation de l'outil. En effet, les DQEPE des établissements ont fait des choix différents au niveau du contenu et de l'animation en fonction de ce qu'ils voulaient prioriser et des particularités de leur établissement.

Au Québec, près de l'ensemble des 34 établissements de santé et de services sociaux ont implanté la salle de pilotage stratégique comme outil de gestion de la performance au sein de leur comité de direction. Ces 34 établissements ont une expérience différente avec l'outil et ont acquis des connaissances particulières à leur réalité tant sur la manière de l'utiliser que sur les conséquences sur la gestion stratégique de leur établissement. Nous croyons ainsi que ce bassin de connaissances devrait être partagé et servir à améliorer l'utilisation de l'outil.

Pour ce faire, nous suggérons d'instaurer des activités qui contribueront à favoriser le partage des expériences des différents établissements et donc des bonnes pratiques entourant l'utilisation de la salle de pilotage stratégique. Ces activités pourraient prendre plusieurs formes en fonction des ressources et de la disponibilité des membres des établissements.

Nous suggérons entre autres que les équipes de la DQEPE ainsi que les PDG et les membres de la haute direction assistent aux animations des autres établissements afin de vivre et comprendre comment d'autres organisations semblables à la leur utilisent la salle de pilotage stratégique. Les grands enjeux stratégiques étant sensiblement les mêmes dans les différents établissements du réseau de santé et de services sociaux québécois, ceux qui assisteraient à d'autres animations pourraient facilement apprendre des façons de faire de leurs collègues sans devoir faire un effort de compréhension au niveau du langage et des enjeux vécus. L'exercice pourrait aider les membres présents à comparer les deux manières d'animer et tenter de conserver les façons de faire qui semblent les plus efficaces.

9.1.3 Stimuler l'intégration des médecins dans l'utilisation des outils de mesure de la performance

Les médecins sont non seulement des acteurs stratégiques importants détenant un pouvoir significatif dans les établissements de santé, mais ils sont aussi nombreux et présents dans la majorité des champs d'activités des établissements de santé et de services sociaux étudiés. Leur engagement envers l'utilisation d'outils de mesure de la performance comme la salle de pilotage stratégique est ainsi une variable importante afin de maximiser le potentiel de ces outils. Cependant, la nature et les particularités du travail de médecin font en sorte que les mobiliser et les engager à utiliser des outils de gestion n'est pas une tâche toujours facile. De plus, un manque d'engagement de ces acteurs pourrait, à plus long terme, limiter la portée de la salle de pilotage stratégique si l'outil continue d'être utilisé par les comités de direction des établissements. Il est ainsi important de trouver une façon d'intégrer les médecins afin

que ces derniers voient l'importance et la valeur ajoutée de l'outil pour leurs activités cliniques et administratives, tant au niveau stratégique qu'au niveau de leurs différentes directions, surtout au niveau de la DSP.

À cette fin, nous suggérons d'abord d'assurer la discussion d'au moins un enjeu propre à la DSP à chaque animation. De cette façon, le DSP imputable doit préparer les informations nécessaires à partager aux autres membres du comité de direction ce qui peut augmenter son sentiment de contribuer à l'avancement des objectifs stratégiques.

Nous suggérons ensuite d'attribuer l'animation au DSP au moins une fois par an afin que ce dernier s'approprie l'utilisation de l'outil et les enjeux vécus par ses collègues. De cette manière, le DSP doit faire l'effort de comprendre le processus entourant la salle de pilotage stratégique et peut du même coup s'informer et contribuer aux enjeux stratégiques des autres directions de son établissement.

9.1.4 Favoriser l'identification et la présentation des enjeux ainsi que la collaboration dans leur résolution

Les caractéristiques de la salle de pilotage stratégique font en sorte que les informations propres aux directions des établissements sont visibles et disponibles à tous ceux présents dans la salle de pilotage stratégique. Les dossiers stratégiques rencontrant des enjeux sont alors exposés et peuvent être consultés, entre autres, par les autres directeurs et dans certains cas par les membres du CA, comme au CISSS-B. Ainsi, comme ce fut le cas au CISSS-A avec la situation de l'indicateur du taux d'infections nosocomiales, certains individus peuvent vouloir éviter d'afficher des dossiers dont ils sont imputables et dont les résultats sont problématiques. Aussi, en raison de la disponibilité de l'information, certaines directions peuvent vouloir éviter d'afficher un grand nombre d'indicateurs critiques, représentés soit par des feuilles jaunes ou par des points rouges. Dans les deux cas, plutôt que de soulever des situations problématiques durant les animations, certains individus peuvent plutôt

vouloir présenter les dossiers comme étant conformes et sur la bonne voie, à défaut de stimuler la recherche de solutions aux problèmes rencontrés avec leurs collègues. Cette perspective de certains acteurs peut être due au fait que traditionnellement, la présence de rouge dans les outils de mesure de performance est signe de problème et de blâme. Or, il est important de rappeler que dans la salle de pilotage stratégique, la présence de jaune et de rouge est un signal qu'il y a un enjeu à résoudre et que les parties prenantes peuvent collaborer afin de trouver une solution au problème rencontré. Le jaune et le rouge sont donc des indicateurs qui devraient favoriser la collaboration, plutôt que le blâme et la réprimande.

Afin de favoriser cette compréhension de l'outil, nous suggérons 2 actions à considérer. D'abord, le rôle de gardien du sens peut être un acteur important favorisant cette culture de collaboration. En effet, cet acteur peut travailler individuellement et collectivement avec les autres membres de la haute direction afin de favoriser une culture de collaboration où la présence d'enjeux est perçue comme un défi à relever plutôt qu'un problème à résoudre le plus rapidement possible. Ce titre peut être attribué à un acteur familier avec la salle de pilotage stratégique, comme le directeur de la DQEPE ou un membre de cette direction présent à chaque animation. Le gardien du sens peut ainsi préparer les directeurs à discuter des indicateurs présentant des résultats critiques afin que ces derniers soient en mesure d'expliquer la situation pour mieux cibler l'aide dont ils ont besoin.

Ensuite, nous suggérons d'engager les directeurs dans la démarche afin que ces derniers se sentent imputables de l'outil, mais aussi parties prenantes des décisions en lien avec son utilisation. En effet, le cadre de référence suggérait de faire des évaluations de l'utilisation de la salle de pilotage stratégique, or ni le CISSS-A ni le CISSS-B n'ont eu l'occasion de les faire. Nous suggérons ainsi de réfléchir à cette évaluation qui pourrait servir d'outil pour améliorer l'utilisation de la salle de pilotage stratégique tout en augmentant l'engagement des directeurs à son utilisation. Par la suite, il serait intéressant d'avoir une courte formation sur la raison d'être de la salle de pilotage stratégique et de la culture derrière l'outil favorisant la collaboration

plutôt que le travail individuel. Il pourrait aussi être intéressant de partager les apprentissages faits lors de visites des animations d'autres établissements, quand cela a lieu.

9.2 Limites de la recherche

D'abord, quelques limites furent identifiées quant à la stratégie de recherche choisie - l'étude de cas - et aux méthodes de collectes de données – l'entrevue, l'observation directe et l'analyse documentaire.

En ce qui a trait à l'étude de cas, la première limite identifiée est que les résultats générés sont difficilement généralisables (Gagnon, 2012; Singleton et Straits, 2010; Woodside, 2010; Woodside et Wilson, 2003; Yin, 2003). Singleton et Straits (2010) expliquent que cela est due au fait que l'étude de cas est généralement conduite par un seul chercheur qui interagit avec un nombre restreint de personnes dans un contexte limité et choisi la plupart du temps pour des raisons de disponibilité et de commodité. Les résultats générés sont ainsi grandement dépendants des capacités et compétences d'observation et d'interprétation du chercheur, faisant en sorte qu'ils sont difficilement reproductibles et comparables (Singleton et Straits, 2010). Pour leur part, Yin (2003) et Woodside (2010) considèrent que le manque de généralisation des résultats à une population n'est pas une lacune importante de cette stratégie de recherche puisque l'étude de cas mène fondamentalement à la généralisation d'une proposition théorique sous la forme d'une généralisation analytique. Pour Gagnon (2012), l'étude de cas ne représenterait pas l'étude d'un échantillon, mais plutôt l'étude et le développement d'une théorie idiosyncratique.

Quant à l'observation directe comme méthode de collecte de données, Yin (2003) argumente que l'observateur peut ne pas être en mesure d'observer chaque détail d'un phénomène prenant place devant lui. Il peut ainsi manquer ou ne pas se rendre compte d'un élément important ou oublier d'en noter un autre sur sa grille d'observation. Dans cette recherche, nous avons tenté de diminuer les effets de cette

limite en préparant le chercheur à l'observation active, et en s'assurant qu'il suive la grille d'observation, ce qui permis de structurer les observations en fonction des éléments pertinents à la recherche. Une dernière limite de l'observation directe est que l'observation par une tierce personne, le chercheur, peut changer le cours des évènements. Nous avons tenté de réduire cette limite en assurant que le chercheur présent durant les comités de direction soit le plus discret possible.

En ce qui a trait à l'entrevue, Yin (2003) met en lumière deux limites auxquelles nous avons tenté de pallier. D'abord, le chercheur doit s'assurer que les questions soient bien formulées afin d'éviter le plus possible les biais d'interprétation chez le répondant, mais aussi que les questions posées ciblent les éléments de réponses recherchés. Afin de pallier cette limite, nous avons validé les questionnaires d'entrevue avec les directeurs de recherche avant les entrevues afin d'assurer que les questions soient claires, ouvertes et ciblent les éléments de réponses que nous cherchons à récolter. Ensuite, la personne interviewée peut donner la réponse que l'interviewer cherche à obtenir, même si cette réponse ne représente pas réellement son point de vue ou la réalité. Nous avons tenté de diminuer ce biais de réflexivité en pratiquant l'écoute active et en nous assurant, par des reflets, que la réponse donnée est réellement celle que le participant interviewé veut donner.

Quant à l'analyse documentaire, Yin (2003) argumente qu'il peut y avoir un biais au niveau de l'information présentée dans les documents consultés par le chercheur. En effet, le ou les individus qui ont écrit les documents peuvent avoir écrit des informations selon leur propre perception, faisant en sorte que le chercheur n'a accès qu'à la perception de l'auteur et non à l'information neutre. Nous avons tenté de pallier cette limite en corroborant les informations présentes dans les documents avec les deux autres méthodes de recherche choisies, soit les observations et les entrevues.

Mises à part les limites de la méthodologie choisie, d'autres limites peuvent venir border les résultats de cette recherche. Suite à l'analyse des données, certaines contraintes affectent la portée des résultats. D'abord, le fait que nous ayons choisi

d'interviewer certains directeurs plutôt que d'autres peut avoir influencé notre compréhension des enjeux vécus par ces derniers. En effet, il y avait une différence claire entre le rôle des directeurs cliniques et administratifs, et les directeurs cliniques imputables des dossiers en lien avec l'hôpital étaient les plus sollicités durant l'animation de la salle de pilotage. Ainsi, le fait d'avoir interviewé certains directeurs, et non d'autres, a influencé la collecte de données ainsi que le poids de l'opinion des directeurs interviewés dans l'étude. Nous avons tenté de pallier partiellement cette limite lors de la deuxième vague d'entrevue, en incluant le DRHCAJ dans les directeurs interviewés afin d'avoir la perspective d'un directeur administratif régulièrement interpellé lors des animations.

Dans un second temps, nous avons choisi d'utiliser le cadre d'analyse des leviers de contrôle de Simons (1995) comme base pour la construction du cadre d'analyse de cette recherche. Malgré la grande notoriété du cadre d'analyse de cet auteur, d'autres types de contrôle existent dans la littérature et sont complémentaires aux quatre leviers de contrôle de Simons (1995). Entre autres, Malmi et Brown (2008) identifient cinq autres groupes de systèmes de contrôle qui sont la planification, la cybernétique, la compensation et la récompense, le contrôle culturel et le contrôle administratif. D'autres formes de contrôle, tel le contrôle personnel, le contrôle des actions et comportements, le contrôle des résultats ainsi que le contrôle des groupes (*clan contrôle*) peuvent être observés dans les organisations (Kristensen et Israelsen, 2014). Ainsi, le cadre de Simons (1995) n'inclut pas tous les types de contrôle pouvant être présents individuellement ou simultanément dans les organisations, surtout celles aussi complexes que celles de la santé et des services sociaux étudiées ici. Ainsi, en raison du cadre d'analyse choisi, notre analyse du contrôle est limitée aux quatre types de contrôle identifiés par Simons (1995), soit le contrôle des croyances, des contraintes, diagnostique et interactif.

9.3 Idées de recherches futures

La présente recherche s'ouvre sur plusieurs possibilités de recherches futures. La salle de pilotage stratégique étant un outil de mesure de la performance *Lean* très peu étudié, et pourtant utilisé dans une multitude d'organisations à vocations différentes, son étude en tant que système de contrôle peut prendre plusieurs angles de recherches.

D'abord, puisqu'une des limites de cette recherche est la portée de son cadre d'analyse, qui est basé sur le cadre des leviers de contrôle de Simons (1995), il serait intéressant d'étudier l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme système de contrôle en se basant sur les autres types de contrôles identifiés par Malmi et Brown (2008). En effet, il serait intéressant de comprendre comment les éléments présents dans l'outil ainsi que son utilisation lors des animations influencent la mise en œuvre des cinq types de contrôle identifiés par ces auteurs. Un modèle plus englobant, incluant un plus grand nombre de types de contrôle, serait adapté à l'étude de l'outil qui sert aux directions des organisations.

Ensuite, nous avons étudié la salle de pilotage stratégique des établissements de santé et de services sociaux du Québec dans le contexte où les salles de pilotage tactiques et opérationnelles n'étaient pas toutes déployées. Il pourrait ainsi s'avérer pertinent d'étudier comment la salle de pilotage stratégique est utilisée à des fins de contrôle lorsque les salles de pilotage tactiques et opérationnelles seront déployées et utilisées de manière régulière par les directions et les équipes dans les opérations. Nous supposons en effet que le contrôle diagnostique sera plus facile, puisque les acteurs des différents niveaux de l'organisation pourront suivre eux-mêmes les projets et indicateurs dont ils sont responsables et qui contribuent ultimement à nourrir les données de la salle de pilotage au niveau stratégique. En étudiant comment les trois niveaux de salles de pilotage sont utilisés à des fins de contrôle dans les établissements avec le modèle des leviers de contrôle de Simons, la limite au sujet de l'opérationnalisation du modèle identifiée par Ferreira et Otley (2009) pourrait être explorée. En effet, il serait intéressant de comprendre comment le modèle est

appliqué dans un contexte où l'ensemble de l'organisation utilise la salle de pilotage adaptée au niveau hiérarchique – stratégique, tactique et opérationnelle. Une telle étude apporterait des informations supplémentaires sur cette limite du modèle de Simons (1995).

Nous croyons qu'il serait aussi intéressant d'étudier l'utilisation de la salle de pilotage stratégique comme outil de contrôle de manière longitudinale. En effet, comme nous l'avons compris grâce à l'analyse des données, la manière dont le MSSS et son ministre travaillent avec les PDG des établissements influence grandement comment ces derniers utiliseront l'outil pour contrôler leurs activités. De plus, le présent MSSS, en dictant aux établissements comment créer et utiliser leur salle de pilotage stratégique, et en identifiant les priorités momentanées, exerce un contrôle particulier. Toutefois, dans l'éventualité où le MSSS change de gouvernement le nouveau ministre en place pourrait utiliser l'outil différemment, soit en changeant sa relation avec les PDG ou en choisissant d'utiliser l'outil autrement en priorisant d'autres aspects que les indicateurs critiques et les projets prioritaires. Ainsi, nous croyons pertinent d'étudier la manière dont le MSSS et son ministre influenceront, s'ils changent, la façon dont les comités de direction utilisent la salle de pilotage stratégique à des fins de contrôle. Nous supposons en effet que les orientations ministérielles en ce qui a trait à l'outil ont une influence sur le type de contrôle favorisé par son utilisation par les comités de direction.

De plus, le lien entre le style de leadership du PDG et le levier de contrôle favorisé par l'utilisation de la salle de pilotage stratégique pourrait être étudié plus en profondeur. En effet, le PDG étant porteur de l'outil, il influence grandement comment ce dernier sera utilisé par les directeurs afin de contrôler les activités stratégiques de leur direction. Nous suggérons d'utiliser à cette fin la typologie sur les styles de leadership dans les organisations de Patricia Pitcher (1994). Cette typologie se divise en trois styles : les artistes; les artisans; les technocrates. En fonction du style de leadership mis de l'avant par le PDG, nous supposons que l'outil sera utilisé différemment comme système de contrôle.

Enfin, nous croyons qu'il serait intéressant d'étudier le lien entre l'utilisation de la salle de pilotage comme outil de contrôle et l'influence sur les mécanismes de coordination dans les établissements de santé et de services sociaux. En effet, lorsque les trois niveaux de l'outil seront déployés, il serait intéressant de tenter de comprendre comment son utilisation afin de contrôler les activités influence les mécanismes de coordination soit entre les différentes directions, soit entre les différents niveaux à l'intérieur des directions. Nous supposons à cet effet que le déploiement des trois phases favorisera le contrôle des activités par le comité de direction, ce qui influencera positivement les mécanismes de coordination intra et inter directions.

Merci d'avoir pris le temps de lire ce mémoire.

Bibliographie

Abernethy, Margaret A et Anne M Lillis (2001). « Interdependencies in organization design: A test in hospitals », *Journal of Management Accounting Research*, vol. 13, no 1, p. 107-129.

Ahrens, Thomas et Christopher Chapman (2004). « Accounting for flexibility and efficiency: A field study of management control systems in a restaurant chain », *Contemporary accounting research*, vol. 21, no 2, p. 271-301.

Anthony, Robert Newton (1965). *Planning and control systems: A framework for analysis [by]*, Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.

Anthony, Robert Newton (1988). *The management control function*, Harvard Business School Press.

Anthony, Robert Newton et Vijay Govindarajan (2007). *Management control systems*, 12th^e éd., Boston, McGraw-Hill Irwin.

Anthony, Robert Newton et Regina E. Herzlinger (1975). *Management control in nonprofit organizations*, Homewood, Ill, Irwin.

Atkinson, Anthony A., John H. Waterhouse et Robert B. Wells (1997). « A stakeholder approach to strategic performance measurement », *Sloan Management Review*, vol. 38, no 3, p. 25-37.

Bayou, Me E et A De Korvin (2008). « Measuring the leanness of manufacturing systems—a case study of ford motor company and general motors », *Journal of Engineering and Technology Management*, vol. 25, no 4, p. 287-304.

Bhamu, Jaiprakash et Kuldip Singh Sangwan (2014). « Lean manufacturing: Literature review and research issues », *International Journal of Operations & Production Management*, vol. 34, no 7, p. 876-940.

Bisbe, Josep, Joan-Manuel Batista-Foguet et Robert Chenhall (2007). « Defining management accounting constructs: A methodological note on the risks of conceptual misspecification », *Accounting, Organizations and Society*, vol. 32, no 7, p. 789-820.

Bisbe, Josep et David Otley (2004). « The effects of the interactive use of management control systems on product innovation », *Accounting, Organizations and Society*, vol. 29, no 8, p. 709-737.

Botton, Carole, Marie-Hélène Jobin et Nagati Haithem (2012). « Système de gestion de la performance : Les conditions du succès », *Gestion 2000*, vol. 29, no 2.

Bourne, Mike, John Mills, Mark Wilcox, Andy Neely et Ken Platts (2000). « Designing, implementing and updating performance measurement systems », *International Journal of Operations & Production Management*, vol. 20, no 7, p. 754-771.

Bourne, Mike, Andy Neely, John Mills et Ken Platts (2003). « Implementing performance measurement systems: A literature review », *International Journal of Business Performance Management*, vol. 5, no 1, p. 1-24.

Bungay, Stephen et Michael Goold (1991). « Creating a strategic control system », *Long Range Planning*, vol. 24, no 3, p. 32-39.

Cameron, Kim S et David A Whetten (1983). « Models of the organizational life cycle: Applications to higher education », *The Review of Higher Education*, vol. 6, no 4, p. 269-299.

Campanhoudt, Luc van, Raymond Quivy et Jacques Marquet (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*, 4e éd. entièrement rev. et augm.° éd., Paris, Dunod.

Chakravarthy, Balaji S (1986). « Measuring strategic performance », *Strategic management journal*, vol. 7, no 5, p. 437-458.

Champagne, François Contandriopoulos, André-Pierre , Julie Béland Picot-Touché, François et Hung Nguyen (2005). « Un cadre d'évaluation globale des systèmes de services de santé: Le modèle égipss ».

Chenhall, Robert H. (2003). « Management control systems design within its organizational context: Findings from contingency-based research and directions for the future », *Accounting, Organizations and Society*, vol. 28, no 2, p. 127-168.

Connolly, Terry, Edward J Conlon et Stuart Jay Deutsch (1980). « Organizational effectiveness: A multiple-constituency approach », *Academy of Management Review*, p. 211-217.

Contandriopoulos, André-Pierre (2008). « La gouvernance dans le domaine de la santé : Une régulation orientée par la performance », *Santé Publique*, vol. 20, no 2, p. 191-199.

Contandriopoulos, André-Pierre, Zulmira Maria de Araújo Hartz, José Carlos Suárez-Herrera et Fernando Passos Cupertino de Barros (2017). *Améliorer la performance des systèmes de santé: Concepts, méthodes, pratiques*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

Denis, Jean-Louis, Ann Langley et Daniel Lozeau (1995). « The role and impact of formal strategic planning in public hospitals », *Health Services Management Research*, vol. 8, no 2, p. 86-110.

Denis, Jean-Louis, Ann Langley et Linda Rouleau (2007). « Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames », *Human relations*, vol. 60, no 1, p. 179-215.

Ezzamel, Mahmoud et Harold Hart (1987). *Advanced management accounting : An organisational emphasis*, London, Cassell.

Ferreira, Aldónio (2002). *Management accounting and control systems design and use: An exploratory study in portugal*, University of Lancaster.

Ferreira, Aldónio et David Otley (2009). « The design and use of performance management systems: An extended framework for analysis », *Management Accounting Research*, vol. 20, no 4, p. 263.

Gagnon, Yves-Chantal (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche*, 2e éd.^e éd., Québec, Presses de l'Université du Québec.

Glouberman, S. et H. Mintzberg (2001a). « Managing the care of health and the cure of disease--part ii: Integration », *Health Care Management Review*, vol. 26, no 1, p. 70-84.

Glouberman, S. et H. Mintzberg (2001b). « Managing the care of health and the cure of disease—part i: Differentiation », *Health care management review*, vol. 26, no 1, p. 56-69.

Goold, Michael et John J Quinn (1990). « The paradox of strategic controls », *Strategic Management Journal*, vol. 11, no 1, p. 43-57.

Govindarajan, Vijay et Robert N Anthony (1998). *Management control systems*, Irwin McGraw-Hill.

Graban, Mark (2012). *Lean hospitals: Improving quality, patient safety, and employee engagement*, 2nd^e éd., Boca Raton, CRC Press.

Grady, Michael W (1991). « Performance measurement: Implementing strategy », *Strategic Finance*, vol. 72, no 12, p. 49.

Grandjean, Philippe (2015). « Outils et modèles de pilotage de la performance », dans *Performance et innovation dans les établissements de santé*, Dunod, p. 31-66.

Henri, Jean-François (2006). « Management control systems and strategy: A resource-based perspective », *Accounting, Organizations and Society*, vol. 31, no 6, p. 529-558.

Jusko, Jill (2016). « Obeya the brain of the lean enterprise ».

Kaplan, Robert S et David P Norton (1995). « Putting the balanced scorecard to work », *Performance measurement, management, and appraisal sourcebook*, vol. 66, p. 17511.

Kaplan, Robert S et David P Norton (2000). « Having trouble with your strategy? Then map it », *Focusing Your Organization on Strategy—with the Balanced Scorecard*, vol. 49.

Kaplan, Robert S et David P Norton (2001). *The strategy-focused organization: How balanced scorecard companies thrive in the new business environment*, Harvard Business Press.

Kaplan, Robert S et David P Norton (2004). « Measuring the strategic readiness of intangible assets », *Harvard business review*, vol. 82, no 2, p. 52-63.

Kaplan, Robert S et David P Norton (2008). « Mastering the management system », *Harvard business review*, vol. 86, no 1, p. 62.

Kasurinen, Tommi (2002). « Exploring management accounting change: The case of balanced scorecard implementation », *Management Accounting Research*, vol. 13, no 3, p. 323-343.

Kennerley, Mike et Andy Neely (2002). « Performance measurement frameworks: A review », *Business performance measurement: Theory and practice*, p. 145-155.

Kennerley, Mike et Andy Neely (2003). « Measuring performance in a changing business environment ».

Krafcik, John F. (1988). « Triumph of the lean production system », *Sloan Management review*, vol. 30, no 1, p. 41-52.

Kristensen, Thomas Borup et Poul Israelsen (2014). « Performance effects of multiple control forms in a lean organization: A quantitative case study in a systems fit approach », *Management Accounting Research*, vol. 25, no 1, p. 45.

Lagacé, Denis et Sylvain Landry (2016). « Salles de pilotage : Un nouveau mode de gestion de la performance », *Gestion*, vol. 41, no 3.

Lamontagne, Yves (2015). *L'enfer du système de santé: Des propositions pour en sortir*, Montréal.

Landry, Sylvain et Martin Beaulieu (2016). *Lean, kata et système de gestion au quotidien: Réflexions, observations et récits d'organisations*, Montréal, Éditions JFD.

Landry, Sylvain et Mike Rother (2016). « Cinq étapes pour mettre en œuvre la méthode kata dans votre entreprise », *Gestion*, vol. 41, no 1, p. 88-91.

Levine, David (2015). *Santé et politique: Un point de vue de l'intérieur*, Montréal, Boréal.

Liker, Jeffrey K. (2012). *The toyota way: 14 management principles from the world's greatest manufacturer*, New York, McGraw-Hill.

Lueg, Rainer et Louisa Vu (2015). « Success factors in balanced scorecard implementations - a literature review », *Management Revue*, vol. 26, no 4, p. 306.

Lynch et Cross (1991). *Measure up!: The essential guide to measuring business performance*, Mandarin.

Lynch et Cross (1995). « Measure up!: Yardsticks for continuous improvement ».

Lyons, Paul (2009). « Action theory and the training and performance application: Performance templates », *Industrial and Commercial Training*, vol. 41, no 5, p. 270-279.

Malina, Mary A, Hanne SO Nørreklit et Frank H Selto (2007). « Relations among measures, climate of control, and performance measurement models », *Contemporary Accounting Research*, vol. 24, no 3, p. 935-982.

Malmi, Teemu et David A. Brown (2008). « Management control systems as a package—opportunities, challenges and research directions », *Management Accounting Research*, vol. 19, no 4, p. 287-300.

March, James G et Robert I Sutton (1997). « Crossroads—organizational performance as a dependent variable », *Organization science*, vol. 8, no 6, p. 698-706.

Merchant, Kenneth A (1985). *Control in business organization*, Financial Times/Prentice Hall.

Miller, Danny (1990). *The icarus paradox : How exceptional companies bring about their own downfall*, New York, HarperBusiness.

Mintzberg, Henry (1989). *Mintzberg on management: Inside our strange world of organizations*, Simon and Schuster.

Mintzberg, Henry (1993). *Structure in fives: Designing effective organizations*, Prentice-Hall, Inc.

Mintzberg, Henry (2017). « Managing the myths of health care », *World Hospitals and Health Services*, vol. 48, no 3, p. 4-7.

Minvielle, E., C. Sicotte, F. Champagne, A. P. Contandriopoulos, M. Jeantet, N. Preaubert, *et al.* (2008). « Hospital performance: Competing or shared values? », *Health Policy*, vol. 87, no 1, p. 8-19.

Morgan et Jeffrey K Liker (2006). *The toyota product development system*, vol. 13533, New York: Productivity Press.

Morgan, Gareth (1989). *Creative organization theory: A resourcebook*, Sage.

Morin, Estelle M., Michel Guindon, Émilio Boulianne et Québec Ordre des comptables généraux licenciés du (1996). *Les indicateurs de performance*, Montréal, Ordre des comptables généraux licenciés du Québec.

Morin, Estelle M., André Savoie et Guy Beaudin (1994). *L'efficacité de l'organisation: Théories, représentations et mesures*, Montréal, Gaëtan Morin.

MSSS (2017). *Plan stratégique du msss 2015-2020*, Gouvernement du Québec, (La direction des communication du Ministère de la santé et des services sociaux). Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-717-01W.pdf>

MSSS et Chaire IRISS (2015). *Cadre de référence des salles de pilotage stratégiques et tactiques*.

Mundy, Julia (2010). « Creating dynamic tensions through a balanced use of management control systems », *Accounting, Organizations and Society*, vol. 35, no 5, p. 499.

Nadler, David A. et Michael L. Tushman (1980). « A model for diagnosing organizational behavior », *Organizational Dynamics*, vol. 9, no 2, p. 35-51.

Neely, Andy, Mike Gregory et Ken Platts (1995). « Performance measurement system design: A literature review and research agenda », *International journal of operations & production management*, vol. 15, no 4, p. 80-116.

Neely, Andy, John Mills, Ken Platts, Huw Richards, Mike Gregory, Mike Bourne, *et al.* (2000). « Performance measurement system design: Developing and testing a process-based approach », *International journal of operations & production management*, vol. 20, no 10, p. 1119-1145.

Nobre, Thierry (2002). « Le tableau de bord prospectif: Un outil de gestion pour l'hôpital? », *Gestions hospitalières*, no 414, p. 171-179.

Norreklit, Hanne (2000). « The balance on the balanced scorecard a critical analysis of some of its assumptions », *Management accounting research*, vol. 11, no 1, p. 65-88.

Ohno, Taiichi (1988). *Toyota production system: Beyond large-scale production*, crc Press.

Patton, Michael Quinn (2002). *Qualitative research & evaluation methods*, 3rd^e éd., Thousand Oaks, Sage Publications.

Pink, GH, I McKillop, EG Schraa, C Preyra, C Montgomery et GR Baker (2000). « Creating a balanced scorecard for a hospital system », *Journal of Health Care Finance*, vol. 27, no 3, p. 1-20.

Pitcher, Patricia (1994). *Artistes, artisans et technocrates dans nos organisations: Rêves, réalités et illusions du leadership*, Montréal, Presses HEC.

Price, James L (1972). « The study of organizational effectiveness », *Sociological Quarterly*, p. 3-15.

Quinn, Robert E et John Rohrbaugh (1983). « A spatial model of effectiveness criteria: Towards a competing values approach to organizational analysis », *Management Science*, p. 363-377.

Rother, Mike (2010). *Toyota kata: Managing people for continuous improvement, adaptiveness, and superior results*, New York, McGraw-Hill.

Rouleau, Linda (2007). *Théories des organisations: Approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*, Puq.

Samuel, Donna, Pauline Found et Sharon J. Williams (2015). « How did the publication of the book the machine that changed the world change management thinking? Exploring 25 years of lean literature », *International Journal of Operations & Production Management*, vol. 35, no 10, p. 1386-1407.

Schonberger, Richard J (2007). « Japanese production management: An evolution—with mixed success », *Journal of Operations Management*, vol. 25, no 2, p. 403-419.

Séguin, Francine, Taïeb Hafsi, Christiane Demers et Jean-Marie Toulouse (2008). *Le management stratégique: De l'analyse à l'action*, Montréal, Éditions Transcontinental.

Sicotte, Claude, François Champagne et André-Pierre Contandriopoulos (1999). « La performance organisationnelle des organismes publics de santé », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 6, no 1, p. 34-46.

Simons, Robert (1995). *Levers of control: How managers use innovative control systems to drive strategic renewal*, Harvard Business Press.

Simons, Robert, Antonio Dávila et Robert S Kaplan (2000). *Performance measurement & control systems for implementing strategy*, Prentice Hall Upper Saddle River, NJ.

Singleton, Royce et Bruce C. Straits (2010). *Approaches to social research*, 5th^e éd., New York, Oxford University Press.

Siska, Ladislav (2015). « The concept of management control system and its relation to performance measurement », *Procedia Economics and Finance*, vol. 25, p. 141-147.

Spear, Steven (2005). « Fixing health care from the inside, today », *Harvard business review*, vol. 83, no 9, p. 78.

Spear, Steven et H Kent Bowen (1999). « Decoding the DNA of the toyota production system », *Harvard business review*, vol. 77, p. 96-108.

Tessier, Sophie et David Otley (2012). « A conceptual development of simons' levers of control framework », *Management Accounting Research*, vol. 23, no 3, p. 171-185.

Tuomela, Tero-Seppo (2005). « The interplay of different levers of control: A case study of introducing a new performance measurement system », *Management Accounting Research*, vol. 16, no 3, p. 293-320.

Weber, Austin (2017). « Make room for obeya », *Assembly*, vol. 60, no 5, p. 26-31.

Widener, Sally K. (2007). « An empirical analysis of the levers of control framework », *Accounting, Organizations and Society*, vol. 32, no 7, p. 757-788.

Wiersma, Eelke (2009). « For which purposes do managers use balanced scorecards? », *Management Accounting Research*, vol. 20, no 4, p. 239-251.

Womack, James P., Daniel T. Jones, Daniel Roos et Technology Massachusetts Institute of (1990). *The machine that changed the world: Based on the massachusetts institute of technology 5-million-dollar 5-year study on the future of the automobile*, New York, Rawson Associates.

Woodside, Arch G. (2010). *Case study research: Theory, methods and practice*, 1st^e éd., Bingley, Emerald.

Woodside, Arch G. et Elizabeth J. Wilson (2003). « Case study research methods for theory building », *Journal of Business & Industrial Marketing*, vol. 18, no 6/7, p. 493-508.

Woodward, Joan (1970). *Industrial organization: Behaviour and control*, Oxford Univ Pr.

Yin, Robert K. (2003). *Case study research: Design and methods*, 3rd^e éd., vol. 5, Thousand Oaks, Sage Publications.

Yuchtman, Ephraim et Stanley E Seashore (1967). « A system resource approach to organizational effectiveness », *American sociological review*, p. 891-903.

Annexe I – Formulaire de consentement à conduire la recherche dans les organisations

HEC MONTRÉAL

DEMANDE D'AUTORISATION D'EFFECTUER UNE RECHERCHE DANS UNE ORGANISATION

Votre organisation a été approchée pour participer au projet de recherche suivant :
Les salles de pilotage stratégique comme outil de contrôle dans les établissements de santé.
Ce projet est réalisé par Hélène Vallières-Goulet qui étudie à la maîtrise à HEC Montréal et que vous pouvez joindre par téléphone au 514-xxx-xxxx, ou par courriel à l'adresse suivante : helene.vallieres-goulet@hec.ca. Ce projet est réalisé sous la supervision de Sylvain Landry et Ann Langley que vous pouvez joindre par téléphone au 514-340-6749 (Sylvain Landry) et au 514-340-7748 (Ann Langley), ou par courriel aux adresses suivantes : sylvain.landry@hec.ca et ann.langley@hec.ca.

Les renseignements recueillis au cours de ce projet seront utilisés pour la préparation d'un document qui sera rendu public. L'ensemble de la collecte de données sera : des observations lors des réunions sur la salle de pilotage stratégique avec le comité de direction; des entrevues avec les membres du comité de direction en charge de la salle de pilotage stratégique; la consultations des rapports mensuels de l'établissement et des notes sur les réunions des membres du comité de direction en charge de la salle de pilotage. Les informations brutes resteront confidentielles, mais le chercheur utilisera ces informations pour son projet de publication.

Chaque participant doit nous indiquer le niveau de protection qu'il souhaite conserver lors de la publication des résultats de recherche. Toutefois, les répondants seront informés que leur anonymat ne pourra être garanti.

Nous vous demandons l'autorisation d'effectuer notre collecte de données dans votre organisation.

Pour toute question en matière d'éthique, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité d'éthique de la recherche de HEC Montréal au (514) 340-6051 ou par courriel à cer@hec.ca. N'hésitez pas à poser au chercheur toutes les questions que vous jugerez pertinentes.

J'accepte que cette recherche soit conduite dans l'entreprise que je dirige.

- Oui
 Non

Nom de l'entreprise	
Adresse du siège social	
Nom et fonction du ou des signataires autorisés	
Numéro de téléphone	
Courriel	
Signature	

Résumé du projet de recherche :

Sous la forme d'une étude de cas, nous étudierons l'implantation de la salle de pilotage stratégique dans l'établissement de santé pour déterminer si elle est adaptée à ce type d'organisation et quel type de contrôle découle de cet outil issue de la culture Lean. Nous observerons les communications lors des réunions sur les salles de pilotage, nous performerons

des entrevues avec les membres du comité de direction et nous analyserons les documents relatifs à l'établissement.

Projet CRIR-1191-1116 approuvé par le CÉR des établissements du CRIR le 16 janvier 2017

Si vous avez des questions sur vos droits et recours ou sur votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Me Anik Nolet, coordonnatrice à l'éthique de la recherche des établissements du CRIR au (514) 527-9565 poste 3795 ou par courriel à l'adresse suivante: anolet.crir@ssss.gouv.qc.ca.

Annexe II - Feuillet d'information s'adressant aux participants aux réunions des comités de direction



FEUILLET D'INFORMATION S'ADRESSANT AUX PARTICIPANTS AUX RÉUNIONS EN ORGANISATION

1. Renseignements sur le projet de recherche

Vous avez été approché(e) pour participer au projet de recherche suivant : Les outils de mesure de la performance et la prise de décision stratégique : le cas de la salle de pilotage stratégique dans les établissements de santé et services sociaux du Québec.

Ce projet est réalisé par, Hélène Vallières-Goulet qui est étudiante à la maîtrise en gestion à HEC Montréal, que vous pouvez joindre par téléphone au 514-xxx-xxxx ou par courriel à helene.vallieres-goulet@hec.ca. Ce projet est réalisé sous la supervision du professeur Ann Langley que vous pouvez joindre par téléphone au 514-340-7748, ou par courriel à ann.langley@hec.ca, ainsi que du professeur Sylvain Landry que vous pouvez joindre par téléphone au 514-340-6749 ou par courriel à sylvain.landry@hec.ca.

Résumé : Par l'entremise d'entrevues, d'observation et de l'étude de données, j'étudierai le type de contrôle qui découle des salles de pilotage stratégique tout au long de leur implantation dans l'établissement de santé.

2. Aspect d'éthique de la recherche

Votre organisation a accepté de participer à ce projet de recherche. Les observations ont comme objectif d'enrichir notre compréhension du projet.

Le comité d'éthique de la recherche de HEC Montréal a statué que la collecte de données liée à la présente étude satisfait aux normes éthiques en recherche auprès des êtres humains. Pour toute question en matière d'éthique, vous pouvez communiquer avec le secrétariat de ce comité au (514) 340-6051 ou par courriel à cer@hec.ca. N'hésitez pas à poser au chercheur toutes les questions que vous jugerez pertinentes.

3. Confidentialité des renseignements personnels obtenus

Le chercheur, de même que tous les autres membres de l'équipe de recherche, le cas échéant, s'engagent à protéger les renseignements personnels obtenus en assurant la protection et la sécurité des données recueillies, en conservant tout enregistrement dans un lieu sécuritaire, en ne discutant des renseignements confidentiels qu'avec les membres de l'équipe de recherche et en n'utilisant pas les données qu'un participant aura explicitement demandé d'exclure de la recherche.

Votre participation à ce projet de recherche doit être totalement volontaire. Vous pouvez refuser de participer à l'observation en demandant au chercheur de retirer en partie ou en totalité vos propos ou ceux vous concernant de ses données de recherche. Vous pouvez contacter directement et confidentiellement le chercheur à cet effet.

De plus les chercheurs s'engagent à ne pas utiliser les données recueillies dans le cadre de ce projet à d'autres fins que celles prévues, à moins qu'elles ne soient approuvées par le Comité d'éthique de recherche de HEC Montréal. **Notez que votre approbation à participer à ce projet de recherche équivaut à votre approbation pour l'utilisation de ces données pour des projets futurs qui devront toutefois être approuvés par le Comité d'éthique de recherche de HEC Montréal.**

Toutes les personnes faisant partie de l'équipe de recherche ont signé un engagement de confidentialité.

Projet CRIR-1191-1116 approuvé par le CÉR des établissements du CRIR le 16 janvier 2017

Si vous avez des questions sur vos droits et recours ou sur votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Me Anik Nolet, coordonnatrice à l'éthique de la recherche des établissements du CRIR au (514) 527-9565 poste 3795 ou par courriel à l'adresse suivante: anolet.crir@ssss.gouv.qc.ca.

Retrait d'une ou des pages pouvant contenir des renseignements personnels

informations pour son projet de publication. Il vous appartient de nous indiquer le niveau de protection que vous souhaitez conserver lors de la publication des résultats de recherche.

Option 1 :

- J'accepte que ma fonction (uniquement) apparaisse lors de la diffusion des résultats de la recherche.**

Si vous cochez cette case, aucune information relative à votre nom ne sera divulguée lors de la diffusion des résultats de la recherche. Même si le nom de votre entreprise ne sera pas cité, il est possible qu'une personne puisse effectuer des recoupements et ainsi obtenir votre nom. Par conséquent, vous ne pouvez pas compter sur la protection de votre anonymat.

Option 2 :

- Je ne veux pas que mon nom ni ma fonction apparaissent lors de la diffusion des résultats de la recherche.**

Si vous cochez cette case, aucune information relative à votre nom ou à votre fonction ne sera divulguée lors de la diffusion des résultats de la recherche. Même si le nom de votre entreprise ne sera pas cité, il est possible qu'une personne puisse effectuer des recoupements et ainsi obtenir votre nom. Par conséquent, vous ne pouvez pas compter sur la protection absolue de votre anonymat.

- **Consentement à l'enregistrement audio de l'entrevue :**

- J'accepte que le chercheur procède à l'enregistrement audio de cette entrevue.**
 Je n'accepte pas que le chercheur procède à l'enregistrement audio de cette entrevue.

Vous pouvez indiquer votre consentement par signature, par courriel ou verbalement au début de l'entrevue.

SIGNATURE DU PARTICIPANT À L'ENTREVUE :

Prénom et nom : _____

Signature : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

SIGNATURE DU CHERCHEUR :

Prénom et nom : Hélène Vallières-Goulet

Signature : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

Projet CRIR-1191-1116 approuvé par le CÉR des établissements du CRIR le 16 janvier 2017

Si vous avez des questions sur vos droits et recours ou sur votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Me Anik Nolet, coordonnatrice à l'éthique de la recherche des établissements du CRIR au (514) 527-9565 poste 3795 ou par courriel à l'adresse suivante: anolet.crir@ssss.gouv.qc.ca.

Annexe V.A – Guide d’entrevue pour la première vague d’entrevues

Hélène Vallières Goulet

Date : _____

Guide d’entrevue (nom du directeur)

1. Décrivez-moi votre expérience avec la salle de pilotage
2. Comment vous préparez-vous au comité de direction et à l’animation de la salle de pilotage
 - a. Qu’est ce qui a changé d’avant l’implantation de la salle de pilotage
3. Comment est-ce que l’utilisation de la salle de pilotage a changé votre mode de gestion
 - a. Quels sont les changements que vous avez observés au niveau du comité de direction
4. Qu’est-ce que la salle de pilotage vous apporte concrètement, en tant que membre de la direction d’un CISSS
5. Quelles sont vos surprises de l’utilisation de la salle de pilotage
6. Quelles sont les difficultés rencontrées que vous pouvez identifier quant à l’utilisation de la salle de pilotage
7. Quels sont les impacts que vous percevez, quant à l’utilisation de la salle de pilotage, auprès des directeurs
 - a. Sur la gestion et la relation professionnelle avec le PDG
 - b. Sur la gestion et la relation professionnelle avec les directeurs
8. Quels sont les impacts de l’utilisation d’un tel outil que vous anticipez dans 6 mois, 1 an
 - a. Comment est ce que l’utilisation de la salle de pilotage va changer le comité de direction (déroulement des rencontres, comportements des directeurs, etc.)

Annexe V.B – Guide d’entrevue pour la deuxième vague d’entrevues

Hélène Vallières Goulet

Date : _____

Guide d’entrevue (nom du directeur)

1. Animation

- i. Pouvez-vous me parler de la démocratisation de l’animation de la salle de pilotage, qu’est-ce que cela apporte à l’animation selon vous?
- ii. Pouvez-vous me parler des projets, comment allez-vous réussir à diminuer leur nombre à suivre dans la salle de pilotage?
- iii. Comment se structure vos animations? Pourquoi ne commencez-vous pas par le mur 4?
- iv. Pouvez-vous me parler de l’intégration de la trajectoire client?

2. Rôle des directeurs

- i. Comment décrivez-vous le leadership du PDG? Selon-vous, comment laisse-t-il de la place aux directeurs durant l’animation?
- ii. Comment se prennent les décisions sur le mur 4? Devez-vous arriver à un consensus? Est-ce que tous les directeurs sont impliqués?
- iii. Comment engagez-vous les médecins et la DSP envers la culture d’amélioration de la performance? Sentez-vous de la résistance?
- iv. Selon vous, comment se distinguent les rôles des directeurs cliniques VS administratifs durant l’animation?

3. Gestion des enjeux

- i. Lorsqu'un indicateur ou une situation doivent être discutés durant l'animation, comment abordez-vous le sujet avec le ou les directeurs concernés?
- ii. Selon-vous, qu'est ce qui explique que certains directeurs ne soient pas à l'aise avec la discussion d'enjeux spécifiques durant l'animation? Comment allez-vous les engager et changer leur perception?

Annexe VI – Formulaire d'autorisation de consultation ou de transferts de documents

HEC MONTRÉAL

AUTORISATION DE CONSULTATION OU DE TRANSFERT DE DOCUMENTS, DE RENSEIGNEMENTS, DE DONNÉES OU DE BANQUES DE DONNÉES NE FAISANT PAS PARTIE DU DOMAINE PUBLIC ET CONTENANT DES RENSEIGNEMENTS SUR DES PERSONNES

Si vous nous autorisez à consulter la ou les banques de données listées ci-dessous, nous conserverons le présent formulaire que vous aurez signé et vous en remettrons une copie.

Contexte du projet de recherche : Réalisation d'un mémoire de maîtrise à HEC Montréal.

Titre de la recherche : Les salles de pilotage stratégique comme outil de contrôle dans les établissements de santé

Identification du membre ou des membres de l'équipe de recherche :

Chercheur principal : Hélène Vallières-Goulet

Co-directeurs du mémoire : Sylvain Landry et Ann Langley

Nom de chacune des banques de données à consulter :

Notes et résumés des réunions sur l'implantation de la salle de pilotage stratégique.

Brève description du projet de recherche :

Dans le cadre précis du présent mémoire, la consultation des données listées ci-dessus nous permettra d'obtenir des informations importantes privilégiées concernant les le processus d'implantation de la salle de pilotage stratégique. Les autres membres de l'équipe de recherche et moi-même sommes les seules personnes qui auront accès aux données comprises dans ces données. Tous les renseignements consultés seront utilisés de façon confidentielle. De plus, aucune information permettant de retrouver l'identité des personnes sur qui portent ces données ne sera divulguée lors de la diffusion des résultats de la recherche.

Autorisation de consultation :

Ayant lu et compris le texte ci-dessus et ayant eu l'opportunité de recevoir des détails complémentaires sur l'étude, je consens à accorder à Hélène Vallières-Goulet l'autorisation de consulter des données listées ci-dessus pour les seules fins de la présente recherche.

Veuillez cocher les options s'appliquant à ces données :

- Certaines des données remises au chercheur peuvent permettre d'identifier des individus
- Les données remises au chercheur sont entièrement non identificatoires. Comme fiduciaire de ces données, j'ai accès à des renseignements permettant d'identifier les personnes impliquées, mais je m'engage à ne pas remettre ces informations au chercheur
- Les données sont entièrement anonymes. Comme fiduciaire de ces données, je ne possède pas de renseignement permettant d'identifier les personnes concernées par ces données

Nom de la personne autorisant l'accès aux données : _____

Signature : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

Titre : _____ Organisation : _____

Projet CRIR-1191-1116 approuvé par le CÉR des établissements du CRIR le 16 janvier 2016

Si vous avez des questions sur vos droits et recours ou sur votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Me Anik Nolet, coordonnatrice à l'éthique de la recherche des établissements du CRIR au (514) 527-9565 poste 3795 ou par courriel à l'adresse suivante: anolet.crir@ssss.gouv.qc.ca.

Annexe VII – Courriel envoyé aux directeurs pour les entrevues

Chers directeurs du CISSS,

Je m'appelle Hélène Vallières-Goulet et je suis étudiante à la maîtrise en stratégie à HEC Montréal. Je poursuis un projet de mémoire sur la salle de pilotage stratégique dans les établissements de santé et de services sociaux québécois. J'ai la chance de travailler avec Sylvain Landry et Ann Langley, tous deux professeurs à HEC Montréal et passionnés, comme moi, du système de santé et de services sociaux québécois.

Les résultats de ma recherche permettront de dresser un portrait juste de l'impact de l'utilisation d'un outil de mesure de la performance sur les comités de direction des établissements de santé, et de comprendre les avantages et inconvénients de cet outil pour les membres de l'équipe de direction. Dans un contexte de transformation majeure comme celui que vit le Québec présentement, de tels résultats permettront de mieux saisir le potentiel de l'outil et de formuler des recommandations pertinentes aux organisations impliquées.

Je sollicite donc votre participation à ma recherche, dans le but de bien comprendre comment les acteurs importants du réseau de la santé, vous, utilisent la salle de pilotage stratégique. J'aimerais conduire avec vous deux entrevues de 45 minutes: l'une entre les mois de février-mars 2017; la seconde au début de l'automne 2017. À cette fin, je me déplacerai à l'endroit et au moment qui vous convient. De plus, je tiens à souligner que les informations recueillies lors des entrevues resteront confidentielles, tant dans la conduite de la recherche que dans la publication du mémoire. Aucun nom ne sera divulgué, pas plus que l'organisation dans laquelle vous travaillez.

Pour toutes questions, vous pouvez m'écrire à l'adresse suivante **helene.vallieres-goulet@hec.ca** ou téléphoner au **514-XXX-XXXX**. Il me fera plaisir d'écouter vos commentaires et de répondre à vos questions.

Au plaisir de pouvoir collaborer avec vous.

Cordialement,

Hélène Vallières-Goulet