

LE **CISSS** DES LAURENTIDES
complice de votre santé



CADRE DE RÉFÉRENCE EN AMÉLIORATION CONTINUE
DE LA PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE

Un cadre pour structurer, soutenir et faire vivre l'amélioration
continue dans tous les secteurs de l'organisation.

Québec 

MOT DE LA DIRECTION

Chers collègues,

C'est avec fierté que nous vous présentons ce **cadre de référence en amélioration continue de la performance**. Un document structurant, fruit d'une cocréation mettant à contribution diverses parties prenantes, qui s'inscrit pleinement dans notre volonté d'évolution, de rigueur et de mobilisation collective.

Notre organisation œuvre chaque jour à offrir des soins et services de qualité à la population des Laurentides. Pour y parvenir, il est essentiel de nous doter d'un système de gestion robuste, vivant, et surtout cohérent, qui soutient nos équipes dans la poursuite de l'excellence. Ce cadre vise justement à consolider nos pratiques, à clarifier les rôles et à outiller l'ensemble des gestionnaires, équipes, médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes.

L'amélioration continue n'est pas une destination, mais un état d'esprit. Elle repose sur la capacité de chacun à identifier des opportunités, à apprendre ensemble, à innover, et à agir avec courage et bienveillance. Elle nécessite également une gouvernance claire, subsidiarité et imputabilité à une culture organisationnelle alignée, et des mécanismes efficaces pour assurer le suivi et l'évolution de nos actions.

Ce document traduit cette ambition : il propose une vision partagée, des repères communs, ainsi qu'un langage unifié pour parler de performance, de qualité et d'optimisation.

Nous remercions chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué à son élaboration. Votre implication témoigne de l'engagement profond de notre organisation à faire de l'amélioration continue un véritable levier de transformation, de collaboration et de sens.

Nous vous invitons à vous approprier ce cadre, à en faire un outil vivant, et surtout, à continuer d'être les artisans d'un réseau de santé et de services sociaux toujours plus performant, humain et agile.



Julie Delaney, présidente-directrice générale (PDG)
Direction générale (DG)



Benoit Major, président-directeur général adjoint (PDGA)
Direction générale (DG)

COORDINATION ET RÉDACTION

Véronique Lacroix, directrice adjointe à la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE)

COLLABORATEURS

Manon Léonard, directrice à la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE)

Nathalie Giroux, chef de service à la gestion intégrée de la performance et de l'amélioration continue, DQEPE

Caroline Dubreuil, chef de service à la gestion stratégique de l'information, DQEPE

Les membres ayant participé aux ateliers sur la culture d'amélioration continue du CISSS des Laurentides.

Tous les directeurs du CISSS des Laurentides.

RÉVISION LINGUISTIQUE

Sylvie Lachance, technicienne en administration-DA, DQEPE

ÉDITION

Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE)
Service de la gestion intégrée de la performance et de l'amélioration continue
Juillet 2025

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes et sert uniquement à alléger le texte. Certaines utilisations usuelles de termes féminins ont toutefois été conservées.

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025
ISBN : 978-2-555-01780-1

© Tous droits réservés, CISSS des Laurentides (2025)

Toute reproduction, traduction, communication au public par quelque moyen que ce soit, exécution ou représentation en public du présent document est interdite, à moins d'avoir obtenu une autorisation du CISSS des Laurentides. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droit.auteur.ciessler@ssss.gouv.qc.ca.

TABLE DES MATIÈRES

1. PRÉAMBULE	6
2. INTRODUCTION.....	6
2.1. Mise en contexte	6
2.2. Vision et valeurs	7
2.2.1. Notre vision	7
2.2.2. Nos valeurs	7
3. PRÉSENTATION DU CADRE DE RÉFÉRENCE.....	9
3.1. Objectifs	9
3.2. Définitions.....	10
3.3. Assises	11
3.3.1. Assises légales et stratégiques.....	11
3.3.2. Assises théoriques	11
3.3.3. Assises organisationnelles.....	15
3.4. Orientations et principes directeurs.....	19
3.4.1. Instaurer une gouvernance forte et intégrée de la performance.....	19
3.4.2. Renforcer la culture d'amélioration continue de la performance dans toutes les directions.....	19
3.4.3. Structurer le système de gestion autour du cycle PDSA	19
3.4.4. Valoriser l'apprentissage organisationnel et le droit à l'expérimentation	19
3.4.5. Mobiliser l'ensemble des parties prenantes dans une logique collaborative.....	19
3.4.6. Soutenir la prise de décision fondée sur des données fiables et pertinentes	20
3.5. Rôles et responsabilités.....	20
3.5.1. Hors cadres (PDG, PDGA, DGA).....	20
3.5.2. Cadres supérieurs (directeurs et directeurs adjoints).....	20
3.5.3. Gestionnaires intermédiaires (chefs de service, conseillers cadres, coordonnateurs, adjoints)	21
3.5.4. Employés.....	21
3.5.5. Conseil des médecins, dentiste, pharmaciens et sages-femmes (CMDPSF).....	21
3.5.6. Conseils professionnels (CII, CM).....	21
3.5.7. Usagers partenaires ressources (UPR), les comités des usagers et les comités des résidents	21
3.5.8. Syndicats.....	22
3.5.9. Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique	22

4. SYSTÈME DE GESTION ET AMÉLIORATION CONTINUE : FONDEMENTS D'UNE ORGANISATION APPRENANTE	23
4.1. Obligation de mise en place et de continuité du système de gestion	23
4.2. Salles de pilotage : cinq dimensions(étapes) obligatoires	24
4.2.1. Caucus tactiques et opérationnels : trois dimensions (étapes) obligatoires.....	24
4.2.2. Salles de pilotages tactiques : les indicateurs incontournables	25
4.3. La structure de centre de coordination de la fluidité	26
4.4. Calendrier hebdomadaire standard du système de gestion	27
4.5. Déploiement de la formation et de la démarche d'amélioration continue.....	27
4.5.1. Développer les compétences des gestionnaires	27
4.5.2. Utiliser progressivement les outils et démarches	27
4.5.3. Évaluer en continu le niveau d'appropriation	27
5. CONCLUSION	29
6. BIBLIOGRAPHIE	30
7. MÉCANISME DE SUIVI ET DE RÉVISION	31
8. DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS	31
ANNEXE 1 - DÉFINITION DES AXES	32
ANNEXE 2 - LES FONDEMENTS CLÉS	33
ANNEXE 3 - STRUCTURE DU CENTRE DE COORDINATION DE LA FLUIDITÉ.....	35
ANNEXE 4 - CALENDRIER HEBDOMADAIRE DE PILOTAGE CISSS DES LAURENTIDES	36
ANNEXE 5 - QUESTIONNAIRE SUR LES PRATIQUES DE GESTION EN AMÉLIORATION CONTINUE.....	37

N.B. Le genre masculin est utilisé comme générique,
dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

1. PRÉAMBULE

L'amélioration continue est au cœur de notre capacité à offrir des services de qualité, efficaces et humains. Dans un réseau en constante transformation, elle n'est plus une option : elle est une nécessité.

Ce cadre de référence a pour but de structurer et d'harmoniser notre approche de l'amélioration continue afin d'optimiser constamment notre performance. Il propose des balises claires, des rôles définis et des outils concrets pour soutenir les équipes dans la mise en œuvre d'un système de gestion rigoureux, cohérent et durable.

Il s'inscrit dans une volonté partagée de faire mieux chaque jour pour nos usagers, pour nos équipes, et pour l'organisation dans son ensemble.

2. INTRODUCTION

2.1. Mise en contexte

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides, comme plusieurs établissements du réseau québécois, fait face à une conjoncture complexe marquée par le vieillissement de la population, de ses impacts sur les maladies chroniques ainsi que la croissance des maladies mentales et infantiles; s'ajoute à cela une pénurie marquée de main-d'œuvre et des pressions budgétaires considérables. Bien que le CISSS des Laurentides dispose depuis 2015 d'un cadre de référence en matière de performance, les efforts de transformation peinent à produire des gains durables.

Dans le contexte actuel de pénurie persistante de ressources humaines, financières et technologiques, les organisations doivent composer avec une pression croissante sur les services. Cette réalité est amplifiée par l'augmentation constante et la complexification des besoins de la population, ce qui appelle un repositionnement stratégique de la gouvernance en amélioration continue de la performance organisationnelle. Ainsi, le présent cadre a été revu complètement afin d'offrir une structure de gouvernance claire et intégrée, destinée à soutenir l'implantation et la pérennisation d'une culture organisationnelle d'amélioration continue à tous les niveaux hiérarchiques.

Des ateliers de consultation ont permis de mener à bien la rédaction de ce cadre de référence en amélioration continue de la performance. De par la complexité organisationnelle, il était nécessaire de mettre à contribution les connaissances des collaborateurs et de tenir compte des enjeux et réalités de chacun. À cet effet, l'ensemble des directions a délégué deux représentants (cadre supérieur, cadre intermédiaire ou employé non cadre). De plus, des représentants de toutes les catégories syndicales, du Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes, du Conseil des infirmières et infirmiers, du Conseil multidisciplinaire ainsi que des médecins ont participé activement à la démarche. Chaque participant a apporté un regard sur l'amélioration continue de la performance propre à sa réalité et représente maintenant les agents de liaison qui sont incontournables pour mieux soutenir la qualité de la pratique des divers professionnels. Afin d'obtenir la voix du client tout au long de la démarche, deux usagers

partenaires ressources ont contribué activement aux ateliers. Leur participation a permis de mettre l'accent sur la qualité, la pertinence et la sécurité des soins et des services, grâce à la qualité de leur expérience.

Finalement, ce cadre de référence se veut un outil complémentaire au [cadre de référence en gestion intégrée de la qualité](#).

2.2. Vision et valeurs

2.2.1. Notre vision

La vision du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides se définit par : Assurer des soins de santé et de services sociaux accessibles et efficaces, qui s'adaptent aux besoins de la population des Laurentides.

2.2.2. Nos valeurs

L'identification des valeurs organisationnelles de l'établissement résulte d'une démarche de consultation auprès de l'ensemble des membres du personnel. À la suite du sondage effectué, les cinq valeurs suivantes ont été retenues : [Affichette présentant les valeurs et leurs définitions](#).

2.2.2.1. Respect

Le respect est une considération que doit recevoir une personne en raison de la valeur humaine qu'on lui reconnaît et qui nous porte à nous conduire envers elle avec politesse, tact et diplomatie. Le respect implique des comportements empreints de discrétion dans un environnement attentif de la vie privée de la personne. Le respect sous-tend également une capacité à exploiter la richesse des différences, des forces et des ressources de la personne. Le respect implique également que chaque acteur de l'organisation agisse conformément à la mission, à la vision et aux valeurs de l'organisation.

Le respect, valeur fondamentale de notre organisation, guide nos interactions en encourageant des comportements empreints de tact et de discrétion. Il favorise l'exploitation des différences et des forces de chacun et assure que chaque action soit conforme à la mission, à la vision et aux valeurs de l'organisation, contribuant ainsi à l'amélioration continue.

2.2.2.2. Collaboration

La collaboration se construit sur une relation de confiance et d'ouverture où l'engagement et l'apport de l'autre visent l'atteinte d'un but commun. La collaboration est essentielle au travail d'équipe, au partenariat et au mieux-être.

Elle implique le partage d'information, de connaissances, d'expériences, ainsi que des actions concertées. Elle se manifeste par l'entraide et l'interdépendance entre les acteurs, les usagers et les ressources de l'organisation.

La collaboration, fondée sur la confiance et l'ouverture, repose sur l'engagement mutuel en vue d'un objectif commun. Elle favorise le travail d'équipe, le partage d'informations et d'expériences, et se manifeste par l'entraide et l'interdépendance entre les acteurs, les usagers et les ressources de l'organisation, contribuant ainsi au mieux-être et à l'amélioration continue.

2.2.2.3. Engagement

L'engagement se manifeste par les gestes et les comportements des acteurs de l'organisation qui, par leur implication au travail d'équipe, contribuent spontanément à l'amélioration de la qualité des services offerts aux usagers par l'établissement et donc à l'atteinte des objectifs découlant de sa mission et de ses orientations.

L'engagement des acteurs de l'organisation ainsi que des citoyens et partenaires contribue directement à l'amélioration de la santé et du mieux-être des individus et de la communauté.

L'engagement se traduit par l'implication active des acteurs de l'organisation dans le travail d'équipe, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité des services offerts aux usagers et à l'atteinte des objectifs liés à la mission et aux orientations de l'établissement.

2.2.2.4. Intégrité

L'intégrité sous-tend l'honnêteté, l'authenticité et la franchise, qui doivent teinter l'ensemble des rapports à tous les niveaux de l'organisation et envers les usagers.

Elle désigne aussi la capacité d'une personne à respecter ses engagements et ses principes, tout en respectant également les règles et les codes en vigueur. L'intégrité favorise la communication et le climat de confiance, engendre la crédibilité et développe la responsabilité entre les différents acteurs.

2.2.2.5. Bienveillance

La bienveillance est un souci de l'autre se traduisant par des relations empreintes d'humanisme et de considération. La bienveillance vise la préservation et l'amélioration du mieux-être d'autrui. Elle invite chaque acteur à agir avec empathie et sollicitude et guide les actions et les décisions dans toutes les sphères de l'organisation.

La bienveillance, fondée sur l'empathie et la considération, guide les relations humaines au sein de l'organisation et s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue. Elle vise à préserver et améliorer le mieux-être d'autrui, en incitant chaque acteur à agir avec sollicitude, contribuant ainsi au progrès constant des pratiques et des services.

[Lien vers le code d'éthique CISSS des Laurentides](#)

[Lien vers le sondage sur l'expérience usager](#)

3. PRÉSENTATION DU CADRE DE RÉFÉRENCE

3.1. Objectifs

Structurer la gouvernance organisationnelle en amélioration continue : Offrir un cadre commun et intégré qui définit les rôles, responsabilités, mécanismes et processus pour soutenir l'organisation dans l'actualisation d'une culture de performance durable.

Renforcer la culture organisationnelle en amélioration continue : Favoriser l'adhésion collective aux principes d'apprentissage, d'innovation et de responsabilisation en intégrant les fondements de l'amélioration continue dans les pratiques quotidiennes.

Aligner les actions à tous les niveaux hiérarchiques sur les objectifs stratégiques : Assurer une cohérence entre la planification stratégique, les opérations quotidiennes et les priorités locales grâce à un système de gestion standardisé (ex. : Planifier-Déployer-Suivre-Ajuster (PDSA), salles de pilotage, caucus).

Soutenir le développement des compétences et le leadership en amélioration continue : Déployer des activités d'évaluation, de formation, d'accompagnement et de mentorat pour renforcer les capacités des gestionnaires et des équipes à se mettre en action.

Instaurer un langage commun et des outils partagés : Définir des standards, des pratiques, des indicateurs et des mécanismes d'évaluation uniformes pour soutenir les initiatives de transformation dans toutes les directions.

Favoriser l'implication de toutes les parties prenantes : Encourager la participation active des gestionnaires, des employés, des médecins, des syndicats et des usagers partenaires à l'identification, l'évaluation et la mise en œuvre des améliorations.

Favoriser l'engagement et l'implication des usagers : Responsabiliser et impliquer les partenaires actifs dans l'amélioration continue, à leur rôle dans le parcours de soins, la coconstruction des solutions et l'optimisation des services.

Optimiser la prise de décision basée sur les données : Mettre en place une gestion rigoureuse de l'information de performance pour faciliter la priorisation, la reddition de comptes et l'amélioration continue des processus.

Assurer la pérennité et l'actualisation continue du système de gestion : Définir des mécanismes de révision périodique du cadre, des formations et des pratiques d'amélioration pour s'assurer qu'ils évoluent avec les besoins de l'organisation.

3.2. Définitions

Amélioration continue : Démarche d'évolution constante des pratiques, basée sur la remise en question, l'apprentissage collectif et l'expérimentation pour mieux répondre aux besoins des clients et usagers.

Cascades des priorités : Processus structuré permettant de décliner les grandes priorités stratégiques de l'organisation en objectifs concrets, puis en actions spécifiques à chaque niveau (direction, service, équipe), assurant ainsi un alignement vertical et une cohérence dans le pilotage de la performance.

Caucus (opérationnel et tactique) : Le caucus est une démarche d'animation standard et un élément du système intégré de gestion de la performance. Il s'agit d'un court moment d'arrêt (caucus opérationnel de 15 à 30 minutes, caucus tactique de 30 à 40 minutes), régulier et à fréquence déterminée pendant lequel une équipe fait le point sur sa situation, via notamment des cibles et indicateurs, et se met en action sur le travail à effectuer. Le caucus est soutenu par un outil de gestion visuel (OGV).

Client (usager) : Partie prenante centrale dans la démarche d'amélioration continue, dont les besoins doivent guider l'organisation des services et l'amélioration des processus.

Culture d'amélioration continue : État d'esprit collectif et approche organisationnelle où les individus, les équipes et l'organisation dans son ensemble s'engagent de manière systématique et durable à identifier, analyser et améliorer leurs pratiques, processus et services de façon progressive et constante.

Données probantes : Les données probantes désignent les résultats issus de recherches rigoureuses, d'analyses fiables ou de pratiques évaluées, utilisées pour éclairer les décisions, les politiques ou les interventions. En amélioration continue, elles servent à appuyer les choix d'actions en s'appuyant sur ce qui fonctionne réellement, dans un souci d'efficacité, d'efficience et de qualité.

Escalade des enjeux : Processus de remontée structurée d'un problème du niveau opérationnel vers les niveaux tactique ou stratégique lorsque sa résolution dépasse les capacités locales.

Gestion visuelle : Utilisation d'outils visuels (graphiques, tableaux de bord) pour rendre l'information de performance accessible et faciliter la détection rapide des écarts observés.

Indicateur de performance : Mesures quantitative et qualitative utilisées pour évaluer l'atteinte d'un objectif, soutenir la prise de décision et prioriser les projets d'amélioration.

Planifier–Déployer–Suivre–Ajuster (PDSA) : Cycle structuré utilisé pour planifier des objectifs, déployer des actions, suivre les résultats et ajuster les stratégies en fonction des écarts observés.

Salle de pilotage (tactique et stratégique) : La salle de pilotage est une démarche d'animation standard et un élément du système intégré de gestion de la performance. Son animation se réalise lors d'un moment d'arrêt régulier et à fréquence déterminée, pendant lequel une direction fait le point sur sa situation via notamment des cibles et indicateurs. À travers le cycle d'amélioration continue Planifier – Déployer – Suivre - Ajuster (PDSA), un suivi est effectué à partir de la planification de la direction, des projets en cours de réalisation, des indicateurs sélectionnés et

des actions correctives entreprises. La salle de pilotage est soutenue par l'utilisation d'un outil de gestion visuel (OGV)

Système de gestion : Un système de gestion est créé lorsqu'il y a des boucles de résolution de problème ininterrompues, fluides et efficaces entre tous les niveaux hiérarchiques grâce à la mise en place de caucus et salles de pilotage. Ultiment, c'est une structure qui permet l'escalade des enjeux et la cascade du soutien requis.

3.3. Assises

Le présent cadre de référence s'appuie sur un ensemble d'assises légales, théoriques et organisationnelles qui renforcent sa légitimité, son arrimage stratégique et sa pertinence dans le contexte du CISSS des Laurentides.

3.3.1. Assises légales et stratégiques

- [Alignement stratégique du CISSS des Laurentides](#) : précise les grandes orientations et la vision auxquelles ce cadre contribue directement, notamment en matière d'efficacité, d'expérience usager et d'amélioration continue.
- [Cadre de référence ministériel sur les salles de pilotage stratégiques et tactiques \(MSSS, 2019\)](#) : propose une structure d'animation de la performance par la gestion visuelle et l'amélioration continue.
- [Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics. RLRQ, c. G-1.03](#) : favorise l'imputabilité, la performance et la reddition de comptes dans les établissements publics.
- [Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux. RLRQ, C. g-1.021.](#)

3.3.2. Assises théoriques

3.3.2.1. PDSA

Le cycle de PDSA « Planifier, Déployer, Suivre et Ajuster » est une méthode scientifique appliquée à la gestion. Ce dernier est un outil de gestion puissant permettant d'assurer le déploiement rigoureux de la stratégie organisationnelle et de soutenir l'amélioration continue de la performance au quotidien.

En effet, la méthode PDSA est une démarche cyclique d'amélioration qui consiste, à la fin de chaque cycle, à remettre en question toutes les actions précédemment menées afin de les améliorer.

L'amélioration continue au quotidien – La Roue de Deming (PDSA)

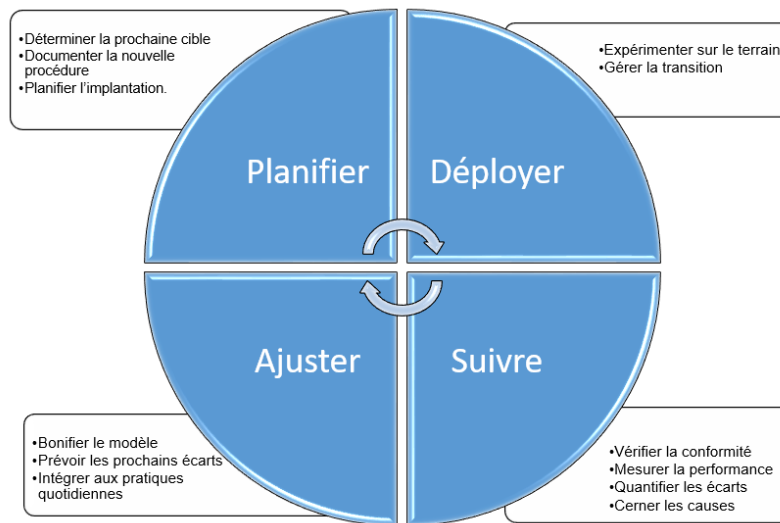


Figure 1 – Sylvie Lachance, Technicienne en administration-DA, DQEPE, CISSS des Laurentides (2025).

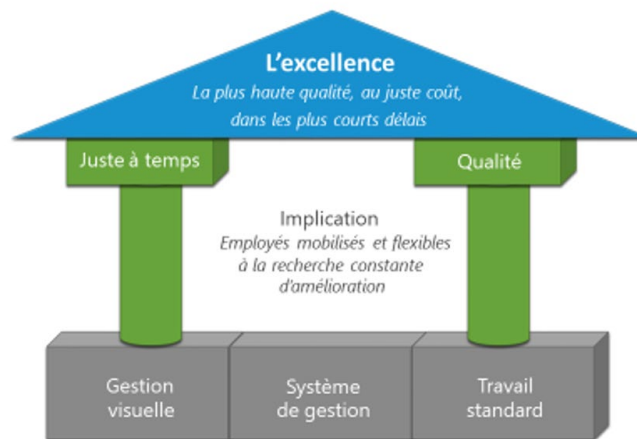
3.3.2.2. La Maison du Lean : fondations, principes et application dans l'amélioration continue

La Maison du Lean est un modèle visuel qui représente les principes fondamentaux du Lean management, avec pour objectif de maximiser la valeur tout en minimisant le gaspillage. Elle est souvent présentée sous forme de maison, où chaque élément joue un rôle essentiel dans la stabilité et la réussite du système :

- Les fondations de la maison reposent sur la gestion visuelle, le système de gestion et le travail standard;
- Le toit symbolise l'excellence;
- Les piliers de la maison du Lean, tels que le juste à temps et la qualité soutiennent l'ensemble de la structure et permettent une gestion efficace des processus.

Enfin, les valeurs et principes Lean, comme l'implication des employés et le travail en équipe, assurent la pérennité de l'amélioration et de l'optimisation des processus. Ce modèle incarne une approche systémique et intégrée qui vise à créer une organisation agile, capable d'évoluer constamment pour répondre aux besoins des usagers.

La maison de l'amélioration continue



Inspiré du matériel de formation de Performance 300

Figure 2 – Adaptation du modèle de David Mascolo, formateur (2022). Matériel de formation de Performance 300. [Technologia \(Former, Performer, Transformer\)](#)

3.3.2.3. Lean / Système de production Toyota et Obeya

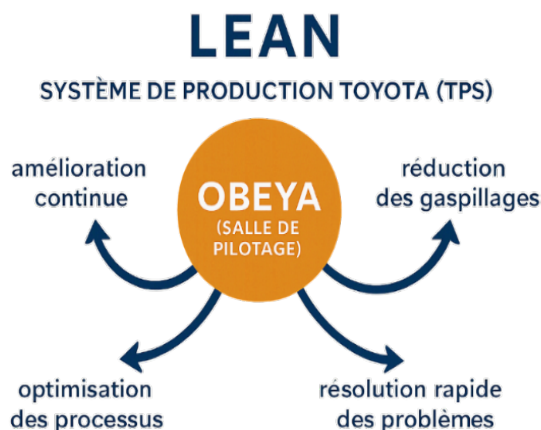


Figure 3 - Véronique Lacroix, Directrice-adjointe, DQEPE, CISSS des Laurentides (2025). Image créée par l'IA

Le Système de production Toyota (TPS), souvent désigné sous le terme Lean, repose sur des principes fondamentaux visant l'amélioration continue, la réduction des gaspillages et l'optimisation des processus.

L'un des outils clés de ce système est l'Obeya (salle de pilotage), qui permet de créer un espace collaboratif où les équipes se rassemblent pour visualiser les informations critiques, prendre des décisions éclairées et résoudre rapidement les problèmes. Ce modèle de gestion permet de renforcer l'implication des acteurs, d'améliorer la transparence et de favoriser une culture de performance et de réactivité. Les salles de pilotage et les caucus, inspirés de l'Obeya,

s'inscrivent ainsi dans une démarche Lean visant à aligner les actions quotidiennes avec les objectifs stratégiques de l'organisation, en assurant un suivi constant et une prise de décision agile.

3.3.2.4. Le Kata d'amélioration

Le kata en amélioration continue repose sur plusieurs fondements :

- **La pensée scientifique** : il s'agit de raisonner par hypothèse, en observant les écarts entre l'état actuel et l'état cible pour générer des apprentissages concrets (Deming, 1986 ; Rother, 2009);
- **Le développement de routines comportementales** : en répétant des séquences structurées, les employés intègrent progressivement des réflexes d'analyse, de questionnement, d'amélioration et développent ainsi de nouvelles compétences;
- **La gestion du changement par la pratique** : au lieu d'imposer un changement, on apprend à changer, un petit pas à la fois, ce qui soutient le développement d'une organisation apprenante.

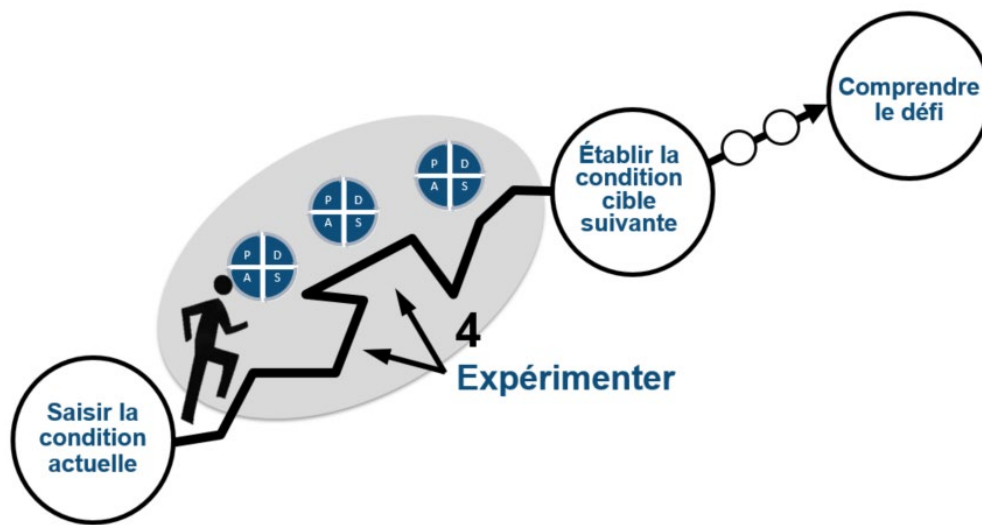


Figure 4 – Adaptation du modèle de Mike Rother, version 1.1 (2015) – Source : Toyota-Kata.info

3.3.3. Assises organisationnelles

Le Modèle intégré de la performance au CISSS des Laurentides

Le CISSS des Laurentides a élaboré un modèle intégré de la performance inspiré du cadre ministériel publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2012.



Ce modèle repose sur **cinq axes**¹ complémentaires, conçus pour refléter les priorités organisationnelles et favoriser une amélioration continue centrée sur l'expérience usager et l'efficacité organisationnelle.

Dans ce modèle, **la performance représente le résultat ultime de l'ensemble des efforts organisationnels déployés pour atteindre l'excellence et un équilibre dynamique entre les cinq axes de la performance.**

Figure 5 - Véronique Lacroix, Directrice-adjointe, DQEPE, CISSS des Laurentides (2025). Image créée par l'IA

¹ [Annexe 1 – Définition des axes](#)



Figure 6- Marie-Line Châtelain, Technicienne en documentation, GSI, CISSS des Laurentides (2025)

3.3.3.1. Intégration stratégique des expertises en performance organisationnelle

Afin de maximiser la cohérence, l'efficacité et la portée des initiatives d'amélioration continue, le CISSS des Laurentides a choisi d'intégrer, sous la gouverne de la DQEPE, les expertises organisationnelles stratégiques telles que les professionnels en performance et amélioration continue, les experts en intelligence d'affaires et autres professionnels spécialisés en matière de performance.

Ce positionnement central des ressources et de l'expertise constitue un levier stratégique essentiel pour garantir l'alignement des actions, l'harmonisation des pratiques et l'optimisation durable de la performance organisationnelle.

3.3.3.2. Les fondements clés de l'amélioration continue



Figure 7 - Marie-Line Châtelain, Technicienne en documentation, GSI, CISSS des Laurentides (2025)

Cette illustration présente les fondements clés² de l'amélioration continue qui guident les actions au CISSS des Laurentides.

Au cœur de ce modèle se trouve l'importance d'une gestion structurée, appuyée par des principes essentiels tels que la centration sur le client, la mesure rigoureuse de la performance, la gestion visuelle, l'implication des parties prenantes et l'amélioration continue.

Chaque fondement agit en synergie pour favoriser une culture d'efficacité, d'apprentissage et de qualité durable au sein de l'organisation.

² [Annexe 2 – Les fondements clés](#)

3.3.3.3. Le système de gestion

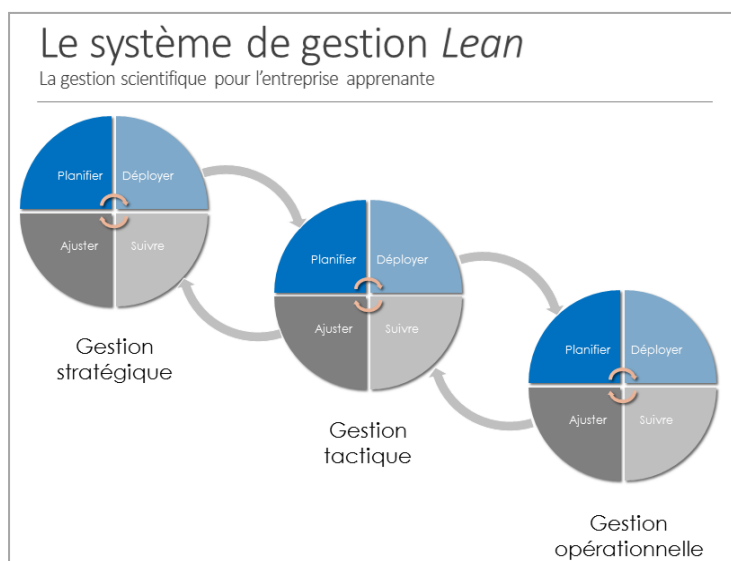


Figure 8 - Cadre de référence performance et amélioration continue du CISSS des Laurentides (2017)

Pour soutenir la performance organisationnelle, le CISSS des Laurentides s'appuie sur un système intégré de gestion fondé sur la cascade et l'escalade de l'information entre tous les niveaux organisationnels.

Au cœur de ce système : les salles de pilotage, qui permettent d'aligner les priorités, de maximiser la performance et de centrer les décisions sur les besoins de la population.

Elles favorisent une culture durable de gestion de la performance fondée sur la collaboration, la priorisation, et la communication bidirectionnelle, de nos autorités à la tête du réseau jusqu'aux unités de service.

Les salles de pilotage et caucus :

Les salles de pilotage et caucus sont des lieux d'échanges structurés qui intègrent des priorités, des indicateurs, des projets et des enjeux de performance. Ils intègrent également toute la notion des bons coups à souligner.

Ils permettent une gestion proactive, centrée sur le soutien aux opérations plutôt que sur la reddition de comptes. Grâce à l'animation régulière, les enjeux soulevés à un niveau sont traités par le niveau supérieur selon une logique d'escalades de problématiques et de cascades de soutien.

Déploiement du système de gestion :

- **Salle stratégique** : Pilotée par la haute direction (PDG, PDGA, DGA, directeurs) pour la performance globale.
- **Salle tactique** : Pilotée par les directeurs pour relayer et soutenir la performance de leurs équipes.
- **Caucus tactique** : Piloté par les directeurs adjoints ou les coordonnateurs pour capter et escalader les enjeux, puis offrir le soutien nécessaire.
- **Caucus opérationnel** : Piloté par les unités de soins et de services pour gérer la performance quotidienne avec la participation directe des équipes.

3.4. Orientations et principes directeurs

3.4.1. Instaurer une gouvernance forte et intégrée de la performance

- Définir clairement les rôles, responsabilités et mécanismes de gouvernance à tous les niveaux de l'organisation;
- Assurer l'alignement entre les priorités stratégiques, les actions tactiques et les opérations sur le terrain;
- Mettre en œuvre un système de gestion unifié fondé sur des pratiques harmonisées et éprouvées.

3.4.2. Renforcer la culture d'amélioration continue de la performance dans toutes les directions

- Établir un langage commun autour des notions de performance et d'amélioration continue;
- Encourager l'engagement des gestionnaires et des équipes par la reconnaissance des comportements attendus;
- Favoriser la responsabilisation en misant sur des gestes concrets visibles au quotidien.

3.4.3. Structurer le système de gestion autour du cycle PDSA

- Déployer une gestion fondée sur l'analyse des processus et des données probantes;
- Utiliser les salles de pilotage et les caucus comme outils de gouvernance active et participative;
- Soutenir l'amélioration continue en analysant les écarts et en ajustant les actions en temps opportun.

3.4.4. Valoriser l'apprentissage organisationnel et le droit à l'expérimentation

- Favoriser un climat de confiance où l'innovation et le droit à l'erreur sont permis et soutenus;
- Considérer les erreurs comme des occasions d'apprentissage et d'amélioration collective;
- Mettre en valeur la formation continue et le partage des connaissances entre les équipes, notamment lors du processus d'accueil des nouveaux employés.

3.4.5. Mobiliser l'ensemble des parties prenantes dans une logique collaborative

- Impliquer activement les employés, gestionnaires, professionnels, médecins, syndicats et usagers partenaires;
- Instaurer une culture d'écoute et de coconstruction des solutions organisationnelles;
- Mettre en place des mécanismes de consultation structurés et réguliers.

3.4.6. Soutenir la prise de décision fondée sur des données fiables et pertinentes

- Structurer les processus de mesure, d'analyse et de rétroaction pour guider les décisions;
- Garantir l'accès aux données pertinentes et à jour pour tous les niveaux hiérarchiques;
- Assurer une prise de décision fondée sur les données probantes (scientifiques et expérientielles), en fonction de la [Politique sur l'utilisation des données probantes dans la prise de décisions cliniques et organisationnelles](#) (POL 2024 DQEPE 075). Les données issues des tableaux de bord et indicateurs de l'organisation consistent en des données contextuelles dont il est essentiel de tenir compte dans le cadre de la prise de décision basée sur les données probantes.

3.5. Rôles et responsabilités

Afin d'assurer la mise en œuvre efficace et la pérennité du cadre de référence en amélioration continue de la performance, les responsabilités doivent être partagées, clarifiées et adaptées selon les différents groupes d'acteurs clés de l'organisation.

3.5.1. Hors cadres (PDG, PDGA, DGA)

- Porte une vision stratégique claire et simple de l'amélioration continue;
- Soutient politiquement et concrètement les initiatives organisationnelles liées à la performance;
- S'assure de l'alignement de ce cadre de référence avec les priorités organisationnelles;
- Donne l'exemple et agit à titre de leader en amélioration continue par des gestes visibles en lien avec les principes du cadre de référence.

3.5.2. Cadres supérieurs (directeurs et directeurs adjoints)

- Intègrent l'amélioration continue à la planification stratégique et à la gestion des priorités;
- Assurent l'implantation des salles de pilotage et caucus tactiques ainsi que des mécanismes de suivi de performance dans toutes les directions;
- Animent les salles de pilotage et caucus tactiques avec rigueur et constance, selon les données probantes, meilleures pratiques et standards du CISSS des Laurentides;
- S'assurent de l'implantation des caucus de tous niveaux dans leur direction et voient à ce que les caucus mis en place soient maintenus lors de changement de gestionnaire;
- Accompagnent les équipes dans le développement des comportements attendus;
- Mobilisent activement les parties prenantes de leur direction autour de ce présent cadre de référence;
- Ont recours au soutien de la DQEPE pour tout nouveau gestionnaire n'ayant pas été formé sur le système de gestion.

3.5.3. Gestionnaires intermédiaires (chefs de service, conseillers cadres, coordonnateurs, adjoints)

- Adhèrent au présent cadre de référence et agissent en tant que modèle pour son équipe en matière d'amélioration continue;
- Animent les caucus opérationnels avec rigueur et constance selon les standards du CISSS des Laurentides;
- Soutiennent et investissent dans le développement des compétences des employés en matière d'amélioration continue;
- Favorisent la gestion par processus, la standardisation et le suivi des indicateurs;
- Assurent la remontée structurée des enjeux (escalade), lorsque nécessaire;
- Ont recours à la DQEPE pour recevoir la formation et l'accompagnement dans l'appropriation de l'utilisation du caucus.

3.5.4. Employés

- Participent activement aux initiatives d'amélioration continue dans leur secteur;
- Font preuve d'ouverture à l'expérimentation et à l'évolution des pratiques;
- Proposent des idées d'amélioration et collaborent aux efforts collectifs;
- S'approprient les outils et méthodes d'amélioration continue déployés;
- Prennent des initiatives en résolutions de problèmes, à leur niveau.

3.5.5. Conseil des médecins, dentiste, pharmaciens et sages-femmes (CMDPSF)

- Collabore à l'alignement des pratiques médicales, dentaires, pharmaceutiques et de sages-femmes avec les objectifs d'amélioration continue;
- Participe aux activités de gouvernance clinique et de gestion de la qualité;
- S'implique dans les projets d'amélioration en lien avec leur champ d'expertise;
- Prend des initiatives en résolutions de problèmes, à leur niveau.

3.5.6. Conseils professionnels (CII, CM)

- Soutiennent les principes de ce cadre de référence auprès de leurs membres;
- Agissent comme agents de liaison entre les professionnels et la gouvernance organisationnelle.

3.5.7. Usagers partenaires ressources (UPR), les comités des usagers et les comités des résidents

- Contribuent aux réflexions sur les priorités et les projets d'amélioration continue;
- Représentent la voix des usagers dans les comités et les ateliers;
- Formulent des recommandations en lien avec l'expérience usager;
- Favorisent l'intégration de la perspective citoyenne dans les processus organisationnels.

[Lien intranet vers le partenariat de soins et de services – Expérience usager](#)
[Lien extranet vers le comité des usagers du CISSS des Laurentides](#)

3.5.8. Syndicats

- Soutiennent une culture de collaboration et d'amélioration au bénéfice des milieux de travail et des usagers favorisant l'atteinte de la mission de l'établissement;
- Participent aux réflexions sur les conditions favorables à la qualité des soins et services;
- Collaborent à la diffusion des pratiques soutenant l'engagement du personnel.

3.5.9. Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

- Définit et met en œuvre le cadre de référence en amélioration continue, en alignement avec la mission et les priorités stratégiques de l'organisation;
- Assure la révision périodique et l'actualisation du cadre de référence pour garantir sa pertinence et son efficacité;
- Coordonne l'application des principes d'amélioration continue dans tous les processus organisationnels;
- Fournit un soutien méthodologique aux responsables de l'application du cadre de référence à travers des formations et des accompagnements;
- Déploie le cadre de référence selon les normes, règlements et meilleures pratiques en matière de gestion de la qualité et d'évaluation de la performance;
- Évalue l'efficacité du cadre de référence en mesurant son impact sur la performance organisationnelle et les résultats obtenus;
- Encadre les équipes responsables de la mise en œuvre du cadre, en veillant à la bonne application des processus et des indicateurs de performance;
- Promeut une culture d'amélioration continue à travers la sensibilisation et la communication interne du cadre de référence;
- Facilite l'intégration du cadre de référence dans les pratiques quotidiennes des équipes, en veillant à l'adhésion des parties prenantes;
- Analyse les retours et les résultats obtenus dans le cadre de la mise en œuvre de ce cadre de référence, pour apporter les ajustements nécessaires et garantir la progression continue.

4. SYSTÈME DE GESTION ET AMÉLIORATION CONTINUE : FONDEMENTS D'UNE ORGANISATION APPRENANTE

Le système de gestion et la démarche d'amélioration continue constituent les fondements essentiels pour ancrer une culture de performance, de collaboration et d'évolution durable au sein de l'organisation. Cette section présente les modalités de mise en œuvre, de soutien et de développement progressif de ces leviers stratégiques. L'ensemble vise à assurer l'alignement des pratiques de gestion avec les orientations institutionnelles et l'évolution continue des capacités organisationnelles.

4.1. Obligation de mise en place et de continuité du système de gestion

Chaque direction a l'obligation de déployer, d'opérationnaliser et d'assurer la continuité de son système de gestion à tous les niveaux hiérarchiques. Ce système doit être pleinement fonctionnel et actif, permettant ainsi de structurer l'action, de soutenir l'alignement stratégique interne et d'assurer la cohérence avec les orientations organisationnelles.

La performance durable de l'organisation repose sur la capacité de chaque direction à faire vivre son système de gestion en continu, en veillant notamment à :

- L'implantation de mécanismes structurés de planification, de suivi et d'amélioration de la performance;
- L'animation régulière (ex. : salles de pilotage tactiques, caucus tactiques et opérationnels) aux différents niveaux;
- L'identification et la gestion proactive des enjeux et des risques;
- La mobilisation des équipes autour des priorités stratégiques et des résultats attendus.

Cette exigence vise à assurer une cascade efficace des objectifs, une remontée structurée des enjeux, ainsi qu'une synergie constante entre les équipes du terrain et les instances stratégiques de l'organisation.

Afin d'assurer la qualité et la pérennité de ces systèmes, la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) agit comme centre d'expertise. Elle offre un accompagnement aux directions dans l'implantation, la consolidation et l'amélioration de leur système de gestion, en mettant l'accent sur l'adaptation au contexte évolutif et la dynamique d'amélioration continue.

Dans cette optique, une réévaluation annuelle obligatoire du fonctionnement de chaque système de gestion sera effectuée. Cette évaluation a pour objectif de :

- Vérifier le déroulement optimal aux niveaux stratégique, tactique et opérationnel;
- Actualiser les mécanismes en fonction de l'évolution du contexte organisationnel et des enjeux émergents;
- Identifier les opportunités d'amélioration et d'optimisation des pratiques;
- S'assurer du maintien de l'alignement stratégique à l'échelle de l'organisation.

4.2. Salles de pilotage : cinq dimensions(étapes) obligatoires

Chaque salle de pilotage, quel que soit son niveau (stratégique ou tactique), doit impérativement couvrir les cinq dimensions (étapes) suivantes afin d’assurer un pilotage rigoureux et dynamique de la performance :






	Étape	Description
	Planifier	Présenter les objectifs stratégiques, les priorités du mois/trimestre et assurer de la compréhension partagée des attentes de performance.
	Déployer	Assurer la déclinaison des objectifs et des projets prioritaires vers les équipes concernées, valider les plans d'action en cours et répartir les responsabilités.
	Suivre	Assurer les résultats de performance à l'aide des indicateurs et cibles, évaluer l'état d'avancement des projets à l'aide de données, identifier les écarts et les enjeux.
	Ajuster – Communication	Nommer les informations (courtes et d'actualité) pertinentes à transmettre aux participants.
	Ajuster - Action	Mettre en place les actions correctives et assurer la mobilisation autour des priorités.

Figure 9 - Sylvie Lachance, Technicienne en administration-DA, CISSS des Laurentides (2025)

Le respect systématique de ces cinq dimensions dans l'animation des salles de pilotage permet d'assurer une cohérence de gestion, une réactivité accrue et un alignement continu sur les priorités organisationnelles.

Cette approche favorise également une identification proactive des risques et une meilleure anticipation des enjeux, renforçant ainsi la capacité de l'organisation à prendre des décisions éclairées et sécuritaires.

4.2.1. Caucus tactiques et opérationnels : trois dimensions (étapes) obligatoires

Chaque caucus tactique et opérationnel doit, à une fréquence déterminée, couvrir au minimum les éléments suivants afin d'assurer une proximité de gestion et un suivi serré du fonctionnement des opérations.

Ces rencontres visent ainsi à assurer un pilotage de proximité efficace, à identifier rapidement les écarts, à anticiper les risques opérationnels et à soutenir une culture d'amélioration continue directement ancrée dans la réalité des équipes.

Les caucus tactiques et opérationnels visent ainsi à assurer un pilotage de proximité efficace, à anticiper les risques opérationnels et à promouvoir une culture active d'amélioration continue au sein des équipes.




Étape		Description
	Suivi des opérations – Indicateurs / Projets	Faire le point sur l'état d'avancement des projets locaux et sur les principales activités en cours dans le secteur.
		Analyser rapidement les indicateurs clés de performance quotidienne ou hebdomadaire (ex. volumes, délais, incidents critiques).
	Gestion d'équipe	Identifier les besoins en soutien des équipes, les rappels et informations pertinentes d'ici la prochaine animation.
	Amélioration continue	Identifier les opportunités d'amélioration issues du terrain, valoriser les initiatives locales, et proposer de petites actions correctives immédiates.

Figure 10 - Sylvie Lachance, Technicienne en administration-DA, CISSS des Laurentides (2025)

4.2.2. Salles de pilotages tactiques : les indicateurs incontournables

Dans une logique de pilotage intégré et d'amélioration continue, certaines données de gestion doivent impérativement être suivies dans les salles de pilotage tactiques. Afin d'uniformiser les pratiques et d'assurer un alignement organisationnel, une liste d'indicateurs jugés incontournables (si applicable) est définie et doit être suivie de manière rigoureuse. D'autres indicateurs peuvent être ajoutés selon le contexte de la direction.

Ces indicateurs clés permettent de documenter les résultats attendus, d'anticiper les écarts et de soutenir la prise de décision rapide. Chaque salle de pilotage doit s'assurer d'une représentation minimale des cinq dimensions de la performance :

Accessibilité des services :

- Délai moyen de prise en charge (par secteur);
- Taux de respect des délais d'accès garantis (EGI, planification stratégique);
- Nombre d'usagers en attente (par secteur).

Qualité des services :

- Taux de complétion des analyses sommaires (AH-223 portion du gestionnaire);
- Suivi de l'avancement des plans d'amélioration de la qualité d'Agrément (PAQ);
 - Suivi de la conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR) et autres critères d'agrément :
 - En préparation à la visite;
 - Après la visite, suite à des non-conformités.
- Taux de réalisation et taux de conformité des audits prévus à la programmation annuelle d'audit;
- Nombre de projets impliquant un UPR versus cible annuelle;
- Suivi du déploiement des recommandations issues des événements sentinelles;
- Suivi du déploiement des recommandations issues des rapports du coroner;
- Résultats quantitatifs et qualitatifs du sondage d'expérience usager;

- Ressources d'hébergement dont le niveau de vigie est orange et rouge.

Pertinence :

- À définir selon le secteur.

Santé et mobilisation du personnel :

- Prévalence en assurance salaire;
- Prévalence en Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST);
- Taux de roulement du personnel;
- Perception de contrôle sur la charge de travail des employés.

Optimisation des ressources :

- Taux de déploiement des salles de pilotage et caucus pour sa direction;
- Écart budgétaire.

4.3. La structure de centre de coordination de la fluidité³

Le centre de coordination de la fluidité est une structure de gouvernance opérationnelle visant à renforcer la capacité de pilotage en temps réel des soins et services. Il regroupe de manière structurée les différentes instances de coordination telles que les rencontres de gestion de lits, de planification quotidienne, de gestion de trajectoires et de gestion de cas, afin de faciliter la prise de décision rapide, l'anticipation des enjeux, et l'alignement des actions sur les priorités organisationnelles.

Ce mécanisme s'appuie sur des données fiables, un fonctionnement standardisé, et une animation rigoureuse permettant d'assurer une cohérence dans le suivi des opérations, l'identification des écarts et l'activation de mesures correctrices en continu. Il constitue ainsi un espace d'intelligence collective où les gestionnaires s'engagent activement dans l'amélioration de la performance, la fluidité des trajectoires et la qualité des services.

Au CISSS des Laurentides, le centre de coordination de la fluidité s'inscrit dans une vision intégrée du pilotage, en lien direct avec les objectifs stratégiques de l'établissement et les attentes des autorités à la tête du réseau. Il représente un levier essentiel pour soutenir l'agilité organisationnelle et l'efficacité des processus, tout en favorisant l'engagement des équipes et la valorisation des données probantes dans la prise de décision.

³ [Annexe 3 – Structure du centre de coordination de la fluidité.](#)

4.4. Calendrier hebdomadaire⁴ standard du système de gestion

Afin de structurer de manière cohérente l'animation du système de gestion et d'assurer un arrimage optimal entre les différents niveaux hiérarchiques, un calendrier standardisé est mis en place sur une base hebdomadaire du lundi au vendredi.

Le respect de ce calendrier vise à instaurer une dynamique de gestion prévisible, à renforcer l'escalade structurée de l'information et à favoriser la synchronisation des actions à tous les niveaux de l'organisation. Ce cadre permet également d'assurer une continuité dans l'amélioration continue et une meilleure synergie organisationnelle.

4.5. Déploiement de la formation et de la démarche d'amélioration continue

Dans une perspective de renforcement durable de la qualité, de la performance organisationnelle et de la mobilisation des équipes, un plan structuré de formation et de soutien à l'amélioration continue est déployé de manière progressive et continue dans l'ensemble des directions de l'organisation.

S'appuyant sur les fondements clés de l'amélioration continue définis par le CISSS des Laurentides, la démarche vise à intégrer l'amélioration continue dans l'ADN des pratiques de gestion quotidiennes, en agissant sur trois leviers essentiels :

4.5.1. Développer les compétences des gestionnaires

Chaque gestionnaire doit être formé sur les fondements, outils et comportements associés à l'amélioration continue (ceinture jaune obligatoire), afin d'incarner ces pratiques dans la gestion quotidienne de son équipe.

4.5.2. Utiliser progressivement les outils et démarches

Les gestionnaires sont soutenus dans l'utilisation d'outils pratiques tels que les revues de processus, les plans d'action, les outils de suivi de la performance ainsi que les pratiques d'animation en salle de pilotage et en caucus.

4.5.3. Évaluer en continu le niveau d'appropriation

Un questionnaire⁵ sur les comportements de gestion en amélioration continue, structuré autour de neuf dimensions et composé de plusieurs questions cotées de 1 à 4, est utilisé pour mesurer annuellement le degré d'appropriation des comportements clés associés à l'amélioration continue par les gestionnaires et leurs équipes. Ce questionnaire permet de :

- Produire un portrait individuel, sectoriel, directionnel et organisationnel;
- Déterminer un niveau global d'appropriation de l'amélioration continue;
- Identifier des pistes d'accompagnement adaptées à chaque contexte.

⁴ [Annexe 4 – Calendrier hebdomadaire de pilotage CISSS des Laurentides](#)

⁵ [Annexe 5 – Questionnaire sur les pratiques de gestion en amélioration continue](#)

Les résultats du questionnaire orientent les actions d'amélioration ciblées et permettent d'ajuster l'offre de formation et de soutien en fonction des besoins spécifiques identifiés.

Le suivi des résultats ainsi que l'ajustement des plans d'action sont réalisés en salle de pilotage stratégique sous la coordination de la DQEPE.

Évaluer en continu le niveau d'appropriation

Questionnaire sur les comportements de gestion	Processus
<ul style="list-style-type: none"> Structuré autour de 9 dimensions 58 questions cotées de 1 à 4 Produire des portraits (individuel, sectoriel, organisationnel) Déterminer un niveau global d'appropriation 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse en salle de pilotage stratégique sous la coordination de la DQEPE Ajustement annuel en fonction des priorités stratégiques Suivi en continu de la progression
Base de connaissance ➡ Intégration ➡ Consolidation ➡ Excellence	
9 fondements clés de l'amélioration continue	
<ul style="list-style-type: none"> Le client, au cœur de nos préoccupations L'importance de la mesure L'importance de la gestion visuelle L'amélioration continue... en continu L'implication de toutes les personnes concernées 	<ul style="list-style-type: none"> L'accent sur le processus La standardisation Le droit à l'erreur L'organisation du travail de gestion

Figure 11 - Sylvie Lachance, Technicienne en administration-DA, CISSS des Laurentides (2025)

Cette démarche, structurée, planifiée et pilotée par la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE), s'appuie sur une programmation annuelle alignée aux priorités stratégiques de l'organisation.

La progression de la démarche fait l'objet d'un suivi régulier en salle de pilotage stratégique, assurant ainsi l'alignement, l'efficacité et l'évolution continue des pratiques de gestion.

5. CONCLUSION

Le présent cadre de référence en amélioration continue de la performance s'inscrit dans une volonté ferme de structurer, de consolider et de faire évoluer la culture organisationnelle du CISSS des Laurentides.

En s'appuyant sur des assises légales, théoriques et organisationnelles solides, il vise à soutenir l'ensemble des directions et des équipes dans leurs démarches d'amélioration, tout en assurant la cohérence, la pérennité et la performance de l'organisation.

L'amélioration continue n'est pas un projet ponctuel. Elle constitue une dynamique permanente qui doit être intégrée à tous les niveaux hiérarchiques et opérationnels. Le succès de cette démarche repose sur l'engagement actif de chaque acteur : cadres, employés, professionnels, médecins, partenaires syndicaux et usagers ainsi que sur un leadership fort et mobilisateur.

En s'appuyant sur un système de gestion structuré, un alignement stratégique rigoureux et une mobilisation des expertises internes, le CISSS des Laurentides se dote ainsi d'un levier puissant pour relever les défis actuels et futurs du réseau de la santé et des services sociaux.

Le cadre de référence doit demeurer un outil vivant : il sera périodiquement revisité, ajusté et enrichi, en fonction de l'évolution des besoins organisationnels, des pratiques exemplaires et des réalités du terrain.

6. BIBLIOGRAPHIE

- Collerette, P., Schneider, R., & Lauzier, M. (2021). *Le pilotage du changement* (4^e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Deming, W. E. (1986). *Out of the Crisis*. Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study.
- Institute for Healthcare Improvement. (2007). *The Triple Aim: Care, Health, And Cost*. Cambridge, MA : IHI.
- Kotter, J. P. (1996). *Leading Change*. Harvard Business Review Press.
- Liker, J. K. (2004). *The Toyota Way: 14 Management Principles from the World's Greatest Manufacturer*. McGraw-Hill.
- Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (RLRQ, c. G-1.03)*.
<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/G-1.03>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). *Cadre de référence sur l'utilisation des salles de pilotage stratégique et tactiques dans les CISSS et CIUSSS*. Gouvernement du Québec.
- Organisation internationale de normalisation. (2015). *ISO 9001:2015 – Systèmes de management de la qualité – Exigences*. Genève : ISO
- Rother, M.,(2015). *Guide pratique du kata d'amélioration et du kata de coaching* (C. Mazenot, E. Marchand, J-M. Legentil, S. Landry, traducteurs, révision L. Côté, Version 1.0 2016). Mike Rother. (Version originale publiée en 2015)
- Technologia (Former, Performer, Transformer). Mascolo D. (2022) *Matériel de formation de Performance 300*. <https://www.technologia.com/formations/gestion-de-projets-transformation-et-operations>
- Schein, E. H. (2010). *Organizational Culture and Leadership* (4^e éd.). Jossey-Bass.
- Senge, P. M. (2006). *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization* (Revised ed.). Doubleday/Currency.

7. MÉCANISME DE SUIVI ET DE RÉVISION

Responsabilités de la DQEPE

La Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) assure la gouvernance et la vigie du présent cadre de référence. À titre de pôle d'expertise, elle soutient l'appropriation des principes, des outils et des mécanismes par les directions concernées, tout en veillant à leur cohérence et à leur application harmonisée au sein de l'organisation.

Suivi et indicateurs

Le suivi de l'application du cadre de référence repose sur des indicateurs qualitatifs et quantitatifs intégrés aux mécanismes de gouvernance existants, notamment à la salle de pilotage stratégique. À titre illustratif, ces indicateurs peuvent inclure :

- Le taux de déploiement des salles de pilotage et des caucus opérationnels;
- Le nombre de gestionnaires formés et accompagnés dans l'appropriation du cadre.

Mise à jour et évolution

Le cadre de référence est appelé à évoluer en fonction des besoins organisationnels et des orientations des autorités à la tête du réseau. Une révision formelle est prévue aux cinq ans (selon la [politique de gestion des documents d'encadrement](#)) et des ajustements peuvent être réalisés en tout temps afin d'assurer son alignement avec les pratiques exemplaires et les priorités stratégiques.

8. DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Pour une interprétation du texte ou pour une demande de renseignements concernant le présent cadre de référence, veuillez communiquer avec :

Gestion intégrée de la performance et de l'amélioration continue (GIPAC)

Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE)

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

500, boul. des Laurentides, Saint-Jérôme, Québec, J7Z 2M4

Courriel : performance.amelioration.continue.cissslau@ssss.gouv.qc.ca

ANNEXE 1 - DÉFINITION DES AXES

L'accessibilité : L'accessibilité désigne la capacité de fournir les soins et les services requis, à l'endroit et au moment opportun.

La pertinence : La pertinence s'évalue en étroite relation avec les axes de la qualité des soins et des services et de l'optimisation des ressources, de là, le positionnement de l'axe de pertinence dans notre modèle. La littérature met en lumière, d'une part le volet de la pertinence des actes professionnels, aspect davantage relié au respect de divers standards de pratiques et aux bénéfices recherchés pour la santé. D'autre part le volet de la pertinence des services réfère quant à lui à l'alignement du service rendu avec la mission et l'offre de services de l'organisation en fonction d'une allocation efficiente des ressources consenties.

La santé et mobilisation du personnel : La santé du personnel réfère au bien-être physique, mental et social alors que la mobilisation du personnel est évaluée par le degré d'engagement du personnel dans son travail à l'égard de l'atteinte des objectifs stratégiques de notre organisation.

L'optimisation des ressources : L'optimisation des ressources réfère entre autres à la notion d'efficience, c'est-à-dire la capacité de l'organisation d'utiliser les ressources disponibles, qu'elles soient humaines, matérielles, financières, technologiques ou informationnelles, de façon à optimiser la performance dans l'ensemble des dimensions.

La qualité des services : La qualité des services, selon le modèle intégré du CISSS des Laurentides, fait référence aux quatre caractéristiques suivantes : la sécurité, l'efficacité, la continuité et la réactivité. La sécurité réfère à la capacité de minimiser les risques associés aux interventions et aux milieux de soins et de services eux-mêmes pour les usagers, le personnel et la population. L'efficacité se définit par la capacité d'améliorer la santé et le bien-être. La continuité est notre capacité de fournir les soins et services requis, de façon intégrée et coordonnée alors que la réactivité est la capacité que nous démontrons à s'adapter aux attentes, aux valeurs et aux droits des usagers.

ANNEXE 2 - LES FONDEMENTS CLÉS

- 1) **Le client, au cœur de nos préoccupations** : Il faut connaître le besoin du client en le questionnant et en l'écouter afin d'éviter de passer à côté de l'essence même de notre mission. Il est important de se rappeler que nous construisons des processus pour répondre aux besoins des clients et non pour faciliter notre travail.
- 2) **L'importance de la mesure** : En amélioration continue, nous voulons avoir une mesure fiable de la situation afin de savoir ce que nous devons améliorer et l'impact de ce que nous mettons en place. Sans mesure, tout n'est que perception et opinion.
- 3) **L'importance de la gestion visuelle** : Il est important de transposer visuellement les processus, les problématiques, les écarts que nous rencontrons afin de rendre concret et tangible ce qui est intuitif et approximatif.
- 4) **L'amélioration continue... en continu** : Il est stratégique et efficace d'entretenir en continu tout ce qui est important. Un processus qui a été mis en place il y a un an, dans un contexte défini ou précis, n'est peut-être plus aussi efficace. Il se peut que des gaspillages se soient insérés et que ceux-ci viennent l'alourdir et même le paralyser. Il faut surveiller et réviser nos processus continuellement.
- 5) **L'implication de toutes les personnes concernées** : Pour améliorer nos processus, il faut prendre en considération le point de vue, l'expérience, les connaissances et les idées de tous. Chaque personne détient un morceau du casse-tête et pour avoir une image complète, nous devons impliquer toutes les personnes concernées puisque chacun détient une partie du portrait global.
- 6) **L'accent sur le processus** : 95 % des problèmes sont causés par une organisation inadéquate des processus (procédures et consignes de travail) et les gaspillages qui s'y glissent. En amélioration continue, nous évitons de chercher un coupable. Nous cherchons à trouver où est le problème et non qui a causé le problème. Chercher un « coupable » est une perte de temps, il faut mettre nos énergies à réviser nos processus et les ajuster. Ce que nous voulons, ce sont des processus robustes qui soutiennent le travail du personnel et produisent les résultats désirés pour les clients.
- 7) **La standardisation** : Cela permet de réduire les erreurs et les pertes de temps, et facilite la réalisation du travail et les résolutions de problèmes, lorsque nécessaire. L'utilisation de standard doit nous amener à être rigoureux, mais sans devenir rigide. Elle ne doit pas nous empêcher de nous améliorer et de chercher à toujours mieux répondre aux besoins de nos clients. Il faut oser innover, améliorer ou créer de nouveaux processus qui deviendront les nouveaux standards.
- 8) **Le droit à l'erreur** : En amélioration continue, nous nous donnons le droit de ne pas réussir du premier coup et d'apprendre des échecs ou demi-échecs pour continuer à avancer. Nous croyons qu'un succès est impossible sans avoir traversé quelques échecs.
- 9) **L'organisation du travail de gestion** : Le gestionnaire, tout comme le personnel, doit avoir des standards de travail et doit organiser son temps. Pour être pleinement efficace, il doit

tendre à avoir une répartition optimale de son temps entre les cinq catégories suivantes : activités directes, activités indirectes, administration, accompagnement et formation, et le travail opérationnel qui devrait être réduit au minimum.

ANNEXE 3 - STRUCTURE DU CENTRE DE COORDINATION DE LA FLUIDITÉ

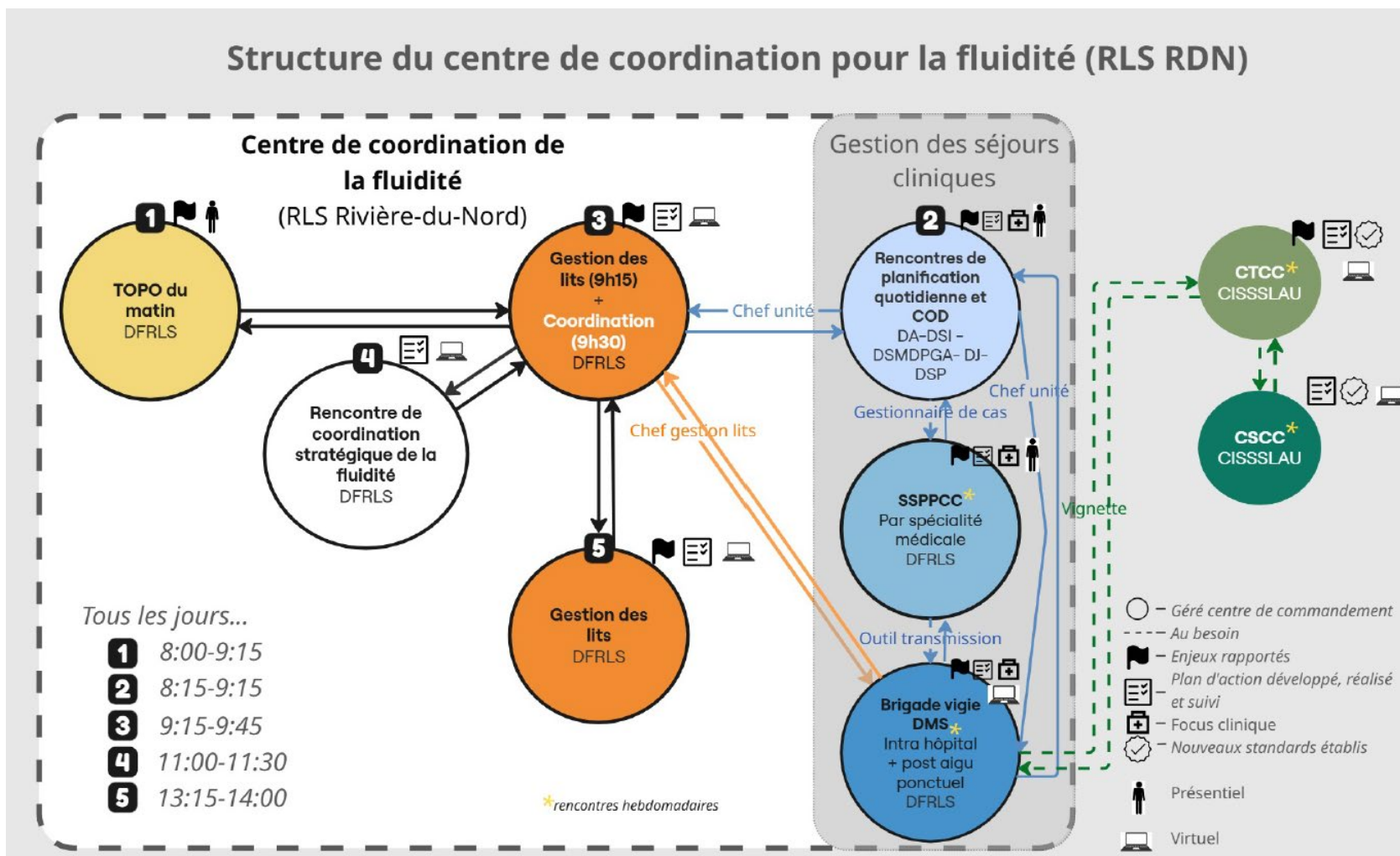


Figure 12 - Sévrine Calande, Agente de planification, programmation et de recherche, GIPAC, CISSS des Laurentides (2025)

ANNEXE 4 - CALENDRIER HEBDOMADAIRE DE PILOTAGE CISSS DES LAURENTIDES

Calendrier hebdomadaire du pilotage du CISSS des Laurentides

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
8h	Topo du matin (8h à 8h15)	Topo du matin	Topo du matin	Topo du matin	Topo du matin
9h	Planification quotidienne et COD 8h15 à 9h15	Planification quotidienne et COD 8h15 à 8h30 Salle de pilotage stratégique 8h30 à 9h30	Planification quotidienne et COD	Planification quotidienne et COD	Planification quotidienne et COD
10h	Gestion des lits 9h15 à 10h15	Gestion des lits 9h30 à 10h15	Gestion des lits	Gestion des lits	Gestion des lits
11h	Centre de coordination de la fluidité 11h à 11h30	Centre de coordination de la fluidité	Centre de coordination de la fluidité	Centre de coordination de la fluidité	Centre de coordination de la fluidité
12h					
13h					
14h	Gestion des lits 13h15 à 14h15	Gestion des lits 13h15 à 14h	Gestion des lits 13h15 à 14h	Gestion des lits 13h15 à 14h	Gestion des lits 13h15 à 14h15
15h		Caucus opérationnels 14h à 15h	Caucus tactiques (1 semaine sur 2) 14h à 15h	Salles de pilotage tactiques (1 semaine sur 2) 14h à 15h	
16h					
17h					

Figure 13 - Sylvie Lachance, Technicienne en administration-DA, CISSS des Laurentides (2025)

ANNEXE 5 - QUESTIONNAIRE SUR LES PRATIQUES DE GESTION EN AMÉLIORATION CONTINUE

Questionnaire sur les comportements en amélioration continue du gestionnaire intermédiaire.



Les questions en **caractères gras** sont issues du *Questionnaire de rétroaction sur les pratiques de gestion du cadre intermédiaire* de Monsieur Pierre Colletterte.

Le client, au cœur de nos préoccupations

1. **Je place l'expérience des clients au cœur des processus décisionnels dans le service** plutôt que prendre l'angle de faciliter le travail des employés.
2. **J'incite le personnel à améliorer les services à la clientèle pour qu'ils soient fluides dans la perspective du client.**
3. **J'implique les clients** (UPR : usager partenaire ressource) **et les partenaires concernés dans l'analyse des dysfonctionnements ou des opportunités qui les concernent.**
4. **Je discute avec les clients du service afin d'obtenir leurs opinions et leurs suggestions.**
5. **Je m'assure que les améliorations tiennent compte de la trajectoire du client dans son ensemble, et non seulement de la partie qui nous concerne.**
6. Je consulte régulièrement les résultats du sondage organisationnel (sondage d'expérience usager) ou je réalise des sondages sur la satisfaction des services offerts.
7. Je prends en charge les insatisfactions des clients (événements soulevés dans les AH-223, plaintes, insatisfactions communiquer à l'équipe, etc.) et je m'assure d'apporter les correctifs.

L'importance de la gestion visuelle

8. Je m'assure que les priorités de mon secteur, en lien avec l'alignement stratégique, soient clairement affichées à des endroits bien visibles pour le personnel (ou disponibles à un endroit facilement accessible).
9. **Je m'assure que les principaux indicateurs de performance du service soient disponibles pour le personnel.**
10. J'analyse les données des principaux indicateurs de performance à partir de graphiques et non à partir de tableaux.
11. Je m'assure que des éléments visuels soient en place afin de faciliter le travail : standards de travail affichés, contenu des armoires ou tiroirs, directives importantes, affiches pour le déplacement des usagers, etc.

12. Les espaces de rangement physiques et numériques sont bien organisés afin de trouver rapidement les documents qui y sont rangés.
13. Je mets en place des mécanismes anti-erreur dans les processus à risque.

L'importance de la mesure

14. Je connais le nombre de demandes que je reçois (par jour ou semaine ou mois), la liste d'attente, le délai de prise en charge et le temps nécessaire pour traiter une demande, service ou soin (Si un élément mettre 1, si deux éléments mettre 2, etc.).
15. Je connais la capacité de mon secteur à répondre aux demandes des clients (services, soins, etc.) : très peu (1), partiellement (2), en bonne partie (3), complètement (4).
16. **J'ai établi un petit nombre d'indicateurs de performance (3 à 6) pour le service qui sont clairs et mesurables.**
17. **J'utilise des indicateurs qui touchent divers aspects de la performance, dont l'accessibilité, la qualité, l'utilisation optimale des ressources, la santé et la mobilisation du personnel ainsi que la pertinence.**
18. **Je mets à jour au moins une fois par semaine (ou mois) les graphiques situés à des endroits visibles qui indiquent les résultats du service par rapport à ses indicateurs de performance.**
19. **J'encourage l'expérimentation des solutions et la mesure des résultats par le personnel concerné.**
20. Je maîtrise l'utilisation des outils pour analyser et comprendre la performance de mon secteur : moyenne, limite inférieure et supérieure, courbe normale, médiane, etc.

L'amélioration continue... en continu

21. **Je questionne les façons de faire mis en place en vue de capter des enjeux et améliorer la performance du service (accessibilité, qualité, etc.).**
22. **J'ai mis en place au sein du service un système structuré d'amélioration continue des processus (caucus ou autre) dont j'assure le bon fonctionnement.**
23. **J'initie des activités d'amélioration continue - résolution de problèmes concernant les enjeux.**
24. **J'encourage l'action par la recherche de petites solutions qui visent des améliorations rapides.**
25. **J'utilise une méthode structurée pour faire l'analyse des dysfonctionnements plus importants (définir le problème, documenter la situation, analyser les causes, expérimenter et implanter une solution, consolider la solution).**
26. **Je m'implique activement dans l'amélioration de la qualité des services.**
27. **Je fournis au personnel une information sur les activités d'amélioration en cours.**
28. **Je vois à ce que le personnel acquière les compétences requises en amélioration continue.**

L'implication de toutes les personnes concernées

29. Je discute avec le personnel des résultats par rapport aux indicateurs de performance du service.
30. J'accorde de l'importance aux suggestions faites par le personnel au sujet de l'amélioration des processus et des services.
31. Je mets en application les suggestions utiles faites par le personnel.
32. J'implique le personnel concerné dans l'analyse des dysfonctionnements et des opportunités du service et la recherche de solutions.
33. J'entraîne le personnel à résoudre lui-même les problèmes plutôt que de les résoudre à leur place.
34. Je souligne la contribution individuelle et collective du personnel.

L'accent sur le processus

35. Je connais les principaux processus de mon secteur, je suis en mesure de réaliser un Fournisseur/Intrant/Processus/Extrant/Client (FIPEC) pour chacun d'eux.
36. Je connais les principaux processus de mon secteur, je suis en mesure de les cartographier à haut niveau.
37. Je suis en mesure d'identifier les goulots dans les processus qui concernent mon secteur.
38. **J'observe sur le terrain les processus cliniques et administratifs du service.**
39. Je m'assure que mon personnel connaît et comprend l'ensemble des processus auxquels il contribue.
40. Lorsqu'il y a des problèmes, je cherche l'enjeu dans le processus (et non la personne qui n'a pas fait la bonne chose).

La standardisation

41. **En collaboration avec le personnel, je travaille à standardiser autant que possible les processus cliniques ou administratifs sur la base des pratiques exemplaires.**
42. Je m'assure que les façons de faire de mon personnel correspondent aux standards définis.
43. Je mets à jour les cartographies réalisées ou les documents détaillant les standards attendus, et je communique les changements à tout le personnel.
44. Je vois à ce que toutes les tâches importantes fassent l'objet d'une procédure.
45. Des standards clairs et bien définis sont disponibles à l'arrivée d'un nouveau membre.
46. **Je fais un suivi des décisions d'amélioration pour s'assurer de leur maintien et qu'elles deviennent des standards.**

Le droit à l'erreur et la sécurité psychologique

47. **Lorsqu'un problème survient, j'encourage la recherche de solutions plutôt que la recherche de coupables.**
48. J'encourage l'expérimentation et l'ajustement des solutions, tout en amenant mon personnel à tirer des leçons apprises de ces expériences.
49. J'accepte que mon personnel fasse des erreurs sans les sanctionner (selon le contexte).
50. J'accepte que mon personnel puisse tout questionner dans une optique d'amélioration et avec bienveillance.

L'organisation du travail de gestion

51. Je prévois des temps de travail protégés pour effectuer mes tâches administratives.
52. Je planifie des moments de rencontres d'équipe et de supervision individuelle avec mon personnel.
53. Je m'assure que mon personnel identifie les événements urgents qui nécessitent mon intervention, versus les situations importantes qui peuvent être traitées au moment des rencontres planifiées.
54. Je réponds aux situations non prévisibles et qui nécessitent une intervention rapide, seulement lorsque cela est vraiment requis (urgent).
55. J'évite autant que possible de réaliser des tâches opérationnelles à la place de mon personnel.
56. **Je pratique avec le personnel une supervision basée sur le coaching.**
57. **Je vois à ce que le personnel acquière les compétences pour répondre aux besoins du service.**
58. J'évite d'être interrompu afin d'optimiser mon temps de travail et éviter d'être à risque d'erreur.



Respect

Collaboration

Engagement

Intégrité

Bienveillance

*Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides*

Québec 