

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA  
MAÎTRISE EN GESTION DE PROJET

PAR  
PATRICK DUSABIMANA  
SOUS LA DIRECTION DE JULIE BÉRUBÉ ET JACQUES-BERNARD  
GAUTHIER

TITRE :  
LA COLLABORATION ENTRE LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ AU  
SEIN DE PROJETS DE SOINS SOUS LA LOUPE DE LA THÉORIE DE LA  
JUSTIFICATION

DATE : MAI 2023

## Résumé

La discipline de la gestion de projets joue un rôle majeur dans notre société. Plusieurs secteurs d'activités utilisent le projet pour répondre à un besoin spécifique ou une problématique et les systèmes de santé n'échappent pas à cette réalité. Selon les récentes recherches, on peut regrouper les systèmes de santé en quatre modèle-type de gestion de soins de santé : modèle Beveridge, modèle Bismarck, Out-of-Pocket, et assurance-maladie nationale. Malgré différents modèles de gestion des soins, la gestion de projets joue un rôle important, car chaque système se tourne vers les projets pour améliorer les soins offerts aux patients. Lors des dernières décennies, quelques chercheurs souhaitaient examiner les facteurs de succès des projets, plus précisément ceux du secteur de la santé. Malgré le nombre limité des travaux examinant le succès des projets du secteur de la santé, il a été identifié que les professionnels de la santé jouent un rôle important dans le succès des projets de soins. Sans doute, les éléments socioculturels tels que la culture, les valeurs professionnelles agissent comme facteurs de succès. Par ce fait, nous avons souhaité étudier comment se déploie le compromis entre les valeurs des professionnels de la santé lorsqu'ils collaborent dans un contexte de projet de soins. Dans le but d'identifier la dynamique des valeurs des professionnels de la santé, nous avons fait recours à la sociologie pragmatique, plus précisément au cadre théorique développé par Boltanski et Thévenot (1991) pour atteindre notre objectif. Douze professionnels de la santé provenant d'un centre hospitalier du modèle

assurance-maladie nationale ont participé à notre étude. Les interactions ont révélé que les professionnels de la santé (toutes professions confondues) ont un profond désir d'établir des liens avec d'autres professionnels lors de l'exécution des projets. Les tensions dérivent par la présomption que les gestionnaires du système recherchent l'efficacité en premier lieu (au lieu d'encourager la prolifération des liens). Pour les professionnels de la santé, le compromis est atteint lorsque l'organisation donne le pouvoir à l'équipe de projets d'établir certaines règles de conduite. Ce compromis passerait par la transparence, la communication et le principe d'inclusion. Ainsi, l'équipe de projets de soins devient plus efficace et améliorer le succès du projet.

## Table des matières

<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>2</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>6</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>6</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>8</b>
<b>CHAPITRE 1 — INTRODUCTION .....</b>	<b>9</b>
MODÈLES-TYPES DE GESTION DES SOINS DE SANTÉ .....	11
LA GESTION DE PROJET ET LE SECTEUR DE LA SANTÉ .....	14
LA GESTION DE PROJET AU SEIN DES MODÈLES-TYPES DE GESTION DE SOINS DE SANTÉ .....	19
QUESTION GÉNÉRALE DE LA RECHERCHE .....	25
<b>CHAPITRE 2 — PROBLÈME SPÉCIFIQUE DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>28</b>
LE SUCCÈS DU PROJET .....	32
LE CONCEPT DE CRITÈRE DE SUCCÈS.....	35
LE CONCEPT DE FACTEURS DE SUCCÈS.....	36
FACTEURS DE SUCCÈS AU SEIN DES PROJETS DU SECTEUR DE LA SANTÉ.....	41
L'APPROCHE D'INTÉGRATION DES ÉQUIPES DE PROJET COMME FACTEUR DE SUCCÈS DES PROJETS DU SECTEUR DE LA SANTÉ.....	48
LACUNES DE LA DOCUMENTATION SCIENTIFIQUE ET QUESTION SPÉCIFIQUE DE RECHERCHE.....	51
<b>CHAPITRE 3 — CADRE CONCEPTUEL .....</b>	<b>55</b>
LA SOCIOLOGIE PRAGMATIQUE .....	57
LA THÉORIE DE LA JUSTIFICATION .....	57
LES SEPT MONDES .....	62
LES CRITIQUES.....	68
LES COMPROMIS .....	75
ADAPTATION À L'OBJECTIF DE LA RECHERCHE.....	79
<b>CHAPITRE 4 — MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>82</b>
STRATÉGIE DE RECHERCHE.....	84
STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE.....	87
MÉTHODE DE COLLECTE .....	94
CONSIDÉRATIONS D'ÉTHIQUE .....	97
ANALYSE DES DONNÉES.....	99

<b>CHAPITRE 5 — PRÉSENTATION DES RÉSULTATS</b> .....	<b>100</b>
PERCEPTIONS DES RÔLES ET VALEURS SELON LES PARTICIPANTS .....	102
EXPÉRIENCE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ EN GESTION DE PROJET .....	106
ACCORD, DÉSACCORD ET COMPROMIS SELON LES PARTICIPANTS.....	112
TYPE DES PROJETS DÉSIRÉS PAR DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ .....	116
<b>CHAPITRE 6 — ANALYSE DES RÉSULTATS</b> .....	<b>120</b>
LES SYSTÈMES DE VALEURS EXPRIMÉS PAR LES PARTICIPANTS .....	122
VALEURS DU MONDE DES PROJETS .....	125
VALEURS DU MONDE INDUSTRIEL .....	128
TENSION ET COMPROMIS ENTRE LE MONDE INDUSTRIEL ET DES PROJETS.....	132
TENSIONS ENTRE INDIVIDUS ET SYSTÈME PLUTÔT QU'ENTRE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ .....	137
COMPROMIS ENTRE LE MONDE DES PROJETS (PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ) ET LE MONDE INDUSTRIEL (SYSTÈME OU ORGANISATION).....	142
<b>CHAPITRE 7 — DISCUSSION</b> .....	<b>149</b>
<b>CHAPITRE 8 — CONCLUSION</b> .....	<b>157</b>
CONTRIBUTIONS SCIENTIFIQUES .....	160
CONTRIBUTIONS PRATIQUES .....	161
LIMITES ET FUTURES CONSIDÉRATIONS .....	162

## Liste des figures

FIGURE 1.....	34
FIGURE 2.....	38
FIGURE 3.....	39
FIGURE 4.....	91
FIGURE 5.....	92
FIGURE 6.....	124

## Liste des tableaux

TABLEAU 1 <i>QUATRE MODÈLES-TYPES DE GESTION DES SYSTÈMES DE SANTÉ DÉVELOPPÉS PAR REID</i> .....	14
TABLEAU 2 <i>QUATRE MODÈLES DE SYSTÈMES DE SANTÉ ET LES TYPES DE PROJETS</i> ..	24
TABLEAU 3 <i>CLASSIFICATION DES FACTEURS DE SUCCÈS ELS, VAN DER MERWE ET HAUPTFLEISCH</i> .....	40
TABLEAU 4 <i>FACTEURS DE SUCCÈS SELON SLEVIN ET PINTO (1986) ET PINTO ET PRESCOTT DANS LE CONTEXTE DES PROJETS D'HÔPITAUX</i> .....	43
TABLEAU 5 <i>SYNTHÈSE DES ARTICLES EXAMINANT LES FACTEURS DE SUCCÈS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ</i> .....	46
TABLEAU 6 <i>ŒUVRES RETENUES PAR BOLTANSKI ET THÉVENOT POUR DÉVELOPPER LES MONDES</i> .....	60
TABLEAU 7 <i>TREIZE CATÉGORIES ÉTABLIES PAR BOLTANSKI ET THÉVENOT (1991) POUR DÉVELOPPER LES MONDES</i> .....	61
TABLEAU 8 <i>VOCABULAIRE DES MONDES COMMUNS SELON (BOLTANSKI ET THÉVENOT, 1991)</i> .....	64
TABLEAU 9 <i>CRITIQUES ENTRE LES MONDES</i> .....	71
TABLEAU 10 <i>COMPROMIS ENTRE LES MONDES SELON BOLTANSKI ET THÉVENOT (1991) ET BOLTANSKI ET CHIAPELLO (2011)</i> .....	77
TABLEAU 11.....	106
TABLEAU 12 .....	108
TABLEAU 13 .....	123

## Remerciements

J'ai entrepris mes études de deuxième cycle à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) en gestion de projet dans le profil professionnel. Cependant, en tant que gestionnaire au sein du système de santé, j'avais le profond désir d'intégrer le domaine de la santé dans mon cheminement académique. Heureusement, la rencontre de la professeure Julie Bérubé (directrice de recherche) et du professeur Jacques-Bernard Gauthier (codirecteur de recherche) a permis de réaliser cet objectif. Je les remercie énormément de m'avoir donné l'opportunité de réaliser ce mémoire. Grâce à leurs conseils et à leur confiance, j'ai pu réaliser un travail qui m'a permis d'acquérir des connaissances et des compétences qui m'aideront dans mon cheminement professionnel au sein du secteur de la santé. Julie et Jacques-Bernard, votre patience et flexibilité ont été grandement appréciées. MERCI.

Je tiens à remercier mes mentors professionnels, l'établissement de santé ainsi que professionnels de la santé qui ont accepté de participer à cette recherche ou l'ont soutenue. Malgré les contraintes et les défis causés par la pandémie, ils ont trouvé du temps pour me permettre de réaliser ce mémoire. Finalement, je tiens à remercier ma femme, Annie de m'avoir soutenu tout le long de cette aventure. Merci de m'avoir accordé du temps pour réaliser ce projet et surtout merci de m'avoir encouragé à investir plusieurs fins de semaine afin d'assurer le dépôt de ce mémoire.



## CHAPITRE 1 — INTRODUCTION

Au cours du 20<sup>e</sup> siècle, l'espérance de vie et la santé de milliards d'humains ont été améliorées grâce à l'implantation des systèmes de santé (OMS, 2018b). Ledit système de santé regroupe des organisations, des institutions, des ressources et des individus ayant pour objectif commun d'améliorer la santé des populations (OMS, 2018a). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2010) pour qu'un système de santé soit considéré comme efficace, il doit tenir compte de l'ensemble des besoins de la population qu'il dessert. Conséquemment, un système de santé se doit d'évoluer en symbiose avec la réalité quotidienne des nécessités de la société dans lequel il est implanté. Une telle symbiose requiert que différents leviers soient mobilisés : des projets, des programmes, des stratégies et des politiques. La portée de ces leviers est tributaire de la capacité des acteurs d'un système de santé à collaborer efficacement. Cette collaboration doit s'effectuer dans un contexte respectueux et constructif (OMS, 2018c).

L'OMS s'est donné comme mission de coopérer avec tous ses états membres pour mettre en œuvre des stratégies qui permettront d'améliorer leurs systèmes de santé. Dans son rapport en lien avec la santé mondiale, l'OMS (2000) révèle que ses 191 états membres ont réussi à établir un système soit public, privé ou une combinaison des deux. D'autre part, pour l'ensemble des pays industrialisés, la majorité des ministères de la Santé favorisent un régime de santé dit public. En 2000, l'OMS a révélé que de façon générale, seulement 25 %

des services de santé sont fournis par le secteur privé à l'exception de certains états membres où ce chiffre augmente considérablement. Par exemple, aux États-Unis le secteur privé fournissait 56 % des services et en Inde, il fournissait jusqu'à 80 % (OMS, 2000). Bref, chaque état membre établit un système de santé selon ses moyens et vise l'amélioration constante de ce dernier pour le bien-être de sa population.

### **Modèles-types de gestion des soins de santé**

Plusieurs chercheurs ont analysé et étudié les divers systèmes de santé du monde. Reid (2010) a lui-même proposé de les regrouper sous quatre modèles-types de gestion des soins de santé. Le premier modèle-type est celui de William Beveridge, créateur de l'assurance-maladie nationale britannique. Selon ce modèle, la plupart des établissements de santé appartiennent au gouvernement et certains professionnels sont considérés employés de l'état. Le gouvernement établit les limites et les frais des services. De cette manière, les services de santé sont garantis à la population par un système financé par le gouvernement à partir de la collecte d'impôts et de taxes. Les systèmes de santé sous ce modèle ont le plus bas coût par habitant puisque le gouvernement est le seul financier des soins et celui qui établit les services que les professionnels de la santé peuvent offrir ainsi que le coût associé à chaque service. Par conséquent, ceci élimine toute forme de compétition possible. Considéré comme étant une

approche de médecine sociale, ce modèle-type se retrouve en Grande-Bretagne, à Cuba, en Espagne et en Nouvelle-Zélande. Il est également possible de retrouver ce modèle aux États-Unis, uniquement dans le cadre du programme de soins de santé pour les anciens combattants.

Le deuxième modèle-type est celui d’Otto von Bismarck. Ce dernier prévoit le financement du système de santé à partir de déductions automatiques aux salaires des employeurs et des employés. Ainsi, l’assurance-maladie est entièrement financée par ces déductions. Selon ce modèle, certains pays adoptent un assureur unique alors que d’autres permettent plusieurs fournisseurs d’assurance-maladie tout en empêchant ces derniers de générer des profits. Le gouvernement contrôle les coûts comme dans le modèle Beveridge afin de prévenir que ces assureurs génèrent des profits. La majorité des citoyens sont assurés, surtout ceux qui possèdent un emploi. De ce fait, la plupart des services de santé sous ce modèle aident ceux qui le financent, soit les travailleurs. Les distributeurs de soins proviennent plutôt du secteur privé. Ce modèle est pratiqué en Allemagne, en France, en Belgique, au Japon, en Suisse et aux Pays-Bas. Aux États-Unis, on retrouve ce modèle sous le nom de « *Affordable Care Act* ». Il permet aux travailleurs à faible revenu d’accéder à une assurance-maladie.

Le troisième modèle-type est le « *out-of-pocket* ». Ce dernier incite les individus à assumer eux-mêmes les frais pour obtenir un soin de santé. Tous les

services de santé sont donc privatisés et les fournisseurs établissent eux-mêmes les coûts. Ce modèle-type est majoritairement adopté par les pays sous-développés comme certaines régions rurales de l'Afrique, de l'Inde, de la Chine et de l'Amérique du Sud. Ces pays éprouvent de la difficulté à établir un système public de santé accessible à tous. Par ailleurs, aux États-Unis, près de 28 millions d'habitants ne possèdent aucune assurance. De ce fait, ils doivent déboursier des frais chaque fois qu'ils souhaitent obtenir un soin.

Le dernier modèle-type est celui de l'assurance-maladie nationale. Il regroupe des éléments des modèles de Beveridge et de Bismarck. Garantissant les soins à tous les citoyens, il est entièrement financé par les impôts et les taxes comme dans le modèle de Beveridge. Les fournisseurs de soins proviennent du secteur privé comme avec le modèle de Bismarck. Cependant, les frais sont acquittés par l'assurance-maladie nationale qui ne génère aucun profit. L'état choisit quels soins sont couverts par le système. Ce modèle permet aux établissements de santé de diminuer les interactions entre les divers assureurs réduisant ainsi les coûts liés à l'administration des assurances-maladie. Ce modèle-type est celui de certains pays récemment industrialisés comme le Taiwan et la Corée du Sud, mais également le Canada. Aux États-Unis, on retrouve ce modèle sous le programme *Medicare* destiné aux personnes âgées de 65 ans et plus (Colucci, 2018; Kraft, 2014; Physicians for a National Health

Program, 2018; Princeton Public Health Review, 2017; Wallace, 2013). Une synthèse de ces quatre modèles-types est présentée au Tableau 1.

Tableau 1

*Quatre modèles-types de gestion des systèmes de santé développés par Reid*

	Modèle Beveridge	Modèle Bismarck	Out-of-Pocket	Assurance-maladie nationale
<b>Financement</b>	Public — Taxes et impôts	Privé — Compagnie d'assurances	Aucun	Public — Taxes et Impôts
<b>Fournisseurs des soins</b>	Public — salarié directement du gouvernement	Privé — administré par une entreprise privée	Privé	Privé — administré par une entreprise privée
<b>Exemples de pays</b>	Grande-Bretagne, Cuba, Espagne et Nouvelle-Zélande. Aux États-Unis : Programme pour anciens combattants	Allemagne, France, Belgique, Japon, Suisse et Pays-Bas. Aux États-Unis : <i>Affordable Care Act</i>	Régions rurales de l'Afrique, de l'Inde, de la Chine, de l'Amérique du Sud et des États-Unis	Canada et Taiwan. Aux États-Unis : Medicare

### La gestion de projet et le secteur de la santé

Plusieurs secteurs d'activités choisissent d'utiliser le projet pour répondre aux besoins spécifiques de leur organisation, comme pour entamer un changement ou pour lancer un produit et les systèmes de santé n'échappent pas à cette règle (Gauthier et St-Pierre, 2012). Avant de s'attarder aux différentes formes que prend la gestion de projet au sein des modèles-types de gestion des

soins de santé, il est impératif de donner une définition générique du projet et de sa gestion.

Le Project Management Institute (PMI) définit le projet comme un effort temporaire entamé pour créer un produit, un service ou un résultat unique. C'est par le biais du projet que les organisations implantent des changements dans le but de répondre à un besoin spécifique (Project Management Institute, 2017). Le projet regroupe une série d'activités et de tâches à accomplir pour atteindre cet objectif précis qui lui est encadré par des restrictions de temps et de ressources (Kerzner, 2013). La gestion d'un projet sollicite alors l'application concrète de connaissances, de compétences, de techniques et d'outils afin d'exécuter adéquatement toutes les activités entourant le projet. Cette discipline propose aux organisations les meilleures pratiques d'exécution efficace des projets (PMI, 2018).

Il va sans dire que l'application des principes de la gestion de projets a contribué à de nombreux avancements dans le passé. Cependant, ce n'est qu'à partir des années 50 que certaines organisations ont commencé à documenter les méthodes et les techniques spécifiques à la gestion de projets afin d'identifier ses fondements (Seymour; et Hussein, 2014). Plusieurs acteurs s'y sont ardemment intéressés en poussant la recherche à ce sujet et en créant des associations professionnelles telles que le *Project Management Institute (PMI)* et

*l'International Project Management Association (IPMA)*. De la synergie de la pratique professionnelle et de la recherche a pris naissance la discipline de la gestion de projet.

Aujourd'hui, cette discipline joue un rôle majeur au sein de notre société. Selon le PMI, un cinquième du PIB mondial, représentant 12 billions de dollars, est dépensé pour la réalisation de projets (Schwindt et Zimmermann, 2015). Jusqu'à 80 % des hauts dirigeants du monde estiment que la gestion de projets leur permet de rester compétitifs, et ce, plus particulièrement pendant les périodes de récession (PMI, 2010). Selon l'Ordre des conseillers en ressources humaines agréés, les organisations novatrices travaillent en mode projet. Les projets agissent comme des leviers qui permettent d'attirer et de conserver les talents (Sabourin, 2013). Lors du développement de produits ou de services, la gestion de projet est reconnue pour offrir une meilleure personnalisation des produits et proposer la possibilité de maintenir de meilleures relations avec les consommateurs (Gray et Larson, 2006). Enfin, selon PMI (2021), l'économie mondiale aura besoin de près de 25 millions nouveaux professionnels en gestion de projet d'ici 2030 pour répondre à la demande. Les récentes années confirment l'importance de la gestion de projets au sein de notre société. La recherche en gestion de projet connaît également une croissance. Il y a 50 ans, nous recensons qu'une seule revue consacrée spécifiquement à la gestion de projet, soit le : *Project Management Quarterly (PMQ)*. Dans les premiers numéros du



PMQ, l'accent était mis sur les défis pratiques de la gestion de projet. Depuis, de nouvelles revues ont été lancées, soit : *Project Management Journal*, *International Journal of Project Management*, *International Journal of Managing Project in Business*, *Journal of Modern Project Management*, etc.

Comme relevé plus haut, les systèmes de santé se « *projectifient* »<sup>1</sup>. En effet, ceux-ci cherchent constamment à améliorer les soins offerts à la population, de ce fait, plusieurs projets y voient le jour (Gordon et Pollack, 2018). Selon Santosa *et al.* (2014), les projets du secteur de la santé ont comme objectif d'introduire une nouveauté, de répondre à une problématique ou de relever un défi que les procédures routinières ne peuvent résoudre par elles-mêmes. En effet, ils tentent de faire constamment avancer des projets et des programmes innovateurs. À titre d'exemple, dans le but d'améliorer la santé publique, la ville de Minneapolis, dans l'état du Minnesota aux États-Unis, a initié un projet de cessation tabagique auprès des travailleurs en leur donnant des incitatives de participation au programme. Le projet fut un succès comparativement aux autres programmes de cessation. Ils ont donc réussi à démontrer que les incitatives peuvent encourager la participation aux programmes de cessation tabagique (Henrikus *et al.*, 2002).

---

<sup>1</sup> Packendorff, J., et Lindgren, M. (2014). Projectification and its consequences: Narrow and broad conceptualisations. *2014*, *17*(1), 15. <https://doi.org/10.4102/sajems.v17i1.807> relèvent que « The development towards the use of projects for handling complex tasks and creative renewal in contemporary organisations has in project research literatures increasingly been referred to as 'projectification' (p. 8)

Pour contrer la surutilisation des soins et améliorer leur qualité et leur accessibilité, le ministère de la Santé de la Chine a mis en œuvre un projet pilote ayant comme objectif d'encourager la pratique fondée sur des données probantes dans les hôpitaux de milieux ruraux et de la combiner à une centralisation des systèmes de paiements. Selon Cheng (2013), la réussite du projet a permis aux hôpitaux de réduire la durée d'hospitalisation, la prescription des médicaments et d'améliorer le niveau de satisfaction des patients et des professionnels de la santé. Un hôpital communautaire de l'État de la Virginie dans les États-Unis a mis en place un projet ayant comme but de réduire le taux de réadmission chez les patients vivants avec une insuffisance cardiaque en développant des outils d'éducation. Vesterlund *et al.* (2015) relèvent que ce projet a permis de réduire significativement le taux de réadmission et ils suggèrent que ce type de projet éducatif soit utilisé pour d'autres maladies chroniques.

En sommes, la gestion de projet est perçue comme un levier qui facilite l'implantation de changements dans les systèmes de santé. Selon l'école de la santé publique de l'Université d'Harvard, le système de santé est complexe puisqu'il implique de nombreux acteurs, comme les médecins, les infirmières, les administrateurs, les patients et les autorités gouvernementales. De plus, il subit la pression de restrictions économiques et de l'exigence d'un rendement supérieur (Berger, 2015). Afzal et Gauthier (2017) mentionnent que la gestion de

projet permet aux systèmes de santé de mieux relever ces défis en devenant ainsi plus performants. Selon l'*International Project Management Association* (IPMA), malgré la complexité du secteur de la santé, celui-ci rassemble une variété intéressante de projets comme ceux en technologies de l'information, les *Lean* et ceux de changements (International Project Management Association, 2018).

Ceci étant dit, selon le PMI, c'est au sein du secteur de la santé que la plus grande augmentation du rôle de gestionnaire de projets est envisagée, et ce, pour l'ensemble des industries. Celle-ci est estimée à plus de 30 % (PMI, 2013). Cette statistique nous amène à nous poser ces deux questions : Comment peut-on utiliser la discipline de la gestion de projet dans le contexte offert par chaque modèle-type de gestion du système de santé ? Les projets prendront-ils naturellement des formes différentes selon le choix du modèle-type ?

### **La gestion de projet au sein des modèles-types de gestion de soins de santé**

Selon l'OMS, entre 1997 et 2008, le *National Health Services* (NHS), département de santé de la Grande-Bretagne a investi des sommes importantes dans la construction des établissements de santé. Plus de 139 projets ont été approuvés et complétés pour achever la construction d'hôpitaux (Rechel *et al.*, 2009). De plus, en 2012, on a estimé que le NHS dirigeait 118 projets en capital ce qui était évalué à 11,6 milliards de livres. Par conséquent, le NHS est le

département du gouvernement britannique ayant le plus grand investissement en capital de la Grande-Bretagne (The Guardian, 2012). De même, le ministère de la Santé de l'Espagne a exécuté plusieurs projets en information de la technologie dans le but d'améliorer l'efficacité de leur système de santé (HealthManagement, 2010). Selon le *Agency for Health Quality and Assessment of Catalonia*, le système de santé d'Espagne est parmi les plus performants à cause de son succès à l'implantation du dossier électronique d'un point de vue national. Ce projet a grandement amélioré l'échange de l'information entre les professionnels du système (Science Business Publishing, 2018). La Grande-Bretagne et l'Espagne ont toutes deux adopté le modèle-type de Beveridge pour la gestion de leur système de santé. Puisque le modèle Beveridge affirme que l'État est le fournisseur principal des soins, il devient primordial pour celui-ci de s'occuper de ses infrastructures qui permettent l'accès aux soins. De ce fait, une importante quantité de ressources est investie directement dans des projets visant l'amélioration des infrastructures.

Selon le modèle de Bismarck, il existe une cohabitation entre le secteur public et privé pour ce qui est de la livraison des soins. Par conséquent, cette collaboration guide couramment l'ensemble des projets que les systèmes de santé entreprennent sous ce modèle de gestion. Par exemple, au Japon, le gouvernement national encourage l'exécution de projets qui permettront la création de bases des données des patients en collaboration avec les agences

pharmaceutiques (Tokyo Metropolitan Government, 2019). En Suisse, de nombreux projets et programmes ont comme objectif principal de promouvoir la prévention des maladies. Pour atteindre cet objectif, le gouvernement fédéral et l'association regroupant les compagnies d'assurances travaillent ensemble pour coordonner la réalisation de ces projets (European Observatory on Health Care Systems, 2000). Tout bien considéré, le modèle-type de gestion de Bismarck encourage le type de projets qui incite les secteurs public et privé à collaborer efficacement.

De son côté, le secteur privé guide la majeure partie des projets selon le modèle-type *out-of-pocket*. Le *World Economic Forum* allègue que le financement des projets dans les pays de l'Amérique latine doit passer par l'implication des compagnies privées comme celle de la technologie de l'information afin de permettre leur réalisation. De plus, la participation active de ces entreprises engendre le désir d'obtenir de la part des projets un niveau de rentabilité qui contribuerait au développement du système de santé (World Economic Forum, 2017).

Le dernier modèle-type de gestion de soins de santé, soit l'assurance-maladie nationale, offre aux systèmes de santé la réelle possibilité de développer une variété de projets. Par exemple, au cours des dernières années au Canada, des projets en construction et en technologie de l'information ont occupé une

place importante en santé. La construction de nouveaux hôpitaux en Colombie-Britannique (North Island Hospital Project), en Alberta (New Calgary Cancer Centre Project) et au Québec (Projet du Centre Hospitalier Universitaire de Montréal) a fait partie des projets visant l'amélioration des infrastructures (Top100projects, 2019). Des projets intéressants comme le *Quebec Primary Care Physician e-Scheduling Projet* (au Québec), le *Alberta Personal Health Portal Project* (en Alberta), le *BV Ambulatroty EMR and HIS Connect Projet* (en Colombie-Britannique) et le *Nova Scotia Personal Health Record Demonstration Project* (en Nouvelle-Écosse) ont vu le jour pour encourager la progression de la technologie de l'information (Canada Health Infoway, 2019). En somme, le modèle-type de gestion d'assurance-maladie nationale permet à l'état, le seul assureur et financier des soins, d'orienter l'ensemble des projets du système de santé. Les fournisseurs de soins et des établissements de santé doivent suivre les directives de l'état pour obtenir les fonds nécessaires à l'exécution de leurs projets. En plus des projets en capital et en technologie de l'information, il y a les projets visant l'amélioration des soins de services. Comme dans les cas des projets d'infrastructures, les institutions doivent tenir compte des objectifs du gouvernement dans la mise en place de ces projets afin d'obtenir le financement. Par exemple, certains gouvernements provinciaux du Canada s'intéressent à l'expansion et à l'amélioration des soins à domicile ou communautaires. Ils poursuivent l'objectif commun au gouvernement fédéral, soit d'alléger la surcharge de travail infligée aux hôpitaux. Ainsi, ils choisissent d'investir dans des

projets comme : le projet d'encadrement des patients atteints du cancer par un service novateur d'accompagnement (Fondation du cancer de la région d'Ottawa), le projet pour améliorer le réseau d'oncologie communautaire en Colombie-Britannique (Agence de lutte contre le cancer de la Colombie-Britannique et Fraser Health), le projet d'optimisation du rôle des préposés aux bénéficiaires dans les prestations de soins aux patients dans les établissements de soins de longue durée (Centre intégré de santé et de services sociaux [CISSS] de Chaudière-Appalaches) (FCASS, 2017). Bref, ce modèle d'assurance-maladie nationale donne l'opportunité aux systèmes de santé de développer des projets innovateurs et nécessaires à leur avancement. Toutefois, le gouvernement reste celui qui déterminera l'orientation des projets.

À la lumière de ce qui précède, il est possible de constater que les projets prennent diverses formes ou directions selon le modèle-type de gestion des soins. L'analyse a permis de relever la tendance des projets types réalisés dans chaque modèle de systèmes de santé : 1) les projets développant les infrastructures du système de santé, 2) les projets de prévention des maladies, 3) les projets provenant du secteur privé et 4) un regroupement de projets d'infrastructures et de projets cliniques. Le Tableau 2 réintroduit les quatre modèles-types de gestion du système de santé développés par Reid (2010) et y ajoute le type de projets pour chaque modèle.

Tableau 2

## Quatre modèles de systèmes de santé et les types de projets

	Modèle Beveridge	Modèle Bismarck	Out-of-Pocket	Assurance-maladie nationale
<b>Financement</b>	Public — Taxes et impôts	Privé — Compagnie d'assurances	Aucun	Public — Taxes et Impôts
<b>Fournisseurs des soins</b>	Public — salarié directement du gouvernement	Privé — administré par une entreprise privée	Privé	Privé — administré par une entreprise privée
<b>Exemple de pays</b>	Grande-Bretagne, Cuba, Espagne et Nouvelle-Zélande. Aux États-Unis : Programme pour anciens combattants	Allemagne, France, Belgique, Japon, Suisse et Pays-Bas. Aux États-Unis : <i>Affordable Care Act</i>	Régions rurales de l'Afrique, de l'Inde, de la Chine, de l'Amérique du Sud et des États-Unis	Canada et Taiwan. Aux États-Unis : Medicare
<b>Types de projets réalisés</b>	Capital/infrastructures	Prévention des maladies	Privé	Capital/Infrastructures/Clinique
<b>Mode de financement et d'exécution</b>	Financé et exécuté par l'état	Financé et exécuté par la collaboration privé/public	Financé et exécuté par le privé	Financé par l'état. Exécuté par le privé



### Question générale de la recherche

Il est possible d'affirmer que les projets jouent un rôle important dans les systèmes de santé, et ce, malgré les différents modèles de gestion des soins. Cet engouement envers les projets permet aux systèmes de santé d'améliorer les services offerts à la population. D'ailleurs, selon le gouvernement de la Nouvelle-Galles du Sud, l'état australien le plus peuplé, le succès des projets de santé permettent l'amélioration de l'accès aux soins et de la gestion des flux de patients tout en respectant les normes et les standards de l'industrie (NSW Government, 2018). L'Institute de la santé publique de l'Université de Calgary cite que le succès des projets de santé publique est crucial, car il permet d'atteindre les objectifs de la santé de la population (Université de Calgary, 2019). La compagnie *InLoox Project Software* souligne que les projets du secteur de la santé sont uniques, car ils impliquent l'amélioration de la santé des individus. Par conséquent, le succès ou l'échec des projets de santé peuvent influencer la qualité de vie des individus, jusqu'à en faire la différence entre la vie et la mort (inLoox Blog, 2016).

Les quelques exemples suivants mettent en exergue que les établissements de santé qui achèvent les projets avec succès améliorent leurs services. L'Hôpital de Toronto a entrepris un projet visant à perfectionner le processus relatif au congé des patients en améliorant la qualité de la documentation. Le succès du projet a permis à l'hôpital d'améliorer la transition des soins, la collaboration et l'efficacité des soins primaires. Depuis, l'hôpital est

reconnu par l'industrie comme champion dans les départs et les congés des patients (PMI Toronto, 2019). Dans le même ordre d'idées, Santé des Premières Nations et des Inuits — Alberta, une division de Santé Canada, a implanté un projet de technologie d'information dans les communautés des Premières Nations au nord de l'Alberta. Le but du projet était de réduire la durée d'attente pour recevoir des services de soins. La réussite du projet a permis de réduire la durée d'attente considérablement et elle a amélioré la coordination des soins et la qualité de la documentation. En outre, cette division de Santé Canada a reçu un prix d'excellence par deux associations de l'industrie de l'information de la technologie (IT World Canada, 2016).

À l'inverse, l'échec des projets occasionne des coûts importants aux systèmes de santé. Par exemple, en 2002, Le *National Health Service*, l'opérateur du système de santé du Royaume-Uni a entrepris le projet d'informatisation du système de santé. En 2011, le ministère a suspendu le projet. Il a été estimé que cet abandon a coûté près de 10 milliards à l'État (The Guardian, 2013).

Selon le PMI (2014), les organisations dites performantes accomplissent 89 % des projets qu'elles entament en comparaison avec celles considérées moins performantes qui en achèvent seulement que 36 %. À la lumière des exemples qui précèdent, le secteur de santé n'échappe pas à cette réalité.

Conséquemment, la question suivante devient primordiale : quels sont les facteurs de succès d'un projet exécuté au sein du système de santé ?

## CHAPITRE 2 — PROBLÈME SPÉCIFIQUE DE LA RECHERCHE

Afin de trouver de potentielles réponses à notre question générale de recherche — quels sont les facteurs de succès d'un projet exécuté au sein du système de santé ? — nous avons effectué une recension des écrits scientifiques. Les principaux résultats à cette recension sont présentés à la première section du présent chapitre. Le chapitre se conclut par une question spécifique formulée à partir des lacunes relevées dans les écrits scientifiques recensés.

### **Recension des écrits scientifiques**

Cette première section poursuit l'objectif de présenter un survol de la documentation scientifique traitant de la notion de succès en gestion de projets. En premier lieu, vous retrouverez la définition des concepts clés dans la compréhension du succès en gestion de projet. Les concepts de critère de succès, succès de projet et succès de la gestion de projet seront traités brièvement pour éviter toute confusion avec la notion de facteur de succès. Par la suite, nous aborderons le concept de facteur de succès suivi d'un survol des écrits traitant les facteurs de succès des projets provenant du secteur de la santé. Ensuite, une explication de la notion d'intégration comme facteur de succès au sein de l'ensemble des projets en santé est présentée. Finalement, une conclusion par le biais d'une question spécifique de recherche est énoncée.

Dans l'objectif de présenter et d'évaluer les connaissances actuelles concernant les facteurs de succès, nous avons effectué une recension des écrits mixte. Selon Bryman et Bell (2015), ce type de recensement permet d'accomplir une recension des écrits de façon impartiale et explicite. Cette recension est accomplie en trois étapes. La première étape consiste à identifier la question et planifier le recensement. La deuxième étape consiste à effectuer une recherche dans les bases de données ainsi que la sélection des études pertinentes. La troisième étape comprend l'évaluation des études et la synthèse des données.

L'objectif était d'identifier les grandes conclusions quant aux facteurs de succès au sein du secteur de la santé au fil des dernières années. Afin d'effectuer notre recension, nous avons utilisé « *project* », « *success* » « *factors* », « *healthcare* ». À l'aide des bases de données ABI/INFORM, nous avons initié notre évaluation de la documentation en utilisant les mots clé suivant : « *project* », « *success* » « *factors* ». Par la suite, nous avons raffiné la recherche en ajoutant le mot clé « *healthcare* ». Nous n'avons pas exclu les articles publiés il y a plusieurs années, car nous avons constaté que très peu des travaux couvrant les facteurs de succès dans le secteur de la santé ont été publiés. Cependant, nous avons privilégié les plus récentes publications lorsqu'il y avait de plus récentes contributions. Nous avons effectué l'analyse des titres et des résumés pour sélectionner les articles pertinents et pouvant contribuer à l'objectif de la recherche. De plus, certains travaux pouvant aider à atteindre l'objectif de la recension. Bref, notre évaluation a permis d'aboutir à une question de recherche spécifique. Les articles ont été regroupés en trois thèmes qui ont permis de comprendre les grandes conclusions selon les articles publiés et d'aboutir à une question spécifique : (1) travaux traitant de la définition du terme succès d'un projet (2) les articles couvrant le concept de facteur de succès (3) les articles traitant des facteurs de succès au sein des projets de santé.

## **Le succès du projet**

Comme il a été mentionné dans l'introduction, selon le PMI (2014), les organisations dites performantes accomplissent 89 % des projets entamés tandis que celles considérées moins performantes n'en achèvent que 36 %. Il va sans dire que le succès des projets contribue grandement à l'atteinte des objectifs des organisations. Ainsi, il est essentiel de bien distinguer et concevoir quelles conditions mènent les projets à leur réussite. La sixième édition du guide *Corpus Des Connaissances En Management de Projet* (PMBok) mentionne que le succès d'un projet est jugé selon ses objectifs et les critères de succès établis. De plus, pour assurer sa réussite, les parties prenantes et le gestionnaire doivent identifier les facteurs pouvant affecter son succès (Project Management Institute, 2017). Bref, le PMBoK propose deux concepts permettant une meilleure définition du succès d'un projet, soit les critères et les facteurs. Un critère est un principe ou un standard de référence qui permet de juger ou de définir quelque chose. Un facteur est un élément qui contribue à un résultat (Ika, 2009).

En plus de ces deux concepts, Baccharini (1999) mentionne que la notion de succès dans la discipline de la gestion de projet englobe deux autres composantes contribuant à sa compréhension, soit : le succès de la gestion de projet et le succès du projet (ou produit). Le succès de la gestion de projet comprend trois éléments : respect du temps, des coûts et de la qualité ; l'efficacité des processus utilisés pour gérer le projet et le niveau de satisfaction des parties

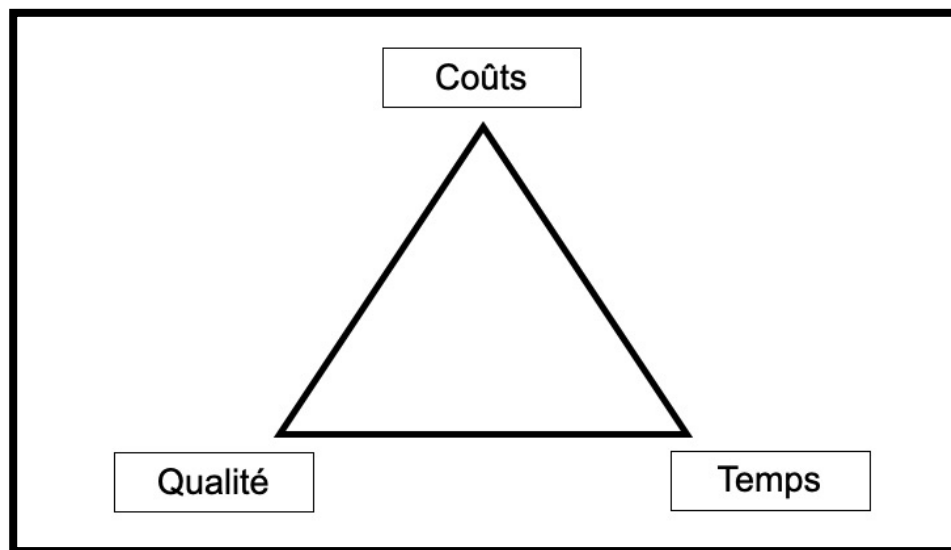


prenantes. Quant au succès des projets, il englobe trois éléments aussi : l'atteinte des objectifs établis, l'utilité du produit du projet et le niveau de satisfaction des parties prenantes à l'égard du produit. Le succès de la gestion de projet examine donc l'utilisation des outils et des techniques de la discipline, alors que le succès du projet étudie l'objectif et l'utilité du produit du projet.

Certes, ces deux concepts sont de plus en plus reconnus comme des principes contribuant à la compréhension du succès des projets. Ce principe de succès a émergé au cœur de la discipline de la gestion de projet depuis les années 1980, et depuis, plusieurs chercheurs et praticiens s'y sont ardemment intéressés (Els *et al.*, 2012; Ika, 2009; Müller et Jugdev, 2012). Ika (2009) a analysé les travaux publiés entre 1984 et 2007 dont le concept de succès d'un projet fut l'objet de sa recherche. Son analyse révèle qu'entre les années 1960 et 1980, les recherches en gestion de projet étaient plutôt théoriques et plaçaient le succès de la discipline de la gestion de projet au centre de leurs travaux. La plupart des publications établissaient le triangle vertueux comme critère de succès en y ajoutant une liste des facteurs de succès anecdotique. Le triangle vertueux incite sur le respect du temps (le délai nécessaire pour réaliser le projet), les coûts (le budget alloué pour réaliser le projet) et la qualité (le niveau de qualité souhaité) (Atkinson, 1999). Cet outil classe les trois éléments sous forme d'un triangle qui illustre leur interdépendance (Figure 1). Ainsi, en modifiant un de trois éléments du triangle, les deux autres éléments seront affectés.

Figure 1.

*Le triangle vertueux en gestion de projet.*



Adapté de : Project management: cost, time and quality, two best guesses and a phenomenon, its time to accept other success criteria. (Atkinson, 1999)

Ensuite, entre les années 1980 et 2000, les auteurs ont ajouté d'autres critères de succès au triangle vertueux. La compréhension du succès d'un projet est venue remplacer celui de la compréhension du succès de la discipline de la gestion de projet. (Ika, 2009). Finalement, au 21<sup>e</sup> siècle, les chercheurs notent l'importance du contexte d'un projet lors de l'étude des critères et des facteurs de succès. Pour Ika (2009), l'étude du succès d'un projet requiert une approche multidimensionnelle et d'inclusion. Il est primordial que les chercheurs et les praticiens délaissent l'hypothèse qu'il existe des critères et des facteurs universels. Ils doivent plutôt se tourner vers une approche qui permet de considérer le contexte du projet. Hyvärei (2006) mentionne aussi que les facteurs

de succès peuvent changer selon le contexte dans lequel le projet est exécuté. Ainsi, la diversification des critères et des facteurs de succès permettra une meilleure compréhension du succès d'un projet selon leur disposition.

### **Le concept de critère de succès**

Les critères de succès d'un projet sont définis comme étant les conditions à satisfaire ou les points de référence utilisés pour déterminer si un projet est une réussite ou non. Comme dit plus haut, le respect du temps, des coûts et de la qualité sont les trois critères de succès classiques — à ce triptyque est donné le nom de triangle vertueux. Par la suite, les chercheurs (Els *et al.*, 2012; Frefer *et al.*, 2018; Hyväri, 2006; Ika, 2009; International Project Management Association, 2018; Müller et Jugdev, 2012; O'Brochta, 2002; Pinto et Slevin, 1987; Radujković et Sjekavica, 2017; Seweryn, 2005) se sont entendus pour dire que la détermination du succès d'un projet était une tâche plutôt complexe puisqu'il y a de nombreux critères à considérer. Par exemple, selon PMBoK (2017), le niveau de satisfaction de toutes les parties prenantes impliquées est devenu un critère primordial. Encore aujourd'hui, le guide PMBoK 2017 précise que le succès d'un projet doit être jugé selon le respect des composantes du triangle vertueux (le temps, le coût et la qualité), tout en considérant le niveau de satisfaction des parties prenantes (Project Management Institute, 2017). Parallèlement, Frefer *et al.* (2018) proposent que les parties prenantes impliquées dans l'élaboration d'un

projet puissent ajouter elles-mêmes d'autres critères. Il est donc fondamental de considérer ces critères en y ajoutant ceux du triangle vertueux lors de l'évaluation du succès d'un projet en question. Pour les auteurs, les parties prenantes jouent un rôle majeur dans la détermination des critères de réussite d'un projet. Bref, le triangle vertueux (le temps, les coûts et la qualité) demeure toujours le concept le plus utilisé pour mesurer le succès d'un projet. Cependant, les récents travaux de plusieurs chercheurs ainsi que le guide PMBoK ont mis en évidence que définir le succès d'un projet est une tâche complexe et que les parties prenantes impliquées peuvent ajouter d'autres critères.

### **Le concept de facteurs de succès.**

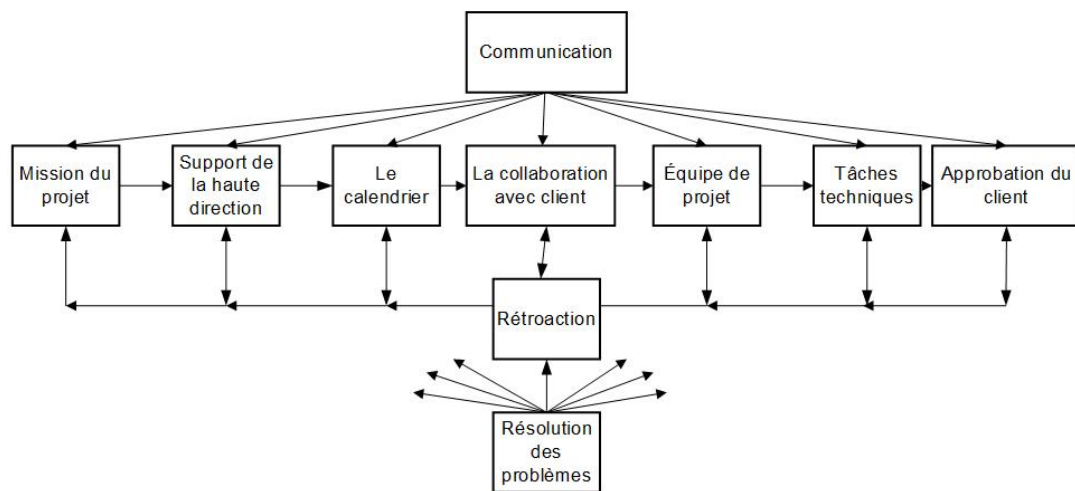
La notion de facteur de succès a aussi fait l'objet d'observations et de réflexions par les chercheurs et les praticiens en gestion de projet. Dans le cadre de cette discipline, un facteur de succès se définit comme un élément contribuant au succès du projet ou encore comme un élément ayant la capacité d'influencer directement ou indirectement la réussite de ce dernier (Frefer *et al.*, 2018; Steinfort et Walker, 2007). Depuis les travaux de Pinto et Slevin jusqu'à la fin des années 80, de nombreuses recherches ont été conduites en lien avec le succès des projets. De tous ces travaux, la 6<sup>e</sup> édition du PMBoK retient qu'il existe plusieurs facteurs internes et externes à l'organisation du projet qui contribuent à sa performance comme : le contexte organisationnel, le lieu géographique de

l'équipe de projets, la capacité des employés, les normes et politiques gouvernementales, etc. (Project Management Institute, 2017). Les chercheurs ne cessent de remanier la liste des facteurs de succès.

En 1987, Pinto et Slevin (1987) ont relevé dix facteurs importants à partir de la documentation. Ensuite, ils ont évalué le niveau d'importance de ces facteurs auprès des gestionnaires de projet. À partir des commentaires recueillis, ils ont déterminé que la tâche de définir convenablement les objectifs d'un projet, c'est-à-dire la mission, était le facteur le plus important. De cette tâche découle le soutien de la haute direction, le calendrier, la collaboration avec le client, l'équipe, les tâches techniques et l'approbation du client. De plus, ils ont identifié que la communication, la rétroaction/surveillance et la résolution de problèmes étaient tous des facteurs nécessaires tout le long de l'implantation (voir Figure 2).

Figure 2.

*Dix facteurs importants pour l'implantation des projets selon les travaux de Pinto et Slevin*

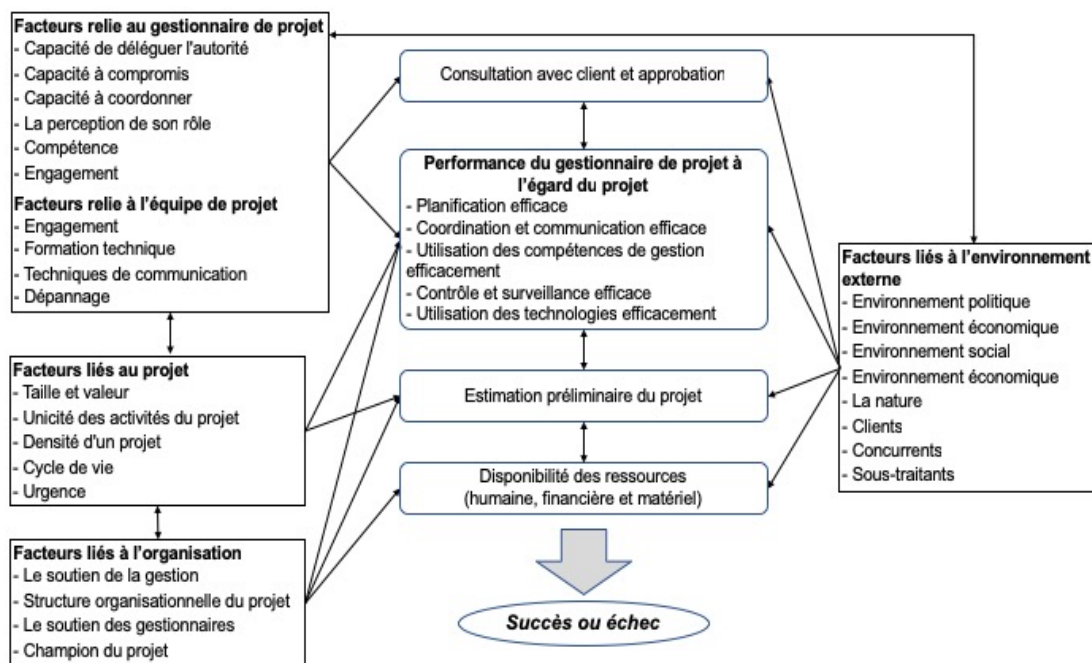


Adapté de : Critical Factors in Successful Project Implementation. (Pinto et Slevin, 1987, p. 176).

Une dizaine d'années plus tard, Belassi et Tukul (1996) identifient et classent 19 facteurs en quatre groupes. En plus de classifier ces facteurs, les auteurs ont examiné l'influence de chacun des groupes sur un projet. Les voici illustrés ci-dessous dans la Figure 3.

Figure 3

Cadre classification des facteurs de succès selon Belassi et Tukul (1996)



Adapté de : A new framework for determining critical success/failure factors in projects (Belassi et Tukul, 1996, p. 144).

En 2012, Els, Van der Merwe et Hauptfleisch, pour leur part, ont distingué 18 éléments pouvant influencer le succès d'un projet. Ceux-ci sont regroupés en quatre catégories illustrées dans le Tableau 3. La conclusion de leurs travaux indique que les éléments provenant du groupe de facteurs de la gestion du personnel influencent grandement la réussite d'un projet. Mishra *et al.* (2011) concluent que le succès du projet est associé au facteur de la gestion de l'équipe de projet, plus précisément l'établissement de bons moyens de communication et le haut niveau d'engagement de l'équipe. Andersen *et al.* (2006) expriment que

le haut niveau d'engagement des parties prenantes et un niveau de communication élevé étaient les facteurs critiques pour le succès du projet.

Tableau 3

*Classification des facteurs de succès Els, Van der Merwe et Hauptfleisch.*

Facteurs de succès	Éléments de facteur de succès
Gestion du personnel	Équipe et la direction Gestion de projet Communication Gestion des parties prenantes
Processus	Planification Calendrier Monitoring et contrôle Gestion de la qualité Gestion des risques
Organisation	Structure organisationnelle Ressources financières Politiques et stratégies Organisation d'apprentissage Environnement externe
Coût, contrat et technique	Approvisionnement et contrat Entrepreneur Technique Innovation

Adapté de : Critical success criteria and success factors in project management: A quest to enhance generic professional practice (Els *et al.*, 2012, p. 8).

Les auteurs mentionnés soulignent de nouveaux facteurs de succès d'un projet, tout en confirmant l'importance de certains facteurs depuis le début de la recherche dans les années 1980. Selon Frefer *et al.* (2018), il est impossible de



définir des facteurs critiques universels applicables à tous les types de projets. Belassi et Tukul (1996) expriment que la criticité des facteurs de succès varie selon l'industrie. Selon Hyväri (2006), il est possible que les facteurs de succès critiques varient selon le contexte, le type d'organisation, ainsi que la taille du projet. Comme Ika (2009), ces auteurs notent l'importance des contextes dans la détermination des facteurs de succès. Conséquemment, qu'en est-il des facteurs de succès des projets relevant du secteur de la santé ?

### **Facteurs de succès au sein des projets du secteur de la santé.**

Les organisations du domaine de la santé sont des systèmes complexes puisqu'on y retrouve des acteurs et des réglementations uniques à ce secteur. Cette complexité limite assurément l'intérêt des chercheurs à examiner la gestion de projets dans le secteur de la santé. Rosacker *et al.* (2010) révèlent qu'il existe très peu d'études concernant le succès des projets au sein d'organisations fournissant les services de soins. D'autant plus, les auteurs citent qu'il est préférable d'éviter de présumer que les facteurs de succès de certains secteurs sont d'emblée applicables à celui de la santé. D'autre part, les avancées technologiques des dernières années ont incité le secteur de la santé à entreprendre des projets de la technologie de l'information (TI) pour faciliter la communication de l'information nécessaire à la prise de décisions cliniques (Gomes et Romão, 2015). Cet intérêt généralisé envers les projets TI a suscité la

curiosité de plusieurs chercheurs académiques et professionnels (Leonard, 2004). Les travaux d’Afzal et Gauthier (2017) attestent de ce même engouement, dans les dernières années, pour les projets TI dans le secteur de la santé. En effet, entre 1979 et 2017, près de 34 % des articles scientifiques en gestion de projets dans le secteur de la santé étaient sous le thème de la technologie de l’information. Des ressources considérables ont été déployées pour analyser ce type de projet. Par conséquent, les autres sortes de projets que l’on retrouve dans le secteur de la santé ont été, à ce jour, peu explorées.

Malgré la quantité limitée d’études examinant le succès des projets au sein du secteur de la santé, il est possible d’identifier quelques articles s’étant appesantis sur les facteurs de succès. Rosacker *et al.* (2010) ont examiné si les facteurs de succès identifiés par les travaux de Slevin & Pinto (1986) et Pinto & Prescott (1988) sont semblables et applicables selon le cycle de vie du projet dans le contexte d’un hôpital. Ils concluent qu’il existe assurément des variations lorsqu’il s’agit de projets d’hôpitaux, tels qu’illustrés au Tableau 4.

Tableau 4

*Facteurs de succès selon Slevin et Pinto (1986) et Pinto et Prescott dans le contexte des projets d'hôpitaux.*

Cycle de vie de projet	Facteurs de succès selon Slevin & Pinto, 1986 et Pinto & Prescott, 1988	Facteurs de succès selon Slevin & Pinto, 1986 et Pinto & Prescott, 1988 dans le contexte des projets d'hôpitaux
<b>Conception</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mission du projet</li> <li>– Approbation du client</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mission du projet</li> <li>– Soutien de la haute direction</li> <li>– Le calendrier</li> <li>– Équipe de projets</li> <li>– Rétroaction</li> <li>– Résolution des problèmes</li> </ul>
<b>Planification</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mission du projet</li> <li>– Soutien de la haute direction</li> <li>– Approbation du client</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mission du projet</li> <li>– Soutien de la haute direction</li> <li>– Rétroaction</li> <li>– Résolution des problèmes</li> </ul>
<b>Exécution</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mission du projet</li> <li>– Résolution des problèmes</li> <li>– Le calendrier</li> <li>– Tâche technique</li> <li>– Approbation du client</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mission du projet</li> <li>– Soutien de la haute direction</li> <li>– Le calendrier</li> <li>– Approbation du client</li> <li>– Résolution des problèmes</li> <li>– Rétroaction</li> </ul>
<b>Terminaison</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tâche technique</li> <li>– Mission du projet</li> <li>– Approbation du client</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mission du projet</li> <li>– Le calendrier</li> </ul>

Caccia-Bava *et al.* (2013) citent que les projets de la réingénierie des processus d'affaires (RPA) permettent d'améliorer la performance des hôpitaux. Ces auteurs ont relevé que l'impact des facteurs sur le succès varie selon le cycle de vie du projet. Il est donc essentiel que les gestionnaires de projets des hôpitaux mettent l'accent sur certains facteurs en lien avec la phase où leurs projets se situent afin de permettre leur réussite. Stelson *et al.* (2017) soulignent que la plupart des projets d'amélioration continue dans les hôpitaux faillissent. Ainsi, ils

ont voulu identifier les facteurs pouvant contrer ce phénomène. Leurs conclusions démontrent que le support de la haute direction, la communication et l'engagement des parties prenantes sont tous des facteurs de succès à considérer. Ils mentionnent également que le succès d'un projet part de la façon dont les parties prenantes perçoivent la nécessité du changement. Arbab Kash *et al.* (2014) ont interrogé 61 gestionnaires du secteur de la santé dans le but d'identifier les facteurs de succès reliés à l'implantation des initiatives de changement. Parmi les dix facteurs identifiés, les trois principaux sont : la culture et les valeurs de l'organisation, les processus opérationnels et le personnel ainsi que son niveau d'engagement. Leur analyse illustre l'importance de la participation des parties prenantes lors de l'implantation de changements dans le secteur de la santé. Creasy (2017) a examiné les nombreux projets d'un hôpital de l'état de la Virginie aux États-Unis. Ses travaux ont relevé que dans ce secteur, le soutien de la haute direction et un haut niveau d'engagement des employés étaient les facteurs les plus importants. Pour l'auteur, sans l'engagement des professionnels de la santé, il sera difficile d'atteindre le succès du point de vue clinique. Enfin, Sapienza (1997) identifie quatre défis de la gestion de projets, et ce, pour le domaine des soins de santé : la rivalité entre les professionnels de la santé, les difficultés financières et cliniques que rencontrent les professionnels de la santé lorsqu'ils travaillent ensemble, le manque d'enthousiasme dans l'objectif du projet et une mauvaise communication en raison de la grande diversité de disciplines impliquées dans le projet. L'auteur conclut en encourageant l'approche

d'intégration pour améliorer le succès des projets. Selon Gauthier et St-Pierre (2012) l'approche d'intégration des équipes de projets permet de créer des liens interdisciplinaires et interorganisationnels. Ces liens améliorent la performance de l'équipe, et donc, conséquemment le succès du projet. Bref, la réussite des projets dans le secteur de la santé est vigoureusement influencée par les parties prenantes, plus précisément, par les professionnels de la santé impliqués dans l'exécution du projet. Cependant, la pluridisciplinarité de ces professionnels engendre un niveau de collaboration complexe. C'est pourquoi l'approche d'intégration devient pertinente à la remédiation de ce bris de collaboration.

Dans le même ordre d'idées, Rainville (2016) a examiné les conditions d'intégration liées à l'équipe de projets du secteur de la santé. Ses conclusions affirment que la culture nationale, la dimension organisationnelle (les règles et les ressources de l'organisation) et la dimension disciplinaire (les valeurs, les pratiques et les connaissances acquises lors d'une formation ou de l'expérience professionnelle) influencent l'intégration des équipes de projets, par conséquent l'efficacité de l'équipe de projets. Selon Suda (2007), saisir les cultures organisationnelles, c'est-à-dire les croyances, les normes et les valeurs des individus peut contribuer positivement aux performances de l'équipe de projet ainsi au succès des projets. Cette compréhension des croyances et valeurs peut aider à développer des stratégies qui tiennent compte des différentes cultures et ainsi éviter les pratiques qui violent les valeurs et croyances des individus.

Au Tableau 5 sont résumés les travaux recensés et portant sur les facteurs de succès de projets du secteur de la santé ainsi que leurs conclusions.

Tableau 5

*Synthèse des articles examinant les facteurs de succès dans le secteur de la santé*

Auteurs	Objet de la recherche	Conclusions principales
(Rosacker <i>et al.</i> , 2010)	Vérifier si les facteurs de succès critiques identifiés dans la littérature de la gestion de projet s'appliquent aux projets des hôpitaux.	Très peu d'études examinent les facteurs de succès spécifiques aux organisations du secteur de la santé. Les facteurs de succès importants identifiés applicables à la discipline de façon générale diffèrent dans le contexte des projets des hôpitaux.
(Afzal et Gauthier, 2017)	Identifier les connaissances propres à la gestion de projet dans le secteur de la santé.	Le domaine de la technologie de l'information dans le secteur de la santé a attiré beaucoup d'intérêt des chercheurs. Très peu de publication dans les journaux de la gestion de projet. Pour les auteurs, la recherche en gestion de projet doit examiner les projets en lien avec la mission primaire du secteur.
(Caccia-Bava <i>et al.</i> , 2013)	Identifier les facteurs de succès contribuant aux projets de la réingénierie des processus d'affaires (RPA) dans les hôpitaux	Les gestionnaires de projets doivent varier leurs efforts selon la phase du projet. Chaque phase dispose de facteurs contribuant à son succès.
(Stelson <i>et al.</i> , 2017)	Découvrir les facteurs affectant les projets d'amélioration continue dans les hôpitaux.	Le succès des projets est grandement influencé par le soutien de la haute direction, une communication efficace et un engagement des parties prenantes.
(Creasy, 2017)	Comprendre pourquoi les projets exécutés dans un hôpital de la Virginie échouent.	Le soutien de la haute direction et un haut niveau d'engagement des employés étaient les facteurs contribuant au succès des projets.
(Arbab Kash <i>et al.</i> , 2014)	Identifier les facteurs de succès clés lors de	Les trois facteurs clés sont la culture et les valeurs, les processus opérationnels et le

Auteurs	Objet de la recherche	Conclusions principales
	l'exécution des projets de changement dans le secteur de la santé.	personnel ainsi que son niveau d'engagement contribuent grandement au succès des projets de changement dans le secteur.
(Sapienza, 1997)	Identifier les défis de la gestion de projet au sein du secteur de la santé et découvrir comment y faire face.	Les quatre défis sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>– la rivalité entre professionnels de la santé ;</li> <li>– la difficulté financière et clinique lorsque les professionnels travaillent ensemble ;</li> <li>– le manque d'enthousiasme aux objectifs communs ;</li> <li>– la mauvaise communication causée par la diversité de discipline.</li> </ul> Pour l'auteur, l'approche d'intégration peut aider à surmonter les défis.
(Rainville, 2016)	Identifier les conditions d'intégration liées à l'équipe de projets du secteur de la santé.	La culture nationale, la dimension organisationnelle (les règles et les ressources de l'organisation) et la dimension disciplinaire (les valeurs, les pratiques et les connaissances acquises lors d'une formation ou de l'expérience professionnelle) influencent l'intégration des équipes de projets, par conséquent l'efficacité de l'équipe de projets.
(Gauthier et St-Pierre, 2012)	Identifier les conditions d'intégration des équipes de projet permettant le succès des projets cliniques.	L'approche d'intégration permet une meilleure collaboration entre les professionnels dans le contexte de projet. Pour assurer une meilleure intégration, il est important d'identifier les besoins des acteurs du projet, répondre à ces besoins et créer un environnement où il y a des échanges satisfaisants.

Étant donné que la réalisation des projets en santé repose sur l'implication d'une variété de professionnels de santé (Gauthier et St-Pierre, 2012; Sapienza, 1997), certains auteurs soulignent l'importance de miser sur une saine collaboration et un haut niveau d'engagement pour assurer le succès de ces

derniers. En effet, Sapienza (1997) indique que dans un contexte de projet de santé, l'approche d'intégration permet de transformer les rivalités professionnelles en collaboratrices. Il est primordial que les politiques d'intégration ne soient pas sous-estimées. De plus, Gauthier et St-Pierre (2012) ont relevé qu'il existe une relation entre le succès des projets et les équipes de projet bien intégré.

### **L'approche d'intégration des équipes de projet comme facteur de succès des projets du secteur de la santé.**

Avant tout, en quoi consiste l'intégration ? Pour le groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal, l'intégration est un processus qui consiste à créer et à maintenir une structure commune entre les acteurs indépendants dans l'objectif de mieux coordonner leur interdépendance afin de leur permettre de travailler sur un projet collectif (Contandriopoulos *et al.*, 2003).

Selon Santé Canada (2002), les systèmes de santé ont adopté les thèmes et les modèles d'intégration afin de réunir différentes ressources des systèmes. Cette union avait comme but d'améliorer les mécanismes tout en servant plus efficacement la clientèle. C'est à partir des années 1990 que les ordonnateurs du secteur de la santé ainsi que les praticiens et les chercheurs se sont intéressés au concept d'intégration des soins au Canada. La perspective de Shortell et coll.



(1996, 2000)<sup>2</sup> a fait école en matière d'intégration dans le système de santé et bien qu'elle soit étatsunienne, elle a influencé la manière de penser certaines réformes de santé dont au Québec et en Ontario.

Selon Leatt *et al.* (2000), Shortell et coll. ont identifié trois types d'intégration dans les systèmes de santé. Premièrement, l'intégration fonctionnelle. Celle-ci consiste à rassembler les fonctions et les activités essentielles comme la gestion financière, les ressources humaines et le marketing entre les unités opérationnelles. Ceci ne signifie pas une centralisation, mais plutôt l'intégration de politiques et de pratiques communes. Deuxièmement, l'intégration des médecins. Ce type d'intégration consiste à relier les médecins au système pour qu'ils puissent utiliser ses installations, ses services, et ainsi, que participer à sa planification. Finalement, l'intégration clinique de son côté a comme objectif de permettre la continuité et la coordination des soins en priorisant une bonne communication chez le personnel. Selon l'Association canadienne de protection médicale (ACPM, 2013), en adoptant l'approche d'intégration des soins, les systèmes de santé canadiens ont le potentiel d'améliorer grandement l'expérience du patient et les résultats cliniques en augmentant l'accès et la coordination des soins, en rapprochant les différents paliers de soins et en réduisant les doublons.

---

<sup>2</sup> La première édition de cet ouvrage classique faisant la promotion de l'intégration dans le système de santé remonte à 1996

Si en management de la santé l'intégration est proposée depuis longtemps comme étant un levier à la collaboration professionnelle et l'amélioration des systèmes de santé (Shortell, 2000), en gestion de projet plusieurs travaux conduits dans des secteurs industriels autres que celui de la santé mettent en évidence que l'intégration des équipes de projets améliore l'efficacité, c'est-à-dire le niveau de collaboration, qui conséquemment affecte positivement le succès des projets. En effet, Koutsikouri *et al.* (2006) ont rapporté que l'intégration des experts de diverses disciplines contribue favorablement au succès du projet et d'un bon esprit d'équipe. Par ailleurs, tout en soulignant l'importance d'analyser le principe d'intégration, Baiden et Price (2011) mentionnent que l'intégration d'une équipe de projets dans l'industrie de la construction a un effet positif sur l'efficacité. Ils affirment que l'intégration permet de diminuer les barrières entre les membres de l'équipe facilitant ainsi le travail à accomplir et l'atteinte de l'objectif commun. Tout cela permettant un meilleur échange d'information. Selon Emmitt (2010), la réalisation d'un projet requiert l'interaction entre plusieurs acteurs ayant différentes qualités et connaissances. Son succès (le projet) est influencé par le niveau d'intégration de l'équipe interdisciplinaire. Pour l'auteur, l'efficacité de l'équipe du projet dépend de la capacité des individus à travailler ensemble de façon harmonieuse, en utilisant leurs compétences et leurs connaissances pour l'avancement du projet.

### **Lacunes de la documentation scientifique et question spécifique de recherche**

Les récentes études reconnaissent l'intégration des membres d'une équipe comme facteur de succès des projets en général et des professionnels de la santé en particulier pour les projets en santé. Cependant, comme mentionné, il existe des obstacles pouvant empêcher son application, surtout dans le contexte d'équipe de projets. Gauthier et St-Pierre (2012) ont voulu identifier les conditions qui favorisent l'intégration et les conditions améliorant l'efficacité des équipes de projets. Leurs conclusions relèvent qu'il est essentiel de distinguer les caractéristiques propres à chaque participant, c'est-à-dire les besoins de chaque acteur, car chaque professionnel agit selon ses capacités, mais aussi selon les règles et les ressources en lien avec à sa profession. Par la suite, il est essentiel de ne pas ignorer ces caractéristiques et besoins, mais plutôt d'y répondre de manière satisfaisante. Puis, il est indispensable de maintenir les échanges appropriés durant l'exécution du projet. Ces trois conditions améliorent l'efficacité de l'équipe de projets, de ce fait le succès du projet en permettant aux professionnels d'une équipe de projets d'agencer leurs ressemblances et leurs différences pour mieux travailler ensemble.

Certes, les travaux de Gauthier et St-Pierre (2012); Rainville (2016); Suda (2007) soulignent l'importance de la dynamique sociale sous-jacente au processus d'intégration. D'autres chercheurs tels que Emmitt (2010) ont examiné

le rôle de l'intégration dans le contexte de l'interdisciplinarité d'une équipe de projets, quel que soit le projet. Il a relevé que « The majority of the literature promotes a highly positive view of integrated teams, while failing to acknowledge the inherent sociological and psychological challenges » (p.19). Pour l'auteur, il est important d'encourager une parité sociale entre chacun, c'est-à-dire mettre de côté les rivalités entre les professionnels ou établir un compromis entre les acteurs afin d'assurer une bonne intégration. Il est important que les membres de l'équipe de projets discutent des valeurs régissant leurs actions.

For real integration to work there needs to be social parity between actors, which means that professional arrogance, stereotypical views of professionals and issues of status have to be put one side, or confronted. It also means that, in many cases, project teams need to be restructured and the project culture redefined through the early discussion of values, for example by value management exercises (p.20).

D'autre part, Biedenbach et Jacobsson (2016) soulignent l'importance d'aborder l'analyse des valeurs au sein de la gestion de projet, car on y retrouve plusieurs professionnels et associations qui contribuent à son développement. Ainsi, l'identification des valeurs permettra de comprendre les obligations et les actions des parties prenantes impliquées dans le projet, par conséquent améliorer le succès au sein de la profession.

Ce constat s'applique également en santé. Pour assurer une meilleure intégration des équipes des projets en santé, il est important de saisir les valeurs

des professionnels de la santé, car ces valeurs influencent grandement les décisions cliniques. (Moyo *et al.*, 2016). En gestion de projet en général, le rôle des valeurs a été très peu exploré par les chercheurs (Biedenbach et Jacobsson, 2016). De plus, nul n'a encore exploré le compromis entre les systèmes de valeurs comme condition d'intégration au sein des équipes de projets du secteur de la santé.

Nous avons répété plus d'une fois que les facteurs de succès des projets varient selon le contexte des projets. En introduction, nous avons relevé 4 modèles-types de gestion des systèmes de santé montrant qu'ils forment 4 contextes différents au projet et à leur gestion. La majorité des recherches listées au Tableau 5 et portant sur les facteurs de succès des projets se sont faites aux États-Unis. Seuls les travaux de Afzal et Gauthier (2017) et Gauthier et St-Pierre (2012) ont été faits dans un contexte d'assurance-maladie nationale comme modèle-type de gestion de la santé.

Pour toutes ces raisons, nous désirons explorer la réalité des valeurs professionnelles entre les professionnels de la santé et leur impact possible d'exécution d'un projet dans un contexte de type « assurance-maladie nationale ». Le système de santé unit plusieurs professionnels de santé et ils sont obligés de collaborer pour assurer la réussite des projets qui ont comme objectif d'améliorer les soins offerts aux patients. De cette affirmation découle la question

suivante : comment se déploie le compromis entre les valeurs des professionnels de la santé lorsque ceux-ci collaborent à un projet de soins se déroulant au sein d'un système de santé dont le modèle-type de gestion est celui de l'assurance-maladie nationale ?

## CHAPITRE 3 — CADRE CONCEPTUEL

Dans le présent chapitre, nous aborderons le cadre théorique provenant de la sociologie pragmatique, soit la théorie de la justification de Boltanski et Thévenot (1991) qui s'intéresse à la diversité des valeurs et des règles de conduite des individus dans la société, à la justification de leurs actions et au processus permettant l'accord entre les acteurs pour ainsi assurer l'atteinte de l'engagement commun. Tout d'abord, nous décrirons brièvement l'approche de la sociologie pragmatique. Ensuite, nous exposerons le processus que Boltanski et Thévenot (1991) ont utilisé pour développer la théorie de la justification : les économies de la grandeur. Puis, nous présenterons les différentes composantes du cadre conceptuel : les sept mondes, les critiques et les compromis. Enfin, nous terminerons par une courte adaptation à l'objectif de la recherche.



## **La sociologie pragmatique**

La sociologie pragmatique critique est une approche sociologique de plus en plus reconnue dans le domaine des sciences humaines et sociales. Elle a comme objectif de décrire et d'analyser la façon dont les êtres performant dans le monde social (Taupin, 2015). Selon Nachi (2006), cette approche évalue la construction des actions et des relations aux objets, aux institutions, aux valeurs et aux normes. Son utilisation fournit quatre avantages à la compréhension des actions :

(1) elle permet de décrire l'interprétation de la justice ou de l'injustice des acteurs et elle fournit des concepts (ou compétences) avec lesquelles les acteurs doivent se doter pour faire face aux situations critiques ordinaires ; (2) elle base ses analyses sur les points de vue explicites des acteurs en question ; (3) elle donne la possibilité d'étudier les conflits en cherchant à comprendre les processus qui amènent aux conflits ; (4) finalement, elle cherche à repérer comment les individus parviennent à un accord pour ainsi coopérer collectivement (Dromi et Stabler, 2019, pp. 329-330).

Bref, cette approche sociologique permet d'examiner la dynamique et les actions entre les acteurs dans une situation donnée.

## **La théorie de la justification**

La sociologie pragmatique critique a pris son envol grâce aux travaux de Luc Boltanski et Laurent Thévenot. Depuis, plusieurs chercheurs utilisent cette approche lors dans le cadre d'études organisationnelles en *management* (Taupin,

2015). Boltanski et Thévenot (1991) ont développé la théorie de la justification basée sur une représentation de la société divisée en six mondes (*le monde de l'inspiration, le monde domestique, le monde de l'opinion, le monde civique, le monde marchand et le monde industriel*) auxquels Boltanski et Chiapello (2011) ont ajouté le septième soit le *monde des projets*. Chaque monde dispose de valeurs et de principes qui guident les actions des individus appartenant à ce monde. De plus, dans un contexte de collaboration entre plusieurs personnes provenant de différents mondes, ces principes peuvent guider la recherche d'un accord entre individus. Pour construire les mondes, les auteurs ont utilisé le principe d'axiomes. Selon Boucher (2016), un axiome est une proposition reconnue comme juste (indémontrable) et qui est utilisée comme démonstrateur. Boltanski et Thévenot (1991) ont structuré les axiomes dans une succession logique pour assurer leur enchaînement et achèvement. Ainsi, l'axiome qui succède éclaircit la contradiction ou l'insuffisance du précédent. Au total, six axiomes ont été identifiés :

1. Premier axiome : le principe de *commune humanité*, qui permet d'identifier et de regrouper les personnes susceptibles de s'accorder. Concernant cette hypothèse, Boltanski et Thévenot citent : « il pose une forme d'équivalence fondamentale entre ces membres qui appartiennent tous au même titre à l'humanité » (Boltanski et Thévenot, 1991, p. 96).

2. Deuxième axiome : le principe de *dissemblance* qui permet d'exclure les *édens* en stipulant qu'il existe au moins deux états possibles pour les membres d'une cité (Boltanski et Thévenot, 1991, p. 97)
3. Troisième axiome : le principe de commune *dignité* qui permet à tous les membres d'accéder aux différents états équitablement (Boltanski et Thévenot, 1991, p. 98).
4. Quatrième axiome : le principe *d'ordre* qui permet d'ordonner les états, selon une hiérarchie, pour coordonner les actions et les justifications de distributions (Boltanski et Thévenot, 1991, p. 98)
5. Cinquième axiome : la *formule d'investissement* qui articule le coût nécessaire pour accéder à l'état supérieur (Boltanski et Thévenot, 1991, p. 99).
6. Sixième axiome : le principe du *bien commun*, qui allègue que l'état supérieur procure le bonheur commun à tous les membres de la cité (Boltanski et Thévenot, 1991, p. 99)

En plus de ces six éléments constitutifs, Boltanski et Thévenot (1991) ont ajouté deux exigences fondamentales pour supporter leur modèle : « 1) une exigence de commune humanité qui suppose une forme d'identité partagée par toutes les personnes ; 2) une exigence d'ordre sur cette humanité » (p. 101). Subséquemment, les deux auteurs se sont inspirés de plusieurs auteurs pour

construire les cités qui elles généreront les six mondes. Les cités et les auteurs sont représentés dans le tableau 6 tiré de Bérubé (2015).

Tableau 6

*Œuvres retenues par Boltanski et Thévenot pour développer les mondes*

Cité	Auteur	Œuvre
Cité inspirée	Saint Augustin	La cité de Dieu
Cité domestique	J.-B. Bossuet	Discours sur l'histoire universelle ; Politique tirée des propres paroles de l'Écriture sainte
Cité de l'opinion	T. Hobbes	Le Léviatan ; Les éléments du droit naturel et politique
Cité civique	J. J. Rousseau	Le contrat social
Cité marchande	A. Smith	La richesse des nations ; La théorie des sentiments moraux
Cité industrielle	C. H. Saint-Simon	Du système industriel

Ces œuvres ont ainsi permis à Boltanski et Thévenot (1991) d'établir une grille d'analyse des mondes communs. Au total, treize catégories ont été développées telles qu'illustrées dans le Tableau 7.

Tableau 7

*Treize catégories établies par Boltanski et Thévenot (1991) pour développer les mondes<sup>3</sup>*

Catégorie	Description
<i>Principe supérieur commun</i>	Ce principe permet de discerner et évaluer les êtres et les objets entre eux. « Ce principe de coordination, qui caractérise la cité, est une convention constituant l'équivalence entre les êtres. Elle stabilise et généralise une forme de rapprochement » (p.177)
<i>État de grand</i>	Le principe ou l'être le plus important pour la cité, le plus considéré. « La définition des différents états de grandeur repose principalement sur une caractérisation de l'état de grand ». (p.177). « Les grands êtres sont les garants du principe supérieur commun » (p178).
<i>Dignité des personnes</i>	Les êtres s'encouragent dans le bien commun, même humanité. « Les gens partagent une même humanité, exprimée dans une capacité commune à s'élever dans le bien commun » (p. 178).
<i>Répertoire des sujets</i>	On établit les sujets selon leur état de grandeur. « Pour chacun des mondes, on peut dresser une liste, un répertoire des sujets, le plus souvent qualifiés par leur état de grandeur » (p. 178).
<i>Répertoire des objets et des dispositifs</i>	Les objets participent à la détermination de la grandeur. « Lorsque les objets, ou leur combinaison dans des dispositifs plus compliqués sont agencés avec des sujets, dans des situations qui se tiennent, on peut dire qu'ils contribuent à objectiver la grandeur des personnes » (p.179).
<i>Formule d'investissement</i>	Le coût (sacrifice) pour accéder à l'état de grand. « une condition majeure d'équilibre de la cité, puisqu'en liant l'accès à l'état de grand à un sacrifice, elle constitue une économie de la grandeur dans laquelle les bienfaits se trouvent balancés par des charges » (p. 179). « Mais la grandeur suppose aussi le sacrifice des plaisirs particuliers associés à l'état de petit » (p. 179).
<i>Rapport de grandeur</i>	Il précise la relation d'ordonnance. « Le rapport de grandeur spécifie la relation d'ordre entre les états de grandeur en précisant la façon dont l'état de grand, parce qu'il contribue au bien commun, comprend l'état de petit.
<i>Relations naturelles entre les êtres</i>	Relation entre les êtres et les objets selon la grandeur. « Ces relations... doivent s'accorder aux grandeurs des sujets et objets qu'elles unissent selon les rapports d'équivalence et d'ordre que fonde la cité » (p. 180).

<sup>3</sup> Le tableau ainsi que son contenu sont inspirés de :

Bérubé, J. (2015). *La gestion du travail créatif dans les petits agences de publicité situées en périphérie des grandes centres urbains*. HEC Montréal (p.71-72).

Dionne, K. E. (2014). *Les logiques de justification au cours d'une controverse : analyse du cas du conflit étudiant québécois de 2011 et 2012*. HEC Montréal, Montréal.

Mailhot, C. (2004). *Gestion de la recherche: le cas d'un partenariat entreprise-université*. HEC Montréal, Montréal.

Catégorie	Description
<i>Figure harmonieuse de l'ordre naturel</i>	« La relation d'équivalence n'est connue que révélée par une distribution des états de grandeur harmonieuse, c'est-à-dire conforme à la formule d'investissement » (p. 180).
<i>Épreuve modèle</i>	« Une situation qui se tient, préparée pour l'épreuve, dont l'issue est donc incertaine, et dans laquelle un dispositif pur, particulièrement consistant, se trouve engagé » (p. 181).
<i>Mode d'expression du jugement</i>	« Le jugement, qui marque la sanction de l'épreuve, est exprimé différemment. Ce mode d'expression caractérise la forme de manifestation du supérieur commun » (p. 181).
<i>Forme de l'évidence</i>	« La modalité de connaissance propre au monde considéré » (p. 181).
<i>État de petit et déchéance de la cité</i>	Représentent un état déprécié « l'identification cesse d'être possible aux abords du chaos, lorsque les êtres sont en passe de se dénaturer » (p. 181).

## Les sept mondes

Grâce à ces catégories, Boltanski et Thévenot (1991) et Boltanski et Chiapello (2011) ont pu établir une conformité avec sept mondes. Voici un résumé descriptif de chacun monde :

- *Le monde de l'inspiration* est caractérisé par l'importance de la créativité, la singularité et la grâce. Les individus de ce monde sont des êtres ouverts d'esprit et sont à l'aise dans l'informel et l'inconscient (les artistes).
- *Le monde domestique* est caractérisé par l'importance et le respect de la hiérarchie, des traditions et de la réputation. Les relations entre individus (autorité) permettent de déterminer les individus qualifiés et les plus grands.
- *Le monde de l'opinion* est caractérisé par l'importance de l'opinion publique, la gloire et la popularité. L'opinion des autres permet de distinguer les individus comme les plus grands et les plus reconnus (célébrités).

- *Le monde civique* est caractérisé par l'importance de la collectivité, le bien-être collectif. Les individus de ce monde sont égaux et il existe des processus formels (règles) pour permettre à chacun de s'exprimer. On retrouve des individus ayant l'autorité de représenter la collectivité (élus).
- *Le monde marchand* est caractérisé par la présence de la compétitivité (le marché). Le désir des individus de posséder des biens crée par la concurrence. Ainsi, on y retrouve les hommes d'affaires et les millionnaires.
- *Le monde industriel* est caractérisé par le désir de l'efficacité et la performance. Les objets techniques et les méthodes scientifiques règnent dans ce monde. Les individus qualifiés sont des professionnels, des experts et des spécialistes.
- *Le monde des projets* est caractérisé par la présence des outils de connexion dans un monde connecté par un réseau. Les individus joignent leurs forces et créent des liens pour entreprendre des projets.

Maintenant que nous avons fourni un court résumé de chaque monde, voici les sept mondes en fonction des treize catégories de la grille d'analyse ainsi que le vocabulaire identifié par Boltanski et Thévenot (1991) et Boltanski et Chiapello (2011) sous le Tableau 8.

Tableau 8

## Vocabulaire des mondes communs selon (Boltanski et Thévenot, 1991)

Monde commun	Treize catégories Vocabulaire selon le monde
<b>Monde de l'inspiration</b>	<p><u>Principe supérieur commun</u> : (Le jaillissement de l'inspiration) Inspiration.</p> <p><u>État de grand</u> : (Indicible et éthéré) Bizarre, insolite, merveilleux, indicible, inquiétant, passionnant, spontané, émotionnel.</p> <p><u>Dignité des personnes</u> : (L'inquiétude de la création) Amour, passion, créer.</p> <p><u>Répertoire des sujets</u> : (Les illuminés) Esprit, ombre, monstre, fée, je, enfant, femme, fou, artiste.</p> <p><u>Répertoire des objets et des dispositifs</u> : (Le rêve éveillé) Esprit, corps, rêve, inconscient, drogue.</p> <p><u>Formule d'investissement</u> : (L'évasion hors des habitudes) Remettre en question, risque, détour.</p> <p><u>Rapport de grandeur</u> : (La valeur universelle de la singularité) Génie, indépendant.</p> <p><u>Relations naturelles entre les êtres</u> : (L'alchimie des rencontres imprévues) Créer, découvrir, recherche, imaginer, rêver, exploser (faire).</p> <p><u>Figure harmonieuse de l'ordre naturel</u> : (La réalité de l'imaginaire) Imaginaire, inconscient.</p> <p><u>Épreuve modèle</u> : (Le vagabondage de l'esprit) Aventure, quête, voyage mental, cheminement, expérience, vécue.</p> <p><u>Mode d'expression du jugement</u> : (L'éclaire de génie) Illumination, intuition, jaillir, apparaître, chance, bouillonnement, révolution, vertige, dépasser (se), chef-d'œuvre, planer, aura.</p> <p><u>Forme de l'évidence</u> : (La certitude de l'intuition) Fantasma, symbole, signes, analogie, images, mythes.</p> <p><u>État de petit et déchéance de la cité</u> : (La tentation du retour sur terre) Figé, habitude, signes extérieurs, reproducteurs.</p>
<b>Monde domestique</b>	<p><u>Principe supérieur commun</u> : (L'engendrement depuis la tradition) Génération, hiérarchie, tradition</p> <p><u>État de grand</u> : (La supériorité hiérarchique) Bienveillant, bien élevé, avisé, distingué, discret, réservé, confiance (digne de), franc, fidèle.</p> <p><u>Dignité des personnes</u> : (L'aisance de l'habitude) Bon sens, pli, naturel, naturel (le), caractère.</p> <p><u>Répertoire des sujets</u> : (Les supérieurs et les inférieurs) Grands êtres : pères, roi, ascendants, parents, familles, grande personne, chef, patron.</p> <p><u>Répertoire des objets et des dispositifs</u> : (Les règles du savoir-vivre) Bonnes manières, bienséances, rang, titre, demeure, présentation, signature, faire-part, cadeaux, fleurs.</p> <p><u>Formule d'investissement</u> : (Le rejet de l'égoïsme) Serviabilité, devoir (et dette), harmonie.</p> <p><u>Rapport de grandeur</u> : (Respect et responsabilité) Autorité, subordination, respectabilité, honneur, honte.</p> <p><u>Relations naturelles entre les êtres</u> : (Le commerce des gens bien élevés) Reproduire, enfanter, éduquer, inviter, donner, recevoir, rendre, recommander, remercier, respecter.</p> <p><u>Figure harmonieuse de l'ordre naturel</u> : (L'âme du foyer) Maison, famille, milieu, principes, usages, convenances.</p> <p><u>Épreuve modèle</u> : (La cérémonie familiale) Fête, naissance, décès, mariage, mondanité, conversation, distinction, nomination.</p> <p><u>Mode d'expression du jugement</u> : (Savoir accorder sa confiance) Apprécier, féliciter, remontrances, rapporter.</p> <p><u>Forme de l'évidence</u> : (L'anecdote exemplaire) Exemple (donner en), préjugé (le).</p> <p><u>État de petit et déchéance de la cité</u> : (Le laisser-aller du sans-gêne) Impoli, gaffes, apartés, criard, cancanier, histoires (à), indiscret, brouillon, vulgaire, envieux, flatteur, traître.</p>



Monde commun	Treize catégories Vocabulaire selon le monde
<b>Monde de l'opinion</b>	<p><u>Principe supérieur commun</u> : (La réalité de l'opinion) Autres (les), public (grand).</p> <p><u>État de grand</u> : (La célébrité) Réputé, reconnu, visible, succès (avoir du), distinguer (se), persuasif, accrocheur.</p> <p><u>Dignité des personnes</u> : (Le désir d'être reconnu) Amour-propre, considération (désir de).</p> <p><u>Répertoire des sujets</u> : (Les vedettes et leurs supporteurs) Personnalité (une), leader d'opinion, porte-parole, relais, journaliste, attaché de presse.</p> <p><u>Répertoire des objets et des dispositifs</u> : (Des noms dans les médias) Marque, message, émetteur, récepteur, campagne, relations publiques, presse, interview, communiqué, support, brochure, mailing, badge, audio-visuel, ambiance, décor.</p> <p><u>Formule d'investissement</u> : (Le renoncement au secret) Révéler.</p> <p><u>Rapport de grandeur</u> : (Être reconnu et s'identifier) Identification, force.</p> <p><u>Relations naturelles entre les êtres</u> : (La persuasion) Influencer, convaincre, sensibiliser, attirer, séduire, accrocher, percer, capter, lancer, émettre, circuler (faire), propager, promouvoir, orienter, amplifier, parler de, citer.</p> <p><u>Figure harmonieuse de l'ordre naturel</u> : (L'image dans le public) Audience, cible, positionnement</p> <p><u>Épreuve modèle</u> : (La présentation de l'événement) Manifestation, conférence de presse, inauguration, porte ouverte (manifestation).</p> <p><u>Mode d'expression du jugement</u> : (Le jugement de l'opinion) Rumeur, bruit, mode, cote, retentissement, répercussion, justes proportions (réduire à de), mesurer (l'audience).</p> <p><u>Forme de l'évidence</u> : (L'évidence du succès) Connu.</p> <p><u>État de petit et déchéance de la cité</u> : (L'indifférence et la banalité) Méconnu, caché, indifférence (rencontre l'), banal, oublié, image, floue, détériorée, estompée, perdue.</p>
<b>Monde civique</b>	<p><u>Principe supérieur commun</u> : (La prééminence des collectifs) Collectif, tous, volonté (générale).</p> <p><u>État de grand</u> : (Réglementaires et représentatifs) Unitaire, légal, réglementaire, officiel, représentatif, autorisé, titulaire, libre.</p> <p><u>Dignité des personnes</u> : (L'aspiration aux droits civiques) Droits civiques, aspirations politiques, participation</p> <p><u>Répertoire des sujets</u> : (Les personnes collectives et leurs représentants) Collectivités publiques, parti, fédération, section, bureau, comité, élu, représentant, délégué, secrétaire, adhérent.</p> <p><u>Répertoire des objets et des dispositifs</u> : (Les formes légales) Droits, législation, décret, ordonnance, mesure, tribunaux, formalité, procédure, procès-verbal, protocole d'accord, dérogation, capacité (électorale), code, critère, circonscription, liste électorale, programme, orientation, déclaration, affiche, brochure, bulletin, tract, slogan, siège, permanence (une), local (un), sigle, carte.</p> <p><u>Formule d'investissement</u> : (Le renoncement au particulier) Solidarité, dépasser (les divisions), renoncer (à l'intérêt immédiat), lutte.</p> <p><u>Rapport de grandeur</u> : (Les rapports de délégation) Adhésion, représentation, délégation, traduire (les aspirations).</p> <p><u>Relations naturelles entre les êtres</u> : (Le rassemblement pour une action collective) Unifier, mobiliser, rassembler, exclure, adhérer, rallier (se), appel (lancer un), débattre (démocratiquement), parole (prendre la), informer, codifier, légaliser, habiliter, saisir (les tribunaux).</p> <p><u>Figure harmonieuse de l'ordre naturel</u> : (La république démocratique) République, état, démocratie, base, électorat, institutions représentatives, parlement.</p> <p><u>Épreuve modèle</u> : (La manifestation pour une juste cause) Assemblée, congrès, conseil, réunion, session, mouvement, présence (manifestez-la), litige, recours, justice (demander).</p> <p><u>Mode d'expression du jugement</u> : (Le verdict du scrutin) Vote, élection, consultation, mobilisation, cause (se rallier à une), conscience (prise de).</p> <p><u>Forme de l'évidence</u> : (Le texte de loi) Loi (la), règles juridiques, statuts.</p>

Monde commun	Treize catégories Vocabulaire selon le monde
	<p><u>État de petit et déchéance de la cité</u> : (La division) Divisé, minoritaire, particulier, isolé, coupé (de la base), individualisme, déviation, catégoriel, irrégulier, arbitraire, annulé, déchu.</p>
Monde marchand	<p><u>Principe supérieur commun</u> : (La concurrence) Rivalité, compétition</p> <p><u>État de grand</u> : (Désirable) Valeur (de), vendable, millionnaire, gagneur.</p> <p><u>Dignité des personnes</u> : (L'intérêt) Amour (des choses), désir, égoïsme.</p> <p><u>Répertoire des sujets</u> : (Les concurrents) Homme (d'affaires), vendeur, client, acheteur, indépendant (travailleur).</p> <p><u>Répertoire des objets et des dispositifs</u> : (Richesse) Objet (de luxe).</p> <p><u>Formule d'investissement</u> : (Opportunisme) Liberté, ouverture, attention aux autres, sympathie, détachement, distance (émotionnelle), recul (prendre du).</p> <p><u>Rapport de grandeur</u> : Posséder</p> <p><u>Relations naturelles entre les êtres</u> : (Intéresser) Acheter, procurer (se), vendre, affaires (être en affaire avec), négociier, parti (tirer parti), monnayer, payer, rivaliser.</p> <p><u>Figure harmonieuse de l'ordre naturel</u> : Marché</p> <p><u>Épreuve modèle</u> : Affaire réglée, dans le sac, marché conclu.</p> <p><u>Mode d'expression du jugement</u> : (Prix) Valeur (justifiée, raisonnable, vraie).</p> <p><u>Forme de l'évidence</u> : (Argent) Bénéfice, résultat, rétribution.</p> <p><u>État de petit et déchéance de la cité</u> : Servitude de l'argent</p>
Monde industriel	<p><u>Principe supérieur commun</u> : (L'efficacité) Performance, avenir</p> <p><u>État de grand</u> : (Performant) Fonctionnel, fiable, opérationnel.</p> <p><u>Dignité des personnes</u> : (Le travail) Énergie</p> <p><u>Répertoire des sujets</u> : (Professionnels) Expert, spécialiste, responsable, opérateur.</p> <p><u>Répertoire des objets et des dispositifs</u> : (Les moyens) Outil, ressource, méthode, tâche, espace, environnement, axe, direction, dimension, critère, définition, liste, graphique, schéma, calendrier, plan, objectif, quantité, variable, série, moyenne, probabilité, norme, facteur, cause.</p> <p><u>Formule d'investissement</u> : (Progrès) Investissement, dynamique.</p> <p><u>Rapport de grandeur</u> : Maîtriser</p> <p><u>Relations naturelles entre les êtres</u> : (Fonctionner) Mettre en œuvre, engrenage (liaison d'), fonction (être fonction de), rouage, interagir, besoin (avoir), conditionner, nécessaire (relation), intégrer, organiser, contrôler, stabiliser, ordonnancer, prévoir, implanter, adapter, détecter, analyser, compte (prendre en), déterminer, évidence (mettre en), mesurer, formaliser, standardiser, optimiser, résoudre, traiter.</p> <p><u>Figure harmonieuse de l'ordre naturel</u> : (Organisation) Système</p> <p><u>Épreuve modèle</u> : (Test) Lancement, mise en route, mise en œuvre, réalisation.</p> <p><u>Mode d'expression du jugement</u> : (Effectif) Correct, en ordre de marche, fonctionnant.</p> <p><u>Forme de l'évidence</u> : Mesure</p> <p><u>État de petit et déchéance de la cité</u> : (L'action instrumentale) Traiter les gens comme des choses.</p>

Monde commun	Treize catégories Vocabulaire selon le monde
<b>Monde des projets</b>	<p><u>Principe supérieur commun</u> : L'activité, les projets, l'extension du réseau, la prolifération des liens</p> <p><u>État de grand</u> : (Engagé, engagement, mobile) Enthousiaste, impliqué, flexibilité, adaptable, polyvalent, évolutif, employable, autonome, non prescrit, sait engager les autres, à l'écoute, tolérant, employabilité (donne de l').</p> <p><u>Dignité des personnes</u> : (Le besoin de se lier) Besoin de se lier.</p> <p><u>Répertoire des sujets</u> : (Médiateur, chef de projet) Coach, expert, client, fournisseur, innovateur.</p> <p><u>Répertoire des objets et des dispositifs</u> : (Tous les instruments de connexion) Technologies, nouvelles, relations informelles, relations de confiance, partenariat, accord, alliance, sous-traitance, réseaux d'entreprise, entreprises en réseau, maille, boucle, synapses, neurones, projets.</p> <p><u>Formule d'investissement</u> : (Adaptabilité) Légèreté, flexibilité, tolérance, location.</p> <p><u>Rapport de grandeur</u> : (Redistribution des connexions) Mettre en contact, redistribuer l'information, insérer dans des réseaux, donner de l'employabilité.</p> <p><u>Relations naturelles entre les êtres</u> : (La connexion) Connecter, communiquer, se coordonner, s'ajuster aux autres, faire confiance.</p> <p><u>Figure harmonieuse de l'ordre naturel</u> : Le réseau</p> <p><u>Épreuve modèle</u> : (La fin d'un projet et le début d'un autre) La fin d'un projet et le début d'un autre.</p> <p><u>Mode d'expression du jugement</u> : (Être appelé à participer) Insérer, faire participer, parler de, éviter, tenir à l'écart, ignorer, rejeter, exclure.</p> <p><u>Forme de l'évidence</u> : -</p> <p><u>État de petit et déchéance de la cité</u> : (Inengageable, fermeture du réseau) Inadaptable, n'inspire pas confiance, autoritaire, rigide, intolérant, immobile, local, enraciné, attaché, statut (a un), sécurité (préfère-la). Corruption, privilèges, favoritisme, mafias.</p>

## Les critiques

Les travaux de Boltanski et Thévenot (1991) ont divisé la société en six mondes. Boltanski et Chiapello (2011) y ont joint le monde des projets. Cependant, aucun monde n'évolue en étant écarté des autres dans un système social donné. Boltanski et Thévenot (1991) se sont intéressés aux questions suivantes : « *Qu'en est-il des personnes et des choses relevant de mondes différents se présentent ensemble devant l'épreuve ? Et comment s'établit, plus généralement, la relation entre différents mondes ? (p.265)* » Pour les auteurs, comme les individus sont confrontés par des situations provenant des autres mondes, ils doivent être en mesure de les identifier et s'y ajuster. Le processus de confrontation entre deux mondes engendre le principe de la critique.

Tout d'abord, chaque monde accepte une épreuve modèle, comme illustré dans le tableau 9. Ceci consiste à un grand moment durant lequel un dispositif pur se trouve engagé dont l'issue apparaît incertaine. Sous le contexte où il n'y a pas d'interaction entre les mondes, il existe des ressources à l'intérieur du même monde pour surmonter cette épreuve. (Boltanski et Thévenot, 1991, p. 181). Cependant, selon Boltanski et Thévenot (1991), lorsqu'il n'y a pas d'accord dans le contexte d'une épreuve modèle ou il y a interaction entre deux mondes, on aperçoit *l'opération de dévoilement*. Selon ce principe, on cherche à identifier les sujets étrangers. Ces derniers sujets peuvent s'avérer sporadiques dans

l'épreuve et agir comme simple facteur de contingence (*machin*). Ils peuvent aussi constituer un élément ayant plus ou moins la capacité d'influencer l'épreuve (*distrayant*). En ayant l'occasion d'admettre qu'il existe d'autres mondes, les auteurs distinguent deux types d'épreuves : « La connaissance de ces mondes permet de contester la validité de l'épreuve en montrant qu'elle est affectée par la présence d'êtres d'une autre nature ou parce que les objets du monde dont elle relève font défaut » (p. 270). Dans le contexte où il y a présence d'êtres d'une autre nature, il est possible que les deux mondes n'arrivent pas à un accord. En conséquence, il y aura l'instauration d'un *différend*. Boltanski et Thévenot (1991) relèvent que :

« Dans le différend, le désaccord portera donc non seulement sur la grandeur des êtres en présence, mais sur l'identification même des êtres qui importent et des êtres sans importance et, par là, sur la vraie nature de la situation, sur la "réalité" et sur le bien commun auquel il peut faire référence pour réaliser l'accord. La visée ne sera donc plus de refaire l'épreuve de façon à ce qu'elle devienne plus pure ou plus juste en éliminant les privilèges et en neutralisant les handicaps. Plutôt, on visera à démystifier l'épreuve pour placer les choses sur leur vrai terrain et instaurer une autre épreuve valide dans un monde différent » (Boltanski et Thévenot, 1991, pp. 275-276).

Comme mentionné, selon Boltanski et Thévenot (1991), les individus évoluent dans les sociétés où les mondes se mélangent. L'agencement de deux mondes peut générer des désaccords ou l'incompatibilité entre les mondes. Les auteurs ont ainsi développé une critique de chaque monde envers les autres mondes. De ce fait, il est donc important de différencier les critiques mutuelles

des mondes. Le Tableau 9 résume les principales critiques par Boltanski et Chiapello (2011); Boltanski et Thévenot (1991).

Tableau 9

*Critiques entre les mondes*

CRITIQUE DEPUIS LE						
MONDE DE L'INSPIRATION	MONDE DOMESTIQUE	MONDE DE L'OPINION	MONDE CIVIQUE	MONDE MARCHAND	MONDE INDUSTRIEL	MONDE DES PROJETS
VERS LE						
<u>MONDE DOMESTIQUE</u>	<u>MONDE DE L'INSPIRATION</u>	<u>MONDE DE L'INSPIRATION</u>	<u>MONDE DE L'INSPIRATION</u>	<u>MONDE DE L'INSPIRATION</u>	<u>MONDE DE L'INSPIRATION</u>	<u>MONDE DE L'INSPIRATION</u>
Ce qui est stable et figé est dévalué ; l'habitude s'oppose ainsi à l'originalité ; les créateurs doivent de même être capables de remettre en cause les maîtres.	Le laisser-aller ; son caractère instable et par sa méconnaissance des états gradués en grandeur, vient déranger les agencements hiérarchiques et coutumiers qu'elle plonge dans le désordre.	La fausse profondeur ; l'inspiration est critiquée comme folie parce qu'elle est assimilée... à une opinion singulière qui pourrait aveugler l'opinion d'autrui.	L'inspiration est donc source de déviations parce qu'elle défait la grandeur des personnes collectives en les dissolvant dans le particulier.	Le sang-froid dans les affaires ; la distance émotionnelle, le contrôle des émotions sont des conditions nécessaires pour saisir les occasions et faire des affaires, sans se laisser aveugler par ses sentiments impulsifs et faire n'importe quoi.	Le gâchis de l'improvisation ; l'intrusion d'événement imprévu, qu'implique le geste inspiré de l'inventeur, est risquée pour le fonctionnement de l'ordre industriel.	La créativité est une fonction du nombre et de la qualité des liens.

CRITIQUE DEPUIS LE						
MONDE DE L'INSPIRATION	MONDE DOMESTIQUE	MONDE DE L'OPINION	MONDE CIVIQUE	MONDE MARCHAND	MONDE INDUSTRIEL	MONDE DES PROJETS
VERS LE						
<u>MONDE DE L'OPINION</u>	<u>MONDE DE L'OPINION</u>	<u>MONDE DOMESTIQUE</u>	<u>MONDE DOMESTIQUE</u>	<u>MONDE DOMESTIQUE</u>	<u>MONDE DOMESTIQUE</u>	<u>MONDE DOMESTIQUE</u>
Accorder de l'importance à l'opinion entraîne discordes et rivalités personnelles, qui font taire l'imagination.	La supériorité réelle est opposée au paraître des simulacres mondains, à l'arrivisme.	Renoncer aux habitudes de secret ; le secret domestique, le caché est critiqué au même titre que l'ésotérisme inspiré.	Vaincre le paternalisme ; l'autorité domestique, dénoncée comme autoritarisme, est rejetée parce qu'elle subordonne le destin de tous aux décisions d'un seul.	Se libérer des relations personnelles ; les traditions, les préjugés, les routines ne sont que des freins qui empêchent le développement de relations marchandes opportunistes.	L'ancien est dépassé ; le traditionnel est peu évolué, c'est le Moyen Âge.	Les relations personnelles sont largement prédéfinies selon les propriétés attachées aux personnes.
<u>MONDE CIVIQUE</u>	<u>MONDE CIVIQUE</u>	<u>MONDE CIVIQUE</u>	<u>MONDE DE L'OPINION</u>	<u>MONDE DE L'OPINION</u>	<u>MONDE DE L'OPINION</u>	<u>MONDE DE L'OPINION</u>
Rapports juridico-économiques qui nous contraignent et nous étouffent et qui s'opposent à la chaleur des rapports d'affectivité, depuis longtemps oubliés.	L'irresponsabilité de Monsieur-tout-le-monde ; ces associations d'étrangers de la même famille que l'on nous prépare pour l'avenir n'ont rien de très engageant.	Absence de l'intérêt aux plus connus ; primauté du collectif. <sup>4</sup>	L'opinion, dans le monde du renom et dans le monde civique, diffère : le suffrage qui, dans le monde civique, se sert de l'opinion d'individus indépendants pour donner une expression de la volonté générale attachée au collectif en tant que tel, s'oppose à l'opinion publique constituée comme la convergence des adhésions de personnes	Les méfaits de la spéculation.	Manque de rationalité face au renom et aux modes. <sup>5</sup>	Les communications de masse.

<sup>4</sup> Botlanski et Thévenot n'ont pas établi la critique du monde de l'opinion vers le monde civique. Nous l'avons obtenu de : Bérubé, J. (2015). *La gestion du travail créatif dans les petits agences de publicité situées en périphérie des grandes centres urbains*. HEC Montréal (p.81).

<sup>5</sup> Botlanski et Thévenot n'ont pas établi la critique du monde industriel vers le monde de l'opinion. Nous l'avons obtenu de : Bérubé, J. (2015). *La gestion du travail créatif dans les petits agences de publicité situées en périphérie des grandes centres urbains*. HEC Montréal (p.82).



CRITIQUE DEPUIS LE						
MONDE DE L'INSPIRATION	MONDE DOMESTIQUE	MONDE DE L'OPINION	MONDE CIVIQUE	MONDE MARCHAND	MONDE INDUSTRIEL	MONDE DES PROJETS
VERS LE						
			soumises à l'influence des autres.			
<b><u>MONDE MARCHAND</u></b>  La créativité elle-même n'est pas un produit commercial et les marchands de créativité font n'importe quoi pour séduire.	<b><u>MONDE MARCHAND</u></b>  Tout ne s'achète pas ; l'argent nuit aux relations entre proches.	<b><u>MONDE MARCHAND</u></b>  La publicité intéressée ; le but de la publicité et de la promotion (qui est) essentiellement de vendre au but de relations publiques qui est d'informer le consommateur, d'attirer son attention.	<b><u>MONDE MARCHAND</u></b>  L'égoïsme des possédants ; l'individualisme marchand.	<b><u>MONDE CIVIQUE</u></b>  Le blocage par l'action collective ; l'action, dans le monde marchand, est une affaire privée ; les affaires se traitent en face à face et les dispositions de groupe sont critiquées.	<b><u>MONDE CIVIQUE</u></b>  L'inefficacité des procédures administratives ; les coûts d'une politique sociale.	<b><u>MONDE CIVIQUE</u></b>  Solidarité du groupe et absence de l'intérêt individuel. <sup>6</sup>
<b><u>MONDE INDUSTRIEL</u></b>  La rigidité des routines ; l'habitude et la routine qui, par leur inscription temporelle, étouffent le jaillissement inspiré ; méthodes et des savoir-faire bien installés qu'ils font obstacle à la spontanéité créatrice.	<b><u>MONDE INDUSTRIEL</u></b>  La mauvaise qualité des produits standard ; faire du volume, faire du rendement empêche que les relations domestiques ne garantissent la qualité de ce qui provient des ressources de cette nature.	<b><u>MONDE INDUSTRIEL</u></b>  L'ésotérisme du spécialiste ; la fermeture et l'ésotérisme du spécialiste qui ne sait pas assurer un écho de ses travaux dans l'opinion.	<b><u>MONDE INDUSTRIEL</u></b>  Éviter la bureaucratization.	<b><u>MONDE INDUSTRIEL</u></b>  La rigidité des outils et méthodes ; tous ces objets perturbent le monde marchand et menacent de faire oublier au sujet marchand sa dignité, c'est-à-dire son intérêt à s'enrichir.	<b><u>MONDE MARCHAND</u></b>  Le produit de luxe inutile ; le prix injustifié ; les critiques de la consommation ostentatoire de produits de luxe, cher, mais peu utiles ne satisfaisant pas des besoins réels.	<b><u>MONDE MARCHAND</u></b>  Absence de la collaboration entre parties prenantes, manque de relation.

<sup>6</sup> Botlanski et Thévenot n'ont pas établi la critique du monde des projets vers le monde Civique. Nous l'avons obtenu de : Bérubé, J. (2015). *La gestion du travail créatif dans les petites agences de publicité situées en périphérie des grandes centres urbains*. HEC Montréal (p.82).

CRITIQUE DEPUIS LE						
MONDE DE L'INSPIRATION	MONDE DOMESTIQUE	MONDE DE L'OPINION	MONDE CIVIQUE	MONDE MARCHAND	MONDE INDUSTRIEL	MONDE DES PROJETS
VERS LE						
<u>MONDE DES PROJETS</u>	<u>MONDE DES PROJETS</u>	<u>MONDE DES PROJETS</u>	<u>MONDE DES PROJETS</u>	<u>MONDE DES PROJETS</u>	<u>MONDE DES PROJETS</u>	<u>MONDE INDUSTRIEL</u>
Les personnes sont créatives quand elles sont séparées des autres, retirées en quelque sorte en elles-mêmes, dans leur intériorité, seul lieu authentique.	Considérée de façon superficielle ; la restriction des libertés du modèle familial ; instabilité.	Le manque de transparence.	Accent mis sur le bien-être de l'individu. <sup>7</sup>	Manque de transparence du réseau, l'information n'est pas disponible pour tous.	Les éléments de personnalité, les qualités de communication, d'écoute et d'ouverture aux différences comptent donc plus que l'efficacité mesurée.	Rigidité des outils et méthodes ; les personnes sont appelées à se déplacer, à frayer elles-mêmes les liens qu'elles utilisent dans leur travail, qui ne peuvent par définition être préétabli, et à se défier de toute structure et de tout poste prédestinée qui risqueraient de les enfermer.

<sup>7</sup> Botlanski et Thévenot n'ont pas établi la critique du monde de civique vers le monde des projets. Nous l'avons obtenu de : Bérubé, J. (2015). *La gestion du travail créatif dans les petits agences de publicité situées en périphérie des grandes centres urbains*. HEC Montréal (p.81).

La critique d'un monde vers un autre monde mène à un désaccord menant à trois éventualités : la dominance, l'accord temporaire ou le compromis. Tout d'abord, la relation de dominance s'exerce lorsque les principes d'un monde sont écartés ou rejetés par l'autre monde, le plus dominant dans la situation. Ainsi, le principe d'accord entre les deux mondes est atteint, car tous les acteurs de deux mondes adhèrent aux principes qui priment. Cette éventualité n'est pas privilégiée, car l'accord est formé aux dépens des autres. Ensuite, il est possible que deux mondes arrivent à un accord ou un arrangement temporaire. Cet accord permet aux deux mondes de trouver un arrangement spécifique tout en reconnaissant les désaccords ou les différends de deux mondes. Les acteurs ne peuvent pas faire appel à cet accord dans d'autres contextes. Finalement, l'éventualité du compromis qui permet de former un accord plus durable — mais étant tout de même temporaire — et qui vise le bien commun.

### **Les compromis**

Il est plus fréquent de retrouver une relation entre deux mondes. Boltanski et Thévenot (1991) mentionnent qu'il est normal de rechercher le bien commun, plus précisément sous forme d'un compromis. Pour les auteurs, le processus de compromis implique de suspendre les différences sans les régler pour trouver un accord qui permettra de travailler au bien commun. Incluant donc le bien des parties prenantes impliquées, mais aussi le bien de ceux qui ne sont pas

directement affectés par ce même accord. Cependant, le processus de compromis demeure fragile, car il ne permet pas de structurer les personnes selon une grandeur propre. Pour Boltanski et Thévenot (1991), « une façon de durcir le compromis est de mettre au service du bien commun des objets composés d'éléments relevant de différents mondes et de les doter d'une identité propre en sorte que leur forme soit plus reconnaissable si on leur soustrait l'un ou l'autre des éléments d'origine disparate dont ils sont constitués » (p.339). De là, Boltanski et Thévenot (1991) et Boltanski et Chiapello (2011) présentent des compromis entre chacun des mondes, tel illustré au Tableau 10.

Tableau 10

*Compromis entre les mondes selon Boltanski et Thévenot (1991) et Boltanski et Chiapello (2011)*

	Monde domestique	Monde de l'opinion	Monde civique	Monde marchand	Monde industriel	Monde des projets
Monde de l'inspiration	<p>La relation initiatique de maître à disciple ; la proximité des corps, la permanence du contact prolongé sur une longue durée, la remise complète de soi, le partage des émotions et des affects, la monotonie du chant, de la récitation ou de la psalmodie, la répétition qui entraîne la formation d'habitudes incorporées, rendent possible la transmission et l'intériorisation d'une connaissance très difficile à transporter par la seule voie de l'écrit ou même plus simplement par la parole.</p>	<p>Hystérie des admirateurs ; les personnes y perdent une individualité nécessaire dans le monde de l'opinion pour donner ou recevoir du crédit ; c'est cet état de confusion inspirée avec la vedette auquel s'abandonne la masse idolâtre des admirateurs.</p>	<p>L'homme révolté ; l'exigence de remise en cause qui est commune aux mondes inspiré et civique, favorise les passages et les compromis entre ces deux mondes ; le geste de protestation ; le génie collectif</p>	<p>Le marché créatif ; la force du désir ardent qui fait réussir dans les affaires</p>	<p>La passion du travail rigoureux ; l'homme est intuitif, affectif, et l'efficacité de l'organisation est fonction de cet homme ; les techniques de créativité ; l'inventeur ;</p>	<p>La charge de l'innovation étant répartie entre des acteurs différents, en sorte qu'il serait maiséant, dans le cadre de cette cité, de chercher à trop préciser la responsabilité spécifique de chacun dans le processus d'innovation</p>
Monde domestique		<p>Entretenir de bons contacts ; la réception est donnée pour un moyen de se faire des relations en côtoyant des personnes importantes ; des compromis avec des êtres du monde domestique sont ébauchés dès que l'opinion est reliée à une relation personnelle, à un contact entretenu à un réseau de relations.</p>	<p>La correction envers les fonctionnaires ; en traitant dans le registre des relations personnelles, celui des bonnes manières et du savoir-vivre ; le bon sens dans l'application des règlements</p>	<p>La confiance dans les affaires ; la personnalisation des relations avec les clients, la vente de biens ou services, sur mesure passe par un tel compromis, de même que les marchés domestiques ou concertés ; le service sur mesure</p>	<p>L'esprit et le savoir-faire maison, l'efficacité des bonnes habitudes ; la compétence de l'homme de métier ; la qualité traditionnelle ; la responsabilité du chef.</p>	<p>Un fort accent mis sur les relations personnelles, le face-à-face, la confiance, notamment dans les relations de travail ; mieux vaut un univers familial bien construit.</p>

	Monde domestique	Monde de l'opinion	Monde civique	Monde marchand	Monde industriel	Monde des projets
Monde de l'opinion			Toucher l'opinion publique ; mettre son nom au service d'une cause ; faire une campagne d'adhésion ;	L'image de marque ; l'auteur s'emploie donc à faire affaire avec des noms connus ;	Les méthodes pour implanter une image ; une opinion objective ; la mesure de l'opinion ;	Réputation individuelle ; mémoire publique
Monde civique				Les affaires au service de la collectivité <sup>8</sup>	Les droits des travailleurs ; l'unité de tous, au groupe, à la solidarité collective et à une fonction d'utilité, à des capacités productives ; des méthodes efficaces de mobilisation, l'accroissement de productivité des travailleurs motivés ; le travail en groupe ; avec tous, mieux produire ; l'efficacité du service public	Les liens entre les collectifs <sup>9</sup>
Monde marchand					Un produit vendable ; la maîtrise de la demande ; les méthodes pour faire des affaires ; la mise en œuvre de méthodes rationnelles, d'accroître l'efficacité et la productivité des vendeurs	Il importe qu'une relation de confiance s'établisse entre le vendeur et l'acheteur ; l'arme de l'acheteur pour engager le vendeur à être digne de confiance est la réputation ; une relation faite d'un mélange de coopération et de compétition.
Monde industriel						Les personnes s'auto-organisent, inventent des règles locales sans que celles-ci ne puissent être totalisées et rationalisées globalement par un éventuel bureau d'organisation.

<sup>8</sup> Boltanski et Thévenot (1991) n'ont pas proposé le compromis entre le monde civique et le monde marchand. Nous l'avons obtenu de Bérubé, J. (2015). *La gestion du travail créatif dans les petits agences de publicité situées en périphérie des grandes centres urbains* HEC Montréal].

<sup>9</sup> Boltanski et Chiappello (2011) n'ont pas proposé le compromis entre le monde civique et le monde des projets. Nous l'avons obtenu de ibid.

## **Adaptation à l'objectif de la recherche**

Selon Giauque (2002), le contexte économique actuel pousse les organisations à privilégier la participation active de tous les acteurs afin d'assurer une meilleure productivité. Cette collaboration entre les acteurs est influencée par les valeurs et les normes collectives. Toujours selon Giauque (2002), les individus ayant les particularités communes ont tendance à faire appel à ces dernières pour mieux collaborer.

Subséquentement, la théorie des économies de la grandeur observe la collaboration des acteurs en se référant aux mondes dans lesquels on retrouve des grammaires qui dirigent les actions et les comportements des individus. Daudigeos et Valiorgue (2018) soulignent que ce cadre théorique permet de classifier les parties prenantes des organisations dans divers mondes pour ainsi examiner la cause des conflits et le processus permettant la formation d'un accord ou d'un compromis pour le bien commun. Par conséquent, plusieurs chercheurs et organisations reconnaissent que les travaux de Boltanski et Thévenot sont essentiels à la compréhension des actions des parties prenantes dans le contexte de collaboration (Baba, 2016; Bérubé et Gauthier, 2017; Cloutier et Langley, 2013; Dionne, 2014; Labelle, 2006).

Comme mentionné précédemment, le secteur de la santé se projectifie et la gestion de projet prend de plus en plus de place. La réalisation de ces projets de santé requiert le travail collectif de plusieurs professionnels de la santé. Gauthier et St-Pierre (2012) concluent que l'intégration des équipes de projet, une des conditions de succès des projets dans le secteur de la santé, est atteinte lorsque les ressemblances et les différences des parties prenantes sont agencées. Ainsi, il est essentiel d'examiner et de comprendre la dynamique sociale lorsqu'ils collaborent. Selon Bayad *et al.* (2002), les organisations du secteur de la santé telles que les hôpitaux représentent un endroit où les différentes cités sont représentées. De la sorte, ce cadre conceptuel permettant d'associer les valeurs de divers professionnels aux mondes pour ainsi analyser les processus de désaccords et de compromis possibles. Le regroupement de plusieurs professionnels de diverses disciplines peut ainsi engendrer un désaccord. Il est donc nécessaire d'étudier les conditions d'intégration des équipes de projets du secteur pour ainsi améliorer le succès des projets. De la sorte, le cadre conceptuel de Boltanski et Thévenot permet de saisir les valeurs des professionnels de la santé et de mieux comprendre comment se déploie le compromis entre les valeurs des professionnels lorsqu'ils collaborent dans un contexte de projet de soins.

Enfin l'emploi de Boltanski et Thévenot en gestion de projet titre sa pertinence du fait que, selon Barondeau et Hobbs (2019), la théorie de la



justification peut aider les professionnels de la gestion de projet dans la gestion de projets complexes, et ce, de trois manières : tout d'abord, le cadre présente un monde (le monde des projets) qui représente les valeurs et les compétences de la profession. Ensuite, le cadre peut permettre aux gestionnaires d'identifier et de comprendre la complexité des conflits entre les parties prenantes. Ainsi, ils seraient en mesure de comprendre la justification et la critique des acteurs grâce aux mondes. Finalement, le cadre permet non seulement de reconnaître les conflits, mais d'identifier les moyens pour résoudre ces conflits à travers les compromis pour le bien des projets. Bref, de plus en plus d'industries et les organisations se projectifient. Le cadre théorique de Boltanski et Thévenot (1991) permet à ces dernières de mieux comprendre les interactions entre les acteurs impliqués dans le projet pour ainsi améliorer leur engagement.

## CHAPITRE 4 — MÉTHODOLOGIE

Maintenant que nous avons discuté du cadre théorique, dans le présent chapitre, nous exposons la méthodologie de recherche qui sera utilisée pour examiner et comprendre les valeurs et les pratiques ; les tensions ainsi que le compromis que peuvent adopter les professionnels de la santé lorsqu'ils participent aux projets de soins pour assurer une saine collaboration et le succès de ces derniers. Dans un premier temps, nous présenterons notre stratégie de recherche ainsi que notre stratégie d'échantillonnage. Ensuite, nous discuterons de la méthode de collecte des données. Puis, nous conclurons le chapitre avec les considérations éthiques et une description de l'analyse des données.

## **Stratégie de recherche**

Généralement, les travaux de recherche en sciences administratives sont guidés par deux principaux courants méthodologiques : la méthodologie quantitative et la méthodologie qualitative. La méthode quantitative permet de recueillir des données sous une forme numérique (les statistiques). Quant à la méthode qualitative, elle s'intéresse à la cueillette de l'information sous une forme d'images, de vidéos, d'audio, de textes plutôt que des données avec unité de mesure (Bryman et Bell, 2015). Selon Lowhorn (2007), l'approche quantitative permet de décrire un événement ou une situation dans son état naturel. C'est une façon d'examiner la vie telle qu'elle est vécue pour ainsi tenter de trouver une compréhension. À cet effet, nous avons adopté l'approche qualitative, car elle nous permettra de saisir les valeurs et les pratiques des professionnels de la santé dans le contexte précis des projets cliniques. Ainsi, nous serons en mesure de mieux comprendre les comportements qu'adoptent les professionnels de la santé dans ce contexte.

Par ailleurs, la méthode qualitative gagne de l'importance au niveau des recherches dans le secteur de la santé. Kohn et Christiaens (2014) affirment que les méthodes de recherches qualitatives permettent de saisir les besoins des usagers et prestataires des soins pour ensuite formuler de meilleures recommandations qui permettront l'amélioration des systèmes de santé. Pour sa part, Holloway (2005) souligne que l'importance que les professionnels de la

santé accordent à leur pratique ne peut être circonscrite que par l'approche qualitative puisque cette dernière fonde ses démarches sur les interactions entre les chercheurs et les professionnels de la santé. Les raisonnements d'un comportement particulier ne peuvent être compris que si on interroge les professionnels à ce sujet. Par conséquent, les politiques visant à modifier les comportements des professionnels de la santé en matière de service de santé ne peuvent être efficaces que si les raisons de ce comportement sont clairement comprises. C'est ainsi que certains auteurs avancent que la recherche qualitative permet d'améliorer la compréhension des interactions sociales et les attitudes entre professionnels de la santé pour ensuite changer la façon dont les services de santé sont livrés (Al-Busaidi, 2008; Sinuff *et al.*, 2007). Enfin Pickler (2007) conclut que les études qualitatives permettent la compréhension des expériences humaines reliées à la santé et aux maladies. Bref, l'approche qualitative joue un rôle clé dans la compréhension de certains comportements des diverses parties prenantes du secteur de la santé. Ainsi, la collecte des données qualitatives nous aidera à comprendre comment se déploie le compromis entre les valeurs et les pratiques des professionnels de la santé lorsqu'ils collaborent dans un projet clinique.

Selon Bryman et Bell (2015), il existe cinq stratégies de recherche. Chacune de ces stratégies de recherche peut prendre l'orientation quantitative ou qualitative. Pour les raisons explicitées plus haut, nous allons nous appesantir sur

les décisions qualitatives des cinq stratégies de recherche selon Bryman et Bell (2015) :

- L'expérimentation qualitative : le chercheur utilise diverses techniques pour analyser certains phénomènes sociaux.
- L'étude transversale qualitative : le chercheur analyse de données provenant d'une population sur une période donnée.
- L'étude longitudinale qualitative : le chercheur rencontre les participants ou des groupes plus d'une fois durant l'étude ;
- L'étude de cas qualitative : le chercheur rencontre les participants ou des groupes pour discuter d'un cas particulier, soit par exemple une organisation ;
- L'étude comparée qualitative : le chercheur rencontre les participants ou des groupes pour discuter de plus d'un cas.

Dans le cadre de ce mémoire, nous retenons l'étude transversale que le plus souvent nous nommons l'enquête, car nous souhaitons découvrir, lors d'une seule interaction avec chacun de nos participants, les valeurs et les pratiques de chacun. Nous nous intéressons au point de vue de chaque professionnel tout en recherchant des détails importants qui nous permettront de saisir les pratiques et les valeurs des professions dans le contexte de projets.

Selon Brinkmann et Kvale (2015), l'enquête qualitative a comme objectif de comprendre, pour un moment donné, le monde selon le point de vue de chaque participant et de découvrir la signification des expériences vécues par

les participants. Grâce à l'interaction entre les chercheurs et les participants, cette stratégie permet de produire de l'information qualitative pouvant permettre de saisir les actions des individus dans un contexte donné pour ainsi aboutir à comprendre comment chacun justifie ses actions. À cet effet, nous avons adapté l'enquête comme stratégie de recherche,

### **Stratégie d'échantillonnage**

Selon Bryman et Bell (2015), il existe plusieurs stratégies d'échantillonnage dans le cadre d'une recherche qualitative. Malgré tout, une grande majorité d'études qualitatives adoptent l'échantillonnage dirigé comme stratégie de recherche. Cette stratégie d'échantillonnage ne cible pas la représentativité des caractéristiques d'un échantillon par rapport aux caractéristiques d'une population. L'échantillonnage est constitué de participants qui ont un apport riche en informations par rapport à la question ou à l'objectif spécifique de la recherche. Autrement dit, par leur expérience, les participants vont permettre au chercheur de mieux comprendre les tenants et aboutissants du phénomène étudié. À cet effet, nous avons adopté l'échantillonnage dirigé, car nous recherchons des professionnels de la santé pouvant fournir des détails pertinents à l'examen des valeurs et pratiques dans le contexte des projets cliniques. Par exemple, les participants n'ayant pas de l'expérience avec la gestion de projet dans le contexte multidisciplinaire pourraient fournir des détails

limités concernant leurs interactions avec les autres membres de l'équipe de projet. Comme il a été mentionné plus haut, il est important que la recherche en gestion de projet examine les projets en lien avec la mission primaire du secteur, c'est-à-dire améliorer la santé de la population. Ainsi, nous avons développé quatre critères pour assurer la sélection des participants ayant de l'expérience avec les projets de soins et pouvant aider à répondre à la question de recherche. Tout d'abord, chaque participant doit être un professionnel de la santé. Selon l'OMS (2019), un professionnel de la santé consiste à être un individu qui propose des services essentiels destinés à promouvoir la santé et à prévenir la maladie, et dispense des soins de santé aux individus, aux familles et aux communautés. Ensuite, les participants doivent faire partie d'un des groupes suivants : médecin ; infirmière ou autre professionnel tel que : pharmacien, ergothérapeute, orthophoniste, diététicien, nutritionniste, psychologue, travailleur social, inhalothérapeute, physiothérapeute. Dans le contexte hospitalier, les médecins participent dans la majeure partie des projets et décisions. La profession infirmière constitue le plus gros bassin d'employée. Comme la quantité des autres professions varient selon les services offerts à l'hôpital en particulier, nous avons opté à regrouper tous ces professions. Puis, le professionnel doit avoir eu l'expérience dans un milieu hospitalier. Nous nous intéressons aux projets de soins, par conséquent, le milieu hospitalier a comme objectif d'offrir à la population des programmes visant à améliorer les soins de chaque patient. Finalement, les participants doivent avoir de l'expérience en gestion de projet, c.-



à-d. avoir participé au moins à la réalisation d'un projet de santé avec une équipe multidisciplinaire. Ces critères permettront l'obtention d'une variété des perspectives de plusieurs professionnels de la santé lorsqu'ils sont appelés à joindre une équipe de projet.

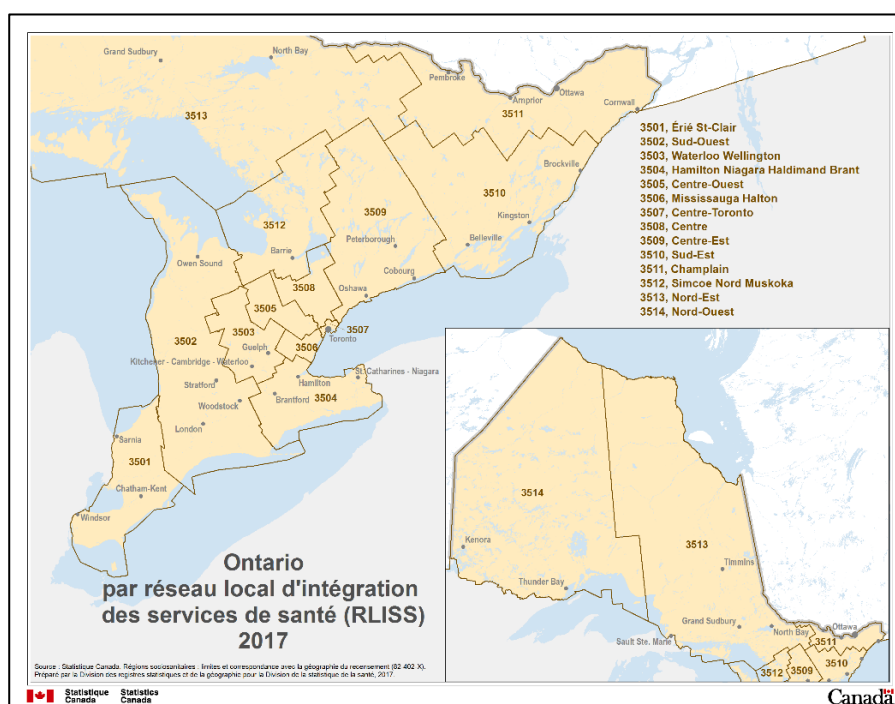
Les professionnels de la santé ont comme tâches principales d'évaluer l'état de santé des patients et de déterminer un plan de soins. Ces responsabilités peuvent limiter la disponibilité des professionnels à participer à des activités extracurriculaires, telles que la participation à des études, car certaines interventions en milieu hospitalier ne permettent pas aux professionnels de modifier leurs horaires de travail. Ainsi, il était important que notre terrain d'échantillonnage dispose d'un important volume de professionnels.

Tout d'abord, puisque notre objectif spécifique de recherche met l'accent sur le modèle-type de l'assurance-maladie nationale, notre étude sera conduite au Canada. Le système de santé canadien compte 13 régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux qui sont administrés respectivement par les dix provinces et les trois territoires. Sous la loi canadienne de la santé, les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent organiser et administrer les services de soins de santé pour chaque individu résidant dans leur province ou leur territoire. Ainsi, chaque province ou territoire détermine la structure de son propre système (Commonwealth, 2016; Gouvernement du Canada, 2016).

Parmi toutes les provinces et territoires canadiens, nous avons privilégié le système de santé de l'Ontario. L'Ontario est la province où le nombre de résidents est le plus grand nombre de Canadiens soit 38,7 % de la population totale du Canada (Statistique Canada, 2021). Il n'est donc pas étonnant que depuis plusieurs années, la santé constitue une dépense importante pour le gouvernement de l'Ontario. Selon le ministère des Finances de l'Ontario (2022), les dépenses en santé atteindront 75,2 milliards de dollars en 2022-2023, ce qui représente 37.8 % du budget total de la province. Plus concrètement sur le plan clinique et des services sociaux, le système de santé ontarien est composé de 14 réseaux locaux d'intégration de services de santé (RLISS) qui se partagent le territoire de la province de sorte à assurer des soins à tous les résidents de l'Ontario (voir Figure 4). D'ailleurs, les RLISS ont comme mandat de planifier, d'intégrer et de financer les soins de santé régionaux dans le but d'améliorer l'accès de la population locale aux soins et aux services sociaux. De plus, les RLISS régissent les hôpitaux, les centres de longue durée, les centres offrant des soins communautaires ainsi que les agences de soins de santé mentale — voir Figure 5 (Canada, 2017; Commonwealth, 2016; LHIN, 2015; RLISS, 2014).

Figure 4

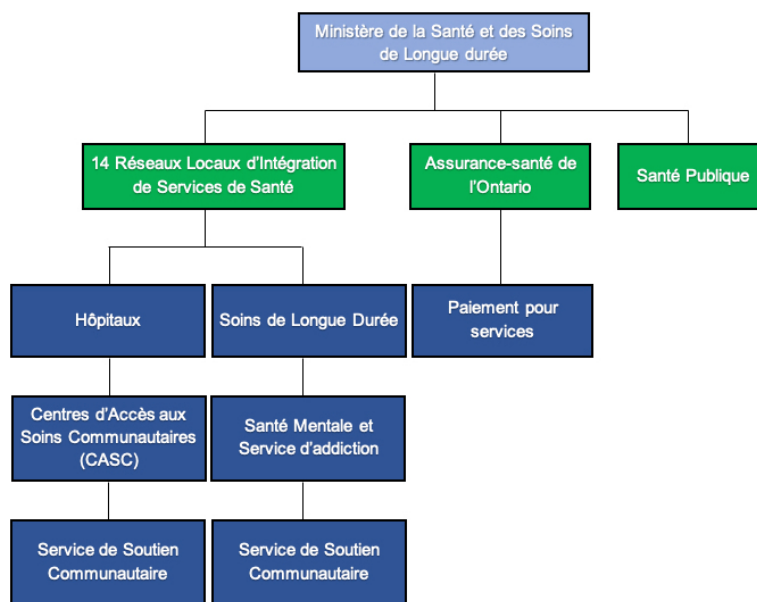
*Les réseaux locaux d'intégration des services de santé de la province de l'Ontario.*



Source : Statistique Canada, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-402-x/2017001/maps-cartes/rm-cr08-fra.htm>

Figure 5

*Structure organisationnelle du système de santé de l'Ontario.*



Source : Adopté de Understanding the Health Care System : <http://healthcaretomorrow.ca/wp-content/uploads/2015/03/Understanding-the-Health-Care-System.pdf>

Parmi les 14 réseaux d'intégration de la province de l'Ontario, nous nous sommes intéressés au RLISS de Champlain, dû à sa proximité avec notre institution universitaire. Le RLISS de Champlain est localisé dans l'est de la province et partage une frontière de 465 km de long avec le Québec. Ce réseau travaille avec 125 institutions fournissant les services de santé, dont 22 centres hospitaliers. Les hôpitaux fournissent une variété des soins aux patients de la

région (RLISS de Champlain, 2014 Hôpitaux <http://www.champlainhin.on.ca/Accountability/SAA/HSAA.aspx>).

Comme nous l'avons mentionné antérieurement, il est important que les participants possèdent de l'expérience en milieu hospitalier. Cet environnement contribue à la mission primaire d'un système de santé, c'est-à-dire fournir des soins aux patients et développer des projets et programmes améliorant les soins de la population. De plus, on y retrouve une présence importante des multiples professionnels de la santé collaborant pour offrir les meilleurs soins. De ce fait, parmi les 22 hôpitaux desservant l'est de la province de l'Ontario, nous avons choisi un centre hospitalier ayant un nombre important des professionnels. Son identité ne sera pas divulguée afin de respecter l'identité de chaque participant.

Conjointement avec le chercheur associé de l'institution et deux gestionnaires, nous avons identifié les participants potentiels selon les critères établis. Puis, avec l'aide d'une adjointe administrative de l'institution, nous avons envoyé un premier courriel de recrutement aux départements ayant des participants potentiels. Au fur à mesure que les participants potentiels répondaient à l'envoi, la date et l'heure de l'entretien étaient confirmés. Au total, nous avons obtenu 12 participants qui confirmé leur intérêt à participer à notre étude. Cette cohorte était composée de cinq médecins, quatre infirmiers et une travailleuse sociale, un ergothérapeute et une physiothérapeute.

### **Méthode de collecte**

L'enquête qualitative peut se faire à l'aide de différentes méthodes de collectes. Pasian (2015) et Holloway (2005) évoquent qu'une entrevue individuelle qualitative est la stratégie appropriée lorsqu'on cherche à explorer l'expérience vécue durant une pratique particulière. Dans le secteur de la santé, l'entrevue individuelle qualitative est la méthode de collecte appropriée lorsqu'une étude, comme la nôtre, s'intéresse aux relations interpersonnelles entre les parties prenantes. Le groupe de discussion est approprié lorsqu'on s'intéresse à l'opinion collective d'un groupe particulier (Al-Busaidi, 2008).

Bryman et Bell (2015) distinguent trois principaux types d'entrevues dans le cadre des recherches en sciences administratives :

1. Entrevue structurée : le chercheur pose des questions de type fermé. Les participants répondent selon la fourchette des réponses déterminées par l'intervieweur.
2. Entrevue semi-structurée : le chercheur prépare une série des questions de type général à poser. Les participants répondent dans leurs propres termes et le chercheur a la possibilité d'enchérir sur leurs réponses pour ainsi recueillir plus de détails de manière organisée.
3. Entrevue non structurée : le chercheur ne dispose d'aucune restriction ou directive face aux questions à poser. Il pose quelques questions ouvertes pour engager une discussion informelle avec les participants.

Les entretiens semi-structurés et non structurés sont les deux types d'entretiens couramment utilisés dans le contexte d'une recherche qualitative, car l'intervieweur recherche des répliques détaillées pouvant aider à répondre à la question de recherche (Bryman et Bell, 2015). Dans le cadre de notre étude, nous avons opté pour l'entretien semi-structuré comme méthode de collecte. Cette approche nous permettra d'obtenir des détails organisés et pertinents pour notre recherche, grâce aux questions ouvertes organisées dans un ordre précis. Tout en assurant l'obtention des détails pertinents, ces questions ouvertes permettront un meilleur encadrement des échanges et des discussions entre les participants et l'intervieweur. De plus, lorsque la nouvelle information sera distinguée, cette approche nous permettra d'enchérir sur cette dernière en ajoutant d'autres questions. Selon Al-Busaidi (2008), l'entretien semi-structuré est couramment utilisé dans les recherches qualitatives liées aux soins de santé. Elle permet une grande flexibilité aux chercheurs d'analyser de nouveaux domaines du secteur pour ainsi produire des données plus riches. De plus, ce type d'entretien permet aux chercheurs de développer une relation avec les participants en s'intéressant au point de vue de chacun, qui ainsi va permettre aux participants de préciser leur pensée sur la problématique en question et miser sur l'expertise et l'expérience de chacun. Tout bien considéré, l'entretien semi-structuré est approprié pour notre étude, car elle nous permet de mieux organiser les entretiens pour assurer une conformité entre chaque participant et de fournir la flexibilité à chaque participant de s'exprimer selon ses impressions.

Une fois que les professionnels de la santé avaient confirmé leur intérêt à participer à l'étude, le formulaire de consentement (la prochaine section détaille les considérations éthiques de la présente recherche) leur était envoyé. En même temps, une date d'entrevue était confirmée. Chaque entrevue était d'une durée de 45 à 60 minutes. Lors de la rencontre avec chaque professionnel, nous avons pris le temps d'expliquer l'objectif de notre étude ainsi que les droits du participant. Une fois que le formulaire de consentement était signé, nous entamions les quatre parties du protocole d'entrevue. La première partie de l'entrevue consistait à saisir comment les participants perçoivent leur profession au sein du système de santé. La seconde partie portait sur les valeurs professionnelles les plus importantes pour chacune des professions représentées, la troisième partie consistait à saisir l'expérience des professionnels de la santé sur le plan d'un projet des services et soins de santé et/ou d'une équipe de projet du secteur de la santé et, enfin, la quatrième partie de l'entrevue consistait à questionner les professionnels de la santé à savoir dans quels projets ils souhaiteraient s'impliquer ou diriger en tant que gestionnaire de projet. Avant de mettre un terme à l'entretien, nous avons demandé aux participants s'ils voulaient ajouter des informations qui n'avaient pas été couvertes en cours d'entrevue ou encore s'il avait des questions sur la recherche. Bref l'entrevue a suivi le schéma suivant : ouverture, l'entrevue elle-même (le protocole) et la clôture.



En terminant, une partie des entrevues s'est déroulée en face à face et une autre partie en visioconférence. En effet, les trois premiers participants étaient disponibles avant mars 2020, donc nous avons effectué un entretien en personne. Les autres participants avaient confirmé leurs disponibilités après mars 2020, par ce fait, nous avons dû faire leurs entretiens par vidéo. Ce changement était imposé par la situation pandémique et les exigences organisationnelles. Par conséquent, nous avons dû soumettre une demande de modification du certificat d'éthique, car la méthode de collecte des données était maintenant effectuée par vidéoconférence. Certes, cette transition vers la méthode virtuelle a prolongé la collecte des données. Justement, abordons les conditions éthiques à la présente recherche.

### **Considérations d'éthique**

La conduite de la présente recherche a requis une double certification. En effet, afin de recruter les participants au sein du centre hospitalier choisi, avec l'aide d'un chercheur associé à l'établissement, il a fallu soumettre une demande de certificat d'éthique au conseil d'éthique de l'établissement. Le programme d'étude dans lequel s'inscrit le présent mémoire relevant de l'Université du Québec en Outaouais, il a également fallu obtenir l'approbation éthique du CÉR de l'UQO. Avant de débiter l'entrevue, chaque participant devait signer un formulaire de consentement dont le contenu a été approuvé par le CÉR de l'établissement de santé et le CÉR de l'UQO. Comme indiqué dans ce formulaire,

chaque participant était libre de participer à l'étude et pouvait se retirer à tout moment. La confidentialité des données était assurée en omettant toute information pouvant amener à leur identification. Les participants étaient identifiés par un code composé d'une lettre et d'un chiffre. Nous avons conservé les données sur le réseau informatique protégé par un mot de passe mis en place par l'UQO tout au long de la rédaction de ce mémoire. Les données seront détruites après le dépôt final.

## **Analyse des données**

Tout d'abord, chaque entrevue a été enregistrée pour obtenir une capture audio. Par la suite, les enregistrements ont été retranscrits en texte puis importés dans le logiciel NVivo. La première analyse a consisté à identifier les interactions qui démontrent la dynamique sociale entre les professionnels de la santé dans le contexte de projet de soins. Puis, nous avons codé le texte en utilisant 28 codes qui proviennent de sept mondes de notre cadre théorique. Pour faciliter l'analyse, nous avons retenu quatre catégories parmi les treize établis par Boltanski et Chiapello (2011); Boltanski et Thévenot (1991) : le principe supérieur commun ; état de grand ; formule d'investissement et l'état de petit et déchéance de la cité. Nous avons retenu les deux premières catégories, car elles caractérisent les éléments clés permettant de faire une association à un monde ou système de valeur particulier. La formule d'investissement va permettre de distinguer les sacrifices à réaliser pour ainsi être souscrit à un système de valeur particulier. Finalement, l'état de petit et déchéance permet différencier les comportements inadéquats selon un système de valeur. De la sorte, nous avons été en mesure de reconnaître les codes représentant les systèmes de valeurs des professionnels de la santé dans le contexte de projet de clinique.

## CHAPITRE 5 — PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Le chapitre précédent a exposé la méthode de recherche. La stratégie d'échantillonnage et la méthode de collecte adoptées ont permis de réaliser douze entrevues semi-structurées. De ce fait, l'objectif du présent chapitre est de présenter les résultats obtenus durant les entretiens avec les douze professionnels de la santé ayant participé à notre recherche.

### Perceptions des rôles et valeurs selon les participants

Le travail effectué lors du recensement des écrits a permis d'aboutir à notre question de recherche : comment se déploie le compromis entre les valeurs des professionnels de la santé lorsque ceux-ci collaborent à un projet de soins se déroulant au sein d'un système de santé dont le modèle-type de gestion est celui de l'assurance-maladie nationale ?

La première partie de l'entrevue consistait à saisir comment les participants perçoivent leur profession au sein du système de santé. Selon les infirmiers, leur rôle consiste à représenter les patients et les familles au sein d'un système de santé composé de plusieurs professionnels. De nombreux professionnels fournissent des soins aux patients, mais seuls les infirmiers s'occupent d'eux 24/7. En plus d'offrir des soins directement aux patients, ce sont les infirmiers qui garantissent la coordination des autres soins provenant des divers professionnels de la santé dans le but d'assurer une bonne qualité globale des soins<sup>10</sup>.

*I think what makes us different from the rest or unique from the rest, not better, but you're more unique is we we are at the patient's bedside 24/7, whereas other allied health and physicians, they're stretched with other priorities and other things to do. (11)*

*I always see the nurse as being the one in the middle and it's the one that interacts with all health care professionals and advocates for that, for the patients or for even the health care system as a whole. (12)*

---

<sup>10</sup> Les professionnels de la santé ayant participé à notre enquête étaient tous anglophones. De ce fait, nous avons conduit les entrevues en anglais pour assurer une meilleure interaction. Dans le but de ne pas dénaturer leurs propos, nous avons choisi de les présenter en anglais.

*.... our sole purpose is to advocate and care for patients and families (I3)*

*I think that I've always looked at nurses as the gate keepers because they're the ones who know their patients the best. (I4)*

Pour leur part, les médecins définissent leur rôle comme des décideurs et des gestionnaires des traitements offerts aux patients. Quatre des cinq participants de cette profession reconnaissent l'implication des autres professions. Cependant, ce sont les médecins qui doivent non seulement décider du traitement approprié pour chaque patient, mais également le prescrire.

*... we work with nurses, with physiotherapists, with pharmacists, with occupational therapists, physio, you know, all sorts of different allied health. But we're the principal sort of ones that are making decisions regarding diagnosis and treatment of illness. (M1)*

*Ours is to to manage one bedside. Critically ill children and and and support families. (M2)*

*Somebody comes to me with a problem and I help them diagnose what the problem is. Advise them on options for management and work with them to come up with a plan of their best treatment. (M3)*

*... obviously, we were the primary. Access to care for these people, you know? And so, we we are the guardian of that patient's care that they've entrusted in us. (M4)*

Les participants du groupe « autres professionnels » ont aussi affirmé que leur rôle consiste à offrir des soins aux patients sans toutefois discuter de la nécessité d'interagir avec les autres professionnels de la santé.

*My role as an occupational therapist is to really look at where a person is in terms of their level of function. Be it physical or cognitive. And how does that relate to their discharge disposition. Do they need rehabilitation care? Are they safe to go home? What kind of recommendations can I make if they are going home to increase their safety? (A1)*

*So as a physiotherapist in any in any role that I work in is involved with helping people with their mobility. And with a frail older population, it's, you know, little tiny baby steps in progress to get people to, you know, to help people to progress. (A2)*

*Overall, I think the every social worker would kind of say that they're doing some advocacy. They're looking at the individual needs of a person and looking for a kind of solutions to help them. Find their best way forward. (A3)*

La deuxième partie de l'entrevue portait sur les valeurs professionnelles (notion au cœur de la question spécifique) les plus importantes pour chacune des professions représentées. Pour les infirmiers, la compassion envers le patient permet de lui fournir de meilleurs soins et assure une meilleure collaboration entre les professionnels. De plus, il est essentiel pour les infirmiers de toujours considérer les perspectives du patient et de la famille sans porter un jugement sur celles-ci.

*So I think the first value that we we have, but I don't think it's specific to nursing is compassion. I think we need to be compassionate with our patients and our peers. And that can't be lip service. I think we have to be genuinely compassionate with one another and understand people's perspective (11)*

*I think one of the highest values, but also probably one of the hardest is being non-actor non-judgmental because it's how do you care for people when they're not necessarily of your own value system or your own beliefs? (12)*

*So for for me, my my major message to anyone is coming into this profession is understanding the core elements of this job is about caring for people... (13)*

*I think probably the most important is good patient care and safety. Patient safety and you know care of the patient and their families or next of kin or people that are important to them that it can often get left out in really busy situation specially get on the floors because the nurses don't have time and I think that, probably the thing that hasn't changed throughout my career no matter what role I've been in is I'm a strong patient advocate and I think that's the nurses job. (14)*

Les médecins soulignent l'entraide, l'empathie et l'honnêteté comme valeurs importantes pour pratiquer leur profession. Ces derniers renchérissent en



mentionnant qu'effectivement plusieurs aptitudes sont importantes et peuvent être acquises, mais ce sont ces valeurs qui permettront à un médecin d'exceller.

*The value I think the most important value is really the concept of. Trying to help others. (M1).*

*I think, you know, a good patient care is going to be the highest value. (M2)*

*I think the most important attribute is to have empathy... I think if you don't have empathy, if you can't if you don't feel for that person and if you can't sort of recognize what they're going through, you're not going to be you're really not going to be a very good physician (M3)*

*Well, I think to me it's doing the right thing for the patient and to the system so that we can provide more care to as many patients as possible. (M4)*

*One is you have to be honest. So that's honesty within yourself and honesty with other people. And what you have.....The other one is you you have to have integrity. Very important. And part of that all the time. And that and then the last one, I think is trust. (M5)*

Finalement, les participants du groupe « autres professionnels » soulignent l'importance d'avoir une vision centrée sur le patient, d'avoir un désir d'aider ceux-ci ainsi que de comprendre et de respecter le fait que chacun d'entre eux a le droit d'être autonome dans sa prise de décisions à l'égard de sa santé.

*Well, I mean, I think being patient centred cause is as a key. (A1)*

*I don't know. I suppose I would say compassion or a willingness to want to help others. (A2)*

*I think one of them is understanding that. Individuals have the right to be autonomous in their decision making and respecting that. (A3)*

## Expérience des professionnels de la santé en gestion de projet

La troisième partie de l'entrevue consistait à saisir l'expérience des professionnels de la santé sur le plan d'un projet des services et soins de santé et/ou d'une équipe de projet du secteur de la santé. Les participants présentaient un ou deux projets dans lesquels ils ont pu participer. Le tableau 11 synthétise les projets soulignés par les participants.

Tableau 11

*Exemples de projets des participants<sup>11</sup>*

Participant	Projet de services et de soins de santé
Infirmier 1	Projet 1 : En collaboration avec le département de traumatologie et plusieurs parties prenantes régionales, le projet avait comme but de modifier les critères permettant aux ambulanciers de transférer les patients des régions éloignées vers les centres spécialisés en traumatologie. Projet 2 : Tout en collaborant avec les hôpitaux de la région, le projet avait comme but de créer un système de partage de données qui servirait à communiquer l'information reliée aux cas de traumatologie. Ainsi, ces informations serviraient à améliorer la qualité des soins et la formation des ambulanciers.
Infirmier 2	Projet 1 : Éliminer un type d'infection dans un département à la suite d'un taux d'infection élevé chez les patients ayant visité le département. Le but du projet était de travailler avec les médecins, les infirmières et les techniciens pour identifier les sources probables d'infection. Projet 2 : En collaboration avec les provinces, le projet avait comme objectifs d'étudier comment mieux gérer la maladie Creutzfeldt et de comprendre s'il existe un risque pour la population.
Infirmier 3	Projet 1 : Modification du programme de dialyse pour permettre aux patients d'accomplir la dialyse à la maison. Le projet consistait à fournir la formation aux patients. L'exécution du projet a duré près de deux ans.
Infirmier 4	Projet 1 : En collaboration avec les médecins spécialisés dans les dons d'organes, le participant a révisé le guide canadien de fin de vie pour ainsi identifier les manquements spécifiques au centre hospitalier.
Médecin 1	Projet 1 : En utilisant les données recueillies par les moniteurs de patients aux soins intensifs, le participant et son équipe de projet (multidisciplinaire) ont créé des modèles prédictifs. Ces derniers permettraient aux médecins

<sup>11</sup> Pour faciliter la synthèse et la présentation de certaines données, nous avons résumé et traduit leurs élocutions en français pour mieux les présenter sous forme de tableau.

Participant	Projet de services et de soins de santé
	des soins intensifs et d'urgences de mieux prédire les conséquences de certains traitements. Projet 2 : Créer une base de données nationale permettant de mieux suivre les effets non désirés des chirurgies thoraciques. Ces données seraient utilisées par les médecins dans le but d'améliorer la qualité des soins.
Médecin 2	Projet 1 : En tant que membre de l'équipe de dons d'organes, le participant a développé les protocoles et les standards cliniques pour les hôpitaux de la province. Permettant ainsi d'augmenter les dons d'organes. Ces protocoles et ces standards ont permis d'accomplir la formation auprès des médecins, des infirmières et des patients. Projet 2 : Étudier les conditions des patients aux soins intensifs pour ainsi mieux identifier les meilleurs candidats aux dons d'organes.
Médecin 3	Projet 1 : En collaboration avec plusieurs spécialistes, le participant et son équipe ont développé un protocole qui permettrait de réduire le nombre de scans chez les patients ayant un type de cancer pour ainsi réduire l'exposition aux rayons x. Projet 2 : Comparer deux méthodes chirurgicales utilisées chez les patients ayant le cancer des reins. L'analyse a permis de comprendre comment fonctionnent les reins chez les patients avec cancer des reins et a permis d'améliorer les soins offerts aux patients.
Médecin 4	-
Médecin 5	Projet 1 : Améliorer la façon dont les radiologistes produisent les rapports pour ainsi améliorer les délais d'attente pour une numérisation à l'urgence.
Autre Professionnel 1	Participer à plusieurs projets cherchant à trouver les meilleures pratiques basées sur les données.
Autre Professionnel 2	Projet 1 : Mettre en place une nouvelle clinique destinée à traiter les patients ayant subi des chutes. Le projet exige une population cible et des opérations de la clinique.
Autre Professionnel 3	Projet 1 : Mise en place d'un dépliant fournissant de l'information aux patients et aux professionnels de la santé (néphrologie) concernant les soins de fin de vie et les décisions important à prendre.

Nous avons également discuté avec chaque participant de la dynamique des équipes dans la réalisation d'un projet de soins de santé. Le tableau 12 résume la façon dont les différentes équipes de projets ont été formées ainsi que les processus décisionnels.

Tableau 12

*Formation des équipes des projets et processus décisionnels selon les participants*<sup>12</sup>

Participant	Formation des équipes de projet	Processus décisionnel
Infirmier 1	Les participants étaient choisis ou interpellés à cause de leurs rôles et responsabilités. La sélection des consultants (parties prenantes secondaires) était plus complexe, car elle nécessitait l'approbation de la haute direction de ce fait, plusieurs discussions.	Le processus décisionnel n'était pas acrimonieux. Le processus décisionnel impliquait l'écoute horizontale et considérait l'opinion de chacun. Cependant, à certaines reprises, il était nécessaire qu'un décideur ultime (directeur ou gestionnaire) prenne une décision.
Infirmier 2	La participation dans un projet dépendait de tes fonctions au sein de l'hôpital ou selon les directives du directeur de l'unité. Parfois, c'était simplement par intérêt, donc j'exprimais mon intérêt à participer dans un projet en particulier.	Il existait un processus hiérarchique (même si on pouvait penser que tout le monde était écouté). Un gestionnaire expérimenté avait plus de poids qu'un gestionnaire recrue. De plus, les participants ayant une forte personnalité s'exprimaient plus.
Infirmier 3	Les participants étaient choisis selon leurs professions. La sélection était faite en se basant sur le niveau d'expertise que le participant peut apporter à l'équipe.	Il était important d'avoir la participation de chacun dans le processus décisionnel. Cependant, dépendant de la décision, il était nécessaire d'avoir l'approbation de l'exécutif.
Infirmier 4	La participation de certains membres a été imposée à cause de leurs fonctions et des besoins de l'organisation (l'urgence à accomplir l'objectif du projet).	La dynamique était complexe, car il était essentiel de consulter plusieurs parties prenantes avant de prendre une décision. De plus, le travail à distance a certainement ajouté des défis.
Médecin 1	Certains membres de l'équipe de projets étaient embauchés pour participer aux projets. D'autres membres participent volontairement.	Consensus collaboratif. Processus de prise de décision collaborative et collective afin d'assurer le succès du projet.
Médecin 2	On recherchait les participants pouvant ajouter de la valeur à l'équipe. Les gens qui vont combler les lacunes.	Il est important de s'assurer que chaque personne de l'équipe ait une voix. Important de comprendre

<sup>12</sup> Pour faciliter la synthèse et la présentation de certaines données, nous avons résumé et traduit leurs élocutions en français pour mieux les présenter sous forme de tableau.

Participant	Formation des équipes de projet	Processus décisionnel
		qui est la personne et ses positions.
Médecin 3	Les membres de l'équipe étaient invités à participer selon leur expertise, leur désir et leur besoin.	Consensus. Il est important d'avoir des données pour appuyer un point de vue (préparation).
Médecin 4	Les membres choisis selon leur expertise et leur engagement envers le projet.	On essayait de rechercher le consensus de tous. Cependant, quelquefois, il était impossible d'obtenir ce consensus.
Médecin 5	En utilisant l'équipe exécutif, il était possible d'avoir l'accord de certains participants ou du moins leur participation.	Collaborative.
Autre Professionnel 1	Basé sur l'expertise clinique.	Les directives et les décisions proviennent du ministère et du comité consultatif.
Autre Professionnel 2	Basé sur l'intérêt et l'expertise.	L'effort collaboratif. Il existait un compromis pour certaines tâches administratives.
Autre Professionnel 3	Appel par intérêt et par désir de résoudre un problème.	L'équipe écoutait les différentes opinions.

En ce qui concerne les expériences avec les autres professionnels de la santé dans le contexte de projet de services et des soins de santé, les infirmiers interviewés témoignent d'une expérience qui était positive malgré certains défis et perceptions envers certains professionnels. En effet, quelques participants étaient intimidés par la présence des médecins et de la haute direction au sein d'une équipe de projet de soins de santé, car il était difficile de questionner leurs positions ou autorités. Cependant, cette mentalité a changé avec le temps.

*I think I tended to be more intimidated by physicians or senior leaders and such. Those I would. So I wasn't as forthcoming with my ideas or my thoughts because I was more intimidated. As I've gotten. Like I said, older and, you know, in the position that I hold and having to look at. I also take it very seriously that I advocate for my patients and I advocate for my unit. And so if I'm going to go into a meeting, that's what I'm going to do. It doesn't matter who's at the head of that table. I feel I have a responsibility to them. And my response to them is much higher than my responsibility to one person in a*

*meeting. Right. So so that's the difference. I have a lot more confidence than I hit back then, but I also have a greater responsibility that goes with it. So I think that makes me more confident now. But I wouldn't say that, you know, physicians are more difficult for allied health is more difficult or administrators are more difficult. I think it's a personality thing where, you know, and it's it's also taken into account. (12).*

*I've been a nurse for almost 20 years now and I've seen it change a lot from I, cause there's always been a dynamic with doctors and nurses writing saying, I mean, when I first started right out of the gate when the doctors came to the desk, the nurses got up and gave them their chairs. That does not happen anymore. And it's like I said before, you know, the doctor says so the nurse does, and that doesn't happen as much anymore. Sometimes for the newer nurses, they're a little less likely to be like, Hey wasn't, you're crazy. Don't do that. So I think the dynamic can be the challenging part of that dynamic can be where people see themselves in the pecking order, right. So depends on what project you're working on, whether, you know you're going to spend more time talking to the pharmacist or you're going to spend more time talking to the doctors or the right, you have to get the right healthcare provider, not just the right discipline, but you have to get people with experience people with or who have identified the problem, people who are eager to work within the project, right? That's not always the case. Sometimes it's good to balance with, you know, people who want and people who know. (14).*

Dans certaines circonstances, les défis ne provenaient pas des professionnels de la santé de l'équipe de projet, mais plutôt des professionnels concernés par l'implantation du projet.

*I think overall it worked well. I think one of the challenges are that to some degree there might be there would be an agreement at the table. Then everybody would go off. And some individuals, if they faced resistance at the next level below, they might adapt or modify without necessarily coming back and getting agreement at the table. (13)*

Pour ce groupe, il est important de faire face aux défis relationnels avec les autres professionnels de la santé dans le contexte de projet de soins en étant honnête et compatissant.

*So my experience with them have been quite positive. But that's not to say it wasn't without difficult conversations. I think what's important throughout all of those conversations is so conversations are difficult and you have to face them head on, because if you try to go beat around the bush or try to meddle it differently or be a spin doctor for lack of a better word. People sense that. And we forget that we're working with people. And so instead of trying to, for lack of a better word, pull the wool over someone's eyes or try to make something that is not a good outcome for them. Sound*

*good? Offer up a bit of honesty and a bit of compassion. And I think that will go a long way. And I think we were pretty successful at that. (I1).*

Le groupe des médecins a aussi souligné que l'expérience avec les autres professionnels dans le contexte d'un projet de soins était positive.

*It's been I find it very positive, very enlightening, very rare. I find it very, very good. So I find it interesting because I learn a lot and I feel it and it really improves the whole quality of everything. So, I really think it's a very important aspect. And I find it very positive. (M4).*

*I mean, the bottom line is my in my experience, they're generally very positive interactions because I think ultimately, we're all kind of on the same page in terms of what our objectives are. (M3)*

Cependant, pour les médecins rencontrés, les défis avec les autres professionnels de la santé dans le contexte de projet de soins survenaient lorsque les décisions étaient prises par les médecins seulement ou lorsque l'étendue des interventions des autres professionnels était limitée par les politiques et procédures propres à leurs professions.

*I think building relationships is important. I think the problems arise from you not feeling that way, but inherently being looked at that way as a a different type of member because you're a physician. And I find that challenging, that we want to be interdisciplinary. But the end somehow, not on their fault, not on your fault. Decisions and ownership comes to the physician. And I find that challenging. I find that challenging. So you have to work around it by acknowledging that, being transparent about it, making sure everyone's voice is heard and trying to to walk the team through together. (M2).*

*That being said, I do feel at times some professional groups are either restricted in terms of their thought process, B because of like being in a union. And so their inability, you know, there's a bit of an innate ability to think outside of what's allowed or there's a little bit too much at times. (M4).*

Une des meilleures façons de maintenir une relation positive avec les autres professionnels de la santé impliqués dans un projet de soins et améliorer le

succès de l'équipe, c'est d'interagir dans d'autres contextes (en dehors du contexte de projet de soins).

*Being able to chat with them on and on a. I guess not always in a meeting level was always very helpful. Like, the hallway chats are hugely helpful in terms of being I think in terms of being successful more because you get they get to know who you are. Right. And it doesn't have to be a lot. But they know that you're a real person and not someone who doesn't. And they I believe in that. (M5).*

Les participants qui ne sont ni infirmier ou médecin (le groupe des « autres professionnels ») ont aussi affirmé que leur expérience avec les autres professionnels de la santé dans le contexte de projet de soins était positive et enrichissante.

*But yeah, my experience is positive with working with other health professionals. Said We all bring our own kind of perspective to assessing a patient, but then really coming out with an end goal of patient safety and getting the patient home. (A1).*

*It's it's really rewarding to be able to work on a on a multidisciplinary team. And I think I think if you asked pretty much every social worker, they would all say that their teams are great. (A3).*

### **Accord, désaccord et compromis selon les participants**

Examinons maintenant les éléments qui incitent un accord, un désaccord ou mettent en œuvre le processus de compromis entre les professionnels de la santé. Les infirmiers rencontrés ont affirmé que l'accord est atteint par le compromis. Il est primordial de comprendre les besoins des différents membres de l'équipe de projet de soins et d'identifier le problème à résoudre. Un bon niveau d'écoute et d'échange ainsi que la crédibilité et l'expertise du professionnel de la



santé dans le contexte du projet de soins de santé vont permettre un processus d'accord.

*Because I think what triggers an agreement essentially boils down to that compromising peace. And I always ask the question once all these stakeholders identified. A second part of that is why do they care about this? Why should they care about this? And I think if you can find that perspective of theirs, that, OK, this change idea will benefit their lives because. And if you ask that for each stakeholder, I think that will generate or foster an environment of acceptance to the change. So I would even go even one step further before stakeholder identification and say identify the problem appropriately, because if you do that, you will have a common agreement. (I1)*

*I think sometimes it's people's credibility that will win. So depending on who is bringing forward the suggestion, if I feel that person is credible or I trust that person. (I2)*

*I think you need you need to listen. Right. I think I think there needs to be a bunch of a lot of open dialog. People need to feel very free to express their concerns. (I3)*

Le désaccord survient entre membres de l'équipe de projet de soins lorsque la problématique à résoudre avec le projet de soins n'est pas convenablement définie et que l'exécution du projet continue malgré le manque de clarté. De plus, la présence des différentes visions, un haut niveau de responsabilités, et mauvaises expériences avec certains participants sont tous les éléments qui incitent un désaccord.

*We don't properly define problems and we are quick to move to interventions and then find a problem related to that intervention. And I think to the second part of your question that fosters disagreement because everybody says, what are we doing this for? Why is this a problem? And if you don't have an answer to that, then you're going to you're going to fail. And there's going to be a lot of people who who disagree with you. (I1)*

*I tend to probably give them more benefit of the doubt than someone who I've had experience in the past, which was not as positive. (I2).*

*I think sometimes it's it's. So, its workload. Yeah. Right. I think they or or significant change to current process in these things that, you know, that will trigger that pushback. The physicians see things differently than the manager does and that sort of thing. (I3).*

Pour les infirmiers particulièrement, le processus de compromis passe par l'ouverture d'esprit et par le processus d'inclusion, de consultation, de négociation, et d'écoute.

*I think I truly believe that inclusion is the way to go. And I sort of see if we look at a project sort of from from A to Z or front to back, the the the the idea of consulting takes a lot longer than people would like. That can sometimes frustrate some people who just want to action things and move things along. But really, that's probably the most important part for a couple of reasons. One, people feel involved and engaged and that's huge. That needs to happen. If people are to even agree with you on whatever you're talking about. So by consulting, you're empowering them and you're making them part of the solution. (I1)*

*It's all about the art of negotiation and the trust in that other person and some sort of fairness between. (I2)*

Les médecins, quant à eux, ont exprimé que l'ouverture d'esprit, les opinions basées sur les faits, la dépersonnalisation des discussions et l'expérience d'une collaboration antérieure sont des éléments qui incitent un accord entre professionnels de la santé dans le contexte de projet de soins.

*I think. And I think because hopefully most of us are are fact based not, I think, open, generally open minded. I think health care generally attracts people who have altruistic values and really do care about about others. (M3)*

*Having a history of working together. And I think that helps where you build trust in. (M4)*

*Facts. Facts prior to deal personalize this as best. So there's two things or a number of things. One of them is try to depersonalized and try to deal with facts and not like even when we're talking about positions and stuff. (M5)*

Toujours d'après les médecins qui ont participé à la recherche, le désaccord survient lorsqu'il y a un manque d'écoute, l'absence des faits, l'appropriation du pouvoir décisionnel et lorsque les décisions sont prises de façons émotives.

*If if I don't feel like my input is being taken into consideration, that will that will push me away. (M1)*

*You know, so but I think disagreements may occur when there's a dispute about facts, you know. So if you can't agree on the fact that it's really it can cause a lot of problems. (M3)*

*I think what where you go have a bit of tension is that when someone perceives that they have the ultimate authority in making the decision, then that leads to a. Somewhat. What could I use? Feeling that they know better because they've been in the power to make the decision. (M4)*

*And and so they're dealing and they try to deal with emotion rather than dealing with facts. So that's one. The second thing that I definitely find when I'm dealing with these things is that how is this going to affect me and how is this going to make my life worse? (M5)*

Du point de vue des médecins, le compromis est atteint lorsqu'il y a transparence entre les professionnels de la santé impliqués dans un projet de soins.

*I think transparency is very important. I think if you have relationships already built, then those disagreements can be worked on. (M2)*

Pour le groupe « autres professionnels », la transparence, l'explication du changement ainsi que le style de leadership encouragent le compromis entre différents professionnels.

*I think transparency. I think transparency is important. Like I said, knowing the why behind the change is important. Having people who are impacted by a change or the project be able to have a voice is important. (A1)*

*I think some of that has to do with leadership. So. Depending on the. Leadership style. Yeah, the person like the leader and what their style is and how they interact or how they get involved, how present they are, how supported people feel that around that person. (A3)*

Le désaccord apparaît lorsqu'il y a de la peur et de l'anxiété créée par le changement, par une personnalité expressive et par le biais d'opinions qui diffèrent.

*So I think change sometimes brings on disagreement. You know, trying to do something in a more innovative way can cause some fear and anxiety in people. (A1)*

*It was a very this group was very collaborative compared to some other groups where it's like the loudest person got hurt and everyone defers to that person. I worked with one of the doctors like that and it's more difficult. (A2)*

*A difference of opinion. So if I have an opinion about something and somebody else has another opinion. And then it's trying to figure that out. Sometimes it is misunderstanding as well. So, misinterpretation, maybe misunderstanding. (A3)*

### **Type des projets désirés par différents professionnels de la santé**

La quatrième partie de l'entrevue consistait à questionner les professionnels de la santé à savoir dans quels projets ils souhaiteraient s'impliquer ou diriger en tant que gestionnaire de projet. L'objectif était d'identifier le type des projets qui stimulent l'engagement de différents professionnels de la santé. Les infirmiers ont exprimé qu'ils désirent participer dans les projets ayant comme objectif d'améliorer l'efficacité des travailleurs de la santé de première ligne et aux projets ayant comme but de résoudre les problèmes auxquels les travailleurs de la santé et les patients ont à faire face. En améliorant les conditions et l'environnement des travailleurs de premières lignes, les patients bénéficieront ultimement de meilleurs soins. Les infirmiers rencontrés sont très peu intéressés par les projets d'analyse des politiques et des procédures.

*I think what what is what drives me the most is ultimately improving things, improving a system for the health care worker to working as efficiently as possible. My goal is not to improve the care they provide. They likely already provide a standard of care that is high in my contacts, in the intensive care, likely a high standard of care. And I have colleagues who maintain that level by way of educators. My role, I think, is to make sure that they work within a system that is efficient for them and makes their life a lot easier so they can stop focusing on the nuances of a broken health care system and work on the care that they need to care for that patient. And if I can contribute to that improvement, then I feel I have moved the needle a little bit while I was here. (I1)*

*As a nurse and even as a manager, like I, I want something that's going to improve patient care. And so I'll get a lot more if things. How is it how is it gonna impact my patient directly? So those are the ones that I will definitely gravitate towards as opposed to the ones that will maybe shape policy. (I2)*

*So everything from, you know, full on redesign of something that I think or feel or is known to be inadequate or ineffective. So you are very something part and starting from the ground up, having the opportunity to start something new, which is so exciting or even something as small as making a change that can have that, you know, maybe not seem to be so important, but really at the end of the day is just, you know, has a positive impact on how someone is able to deliver care or that or that can help, you know, a patient better navigate the system. (I3)*

*I like to just fix it and I like when the project is for sure like fixing a problem. (I4).*

Pour les médecins, l'intérêt est dans les grands projets, les projets innovateurs et ayant un potentiel d'améliorer les soins des patients. Apporter un changement important, trouver une solution aux problèmes et offrir la possibilité de faire une différence sont des éléments importants pour les médecins lorsqu'ils cherchent à participer à des projets.

*I like to be involved in innovative projects, so things that are new or novel. I would like to be involved in things that have broad scope and potential to impact, you know, humanity are, you know. So I like to get involved with things that have big potential to help. (M1)*

*Projects that that require change. Change is hard fact. I like the big wind projects that will make a big change, not little changes. You know, I like to to look at an opportunity and try to try to convince people that there's a better way of doing it. (M2)*

*So I think the two probably the two ones that are most interested in right off the bat, one is if I see that there's clearly inadequate care being provided for a certain thing where we can get a group of all of the I guess you call them stakeholders involved to*

*try and arm. So that is of interest to me. So if I'm clearly seeing a problem in the system and can get people involved and everyone is on the same page with let's fix this issue, that is one of the areas that really captured my attention and would be something that I would want to spend my own personal time trying to do. (M3)*

*I mean, really quality care and all those things is, I think, important. I so enjoy anything that will provide innovation for our patients. So I really enjoy innovation and finding solutions to problems rather than, you know, barriers. (M4)*

*So more projects I'm interested in are really looking at. So myself, I'd, I'd put up there things that improve patient care. So whether that end really because that's most of the reason why we're here, is to improve patient care. So those are good quality projects and quality projects. (M5)*

Enfin, les participants du groupe « autres professionnels » ont indiqué qu'ils sont intéressés par les projets améliorant le transfert des patients vers d'autres types de soins, des projets pouvant améliorer ou élargir les soins disponibles. Des projets permettant aux professionnels de la santé d'améliorer l'accessibilité des soins.

*So I am very interested in seamless transition times for patients, you know, optimal care, making sure they get to the right place in order to be treated. I would say right now is kind of my interest and again, quality. I mean, it comes back to you can come up with all of these ideas and protocols and pathways. But if the quality of the you know, the frontline staff isn't there to carry them out properly, that's a problem. So, it's also important. (A1)*

*We'll like to be involved in projects that are that are looking at services for patients like whether it's improving a service or expanding a service. But also ones that are like fairly practically based where you can kind of see. Less of that kind of whole process management from higher levels. (A2)*

En conclusion, les résultats obtenus témoignent, en tout premier lieu, de l'importance de la gestion de projet au sein du système de santé étudié. Les douze professionnels de la santé interviewés ont souligné l'existence d'un gain pour les patients lorsque les projets de soins sont mis en place en recherchant une saine collaboration entre les membres de l'équipe de projets. Certes, ces

professionnels de la santé ont un but commun lorsqu'ils sont appelés à intégrer une équipe de projets de soins : améliorer les soins. Cet intérêt commun ou aboutissement collectif pousse ces travailleurs de la santé à collaborer et à vivre des expériences positives (repérer les éléments d'accord pour faciliter le processus décisionnel).

Cependant, et comme les participants l'ont exprimé, les responsabilités, les pratiques et les valeurs propres à chaque profession peuvent engendrer des tensions entre professionnels de la santé au sein d'une équipe de projets de soins. Non résolues, ces tensions peuvent affecter négativement le succès et la qualité d'un projet de soins et par conséquent les soins offerts aux patients. À cet effet, il devient important de comprendre comment se déploie le compromis entre les valeurs des professionnels de la santé lorsqu'ils collaborent dans un contexte de projet de soins. Comme mentionnée lors du chapitre 3, la théorie des économies de la grandeur permet de classer les parties prenantes dans divers mondes dans le but d'analyser la cause des conflits et le processus qui peut permettre à la formation d'un accord ou compromis pour le bien commun. Le prochain chapitre permettra une analyse de ces résultats selon la théorie des économies de la grandeur de Boltanski et Thévenot.

## CHAPITRE 6 — ANALYSE DES RÉSULTATS



Au premier coup d'œil, les résultats révèlent que le simple fait que différents corps professionnels de la santé doivent travailler en équipe pour réaliser un projet peut engendrer des tensions. Ainsi, il importe d'atteindre une situation de compromis entre les professionnels qui collaborent dans un contexte de projet de soins. Il va sans dire que la réduction des tensions entre les membres d'une équipe de projet de soins peut inévitablement améliorer le succès d'un projet. Au sein de notre système de santé géré en adoptant le modèle-type de l'assurance-maladie nationale, on accorde une grande importance aux projets, car ceux-ci offrent la possibilité de considérablement améliorer les soins offerts aux patients comme le soulignent abondamment les participants au chapitre précédent.

### **Les systèmes de valeurs exprimés par les participants**

Dans le but de répondre à la question de recherche : *comment se déploie le **compromis** entre les valeurs des professionnels de la santé rencontrés lorsqu'ils collaborent dans un contexte de projet de soins*, nous avons comparé les résultats empiriques à la grammaire des mondes établie par les travaux de Boltanski et Chiapello (2011); Boltanski et Thévenot (1991). Nous avons ainsi été en mesure de distinguer les systèmes de valeurs des professionnels de la santé dans un contexte de projet de soins serti dans le modèle-type de l'assurance-maladie nationale. Par la suite, nous avons pu identifier les tensions possibles dans ce contexte, puis nous avons clarifié le processus permettant de parvenir à un compromis.

L'analyse a révélé deux principes : le premier étant que parmi les sept systèmes de valeurs (mondes) établi par Boltanski et Chiapello (2011); Boltanski et Thévenot (1991), les douze participants ont exprimé des principes provenant de seulement quatre de ces systèmes soit le monde industriel, des projets, domestique et civique. Deuxièmement, parmi les quatre systèmes de valeurs identifiés, ces douze professionnels de la santé ont majoritairement opté pour les principes des mondes industriels et des projets dans le contexte de projet de soins et d'assurance-maladie national.

Au total, 102 énoncés faisant référence aux valeurs découlant des mondes décrits par Boltanski et Chiapello (2011); Boltanski et Thévenot (1991) ont été distingués (Tableau 13). Les valeurs du monde des projets représentent 50 % (51 énoncés) de l'ensemble des énoncés. Ensuite, les valeurs du monde industriel symbolisent 44 % (45 énoncés). Puis, les valeurs du monde civique et domestique représentent 3 % (3 énoncés) et 3 % (3 énoncés) respectivement (Figure 6).

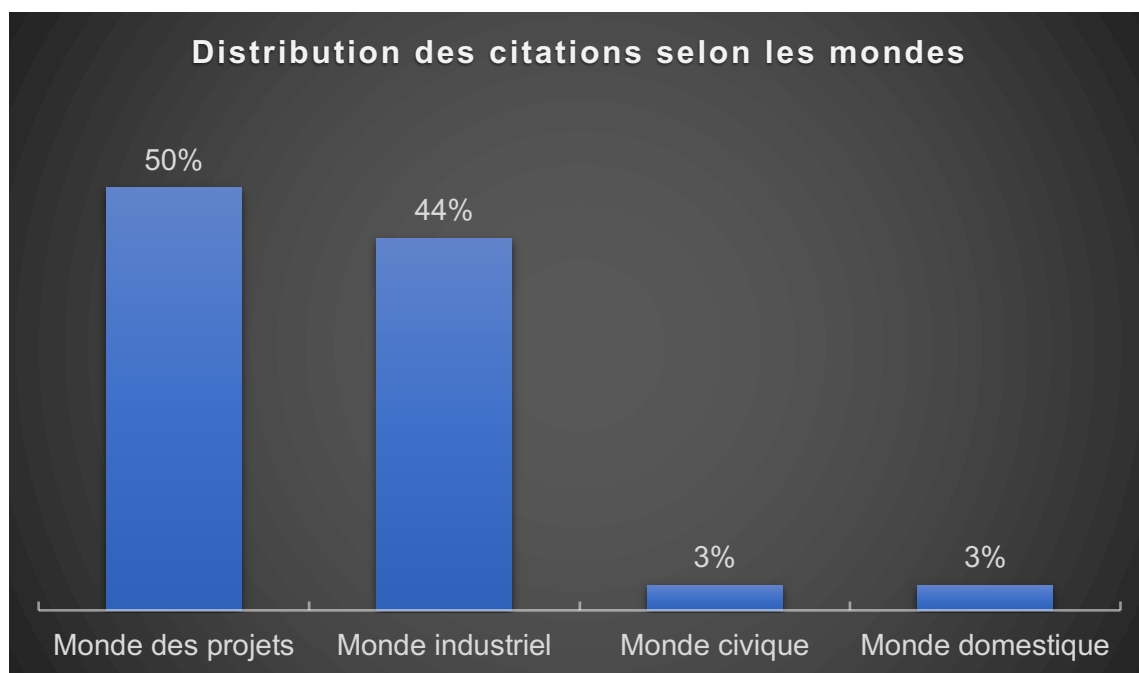
Tableau 13

*Répartition des énoncés selon les mondes*

	Répartition des énoncés	
	Nombre	Pourcentage
Monde des projets	51	50 %
Monde industriel	45	44 %
Monde civique	3	3 %
Monde domestique	3	3 %
Monde de l'inspiration	0	0
Monde l'opinion	0	0
Monde marchand	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>100 %</b>

Figure 6

*Les quatre systèmes de valeurs exprimés par les participants*



Trois participants, majoritairement du groupe « autres professionnels », ont exprimé quelques citations révélant les valeurs du monde civique et domestique. De ces citations, trois d'entre elles faisaient référence à la prééminence des collectifs (principe supérieur commun) du monde civique. Et trois autres citations faisaient référence à l'engendrement depuis la tradition (principe supérieur commun) et le rejet de l'égoïsme (formule d'investissement) du monde domestique. Étant donné que ces deux systèmes de valeurs ont été sous représentés, l'analyse se limitera sur les deux mondes ayant été représentés par

tous les groupes de professionnels soit le monde des projets et le monde industriel.

### **Valeurs du monde des projets**

Tel qu'évoqué au chapitre 3, le monde des projets s'intéresse aux outils de connexion, à joindre les forces des individus et à créer des liens qui vont permettre d'entreprendre plusieurs projets. Bref, c'est un monde qui encourage l'adaptabilité, la flexibilité et la disponibilité des individus pour ainsi participer à plusieurs projets. Onze des douze professionnels de la santé ont exprimé des principes provenant du monde des projets. Au total, 51 citations ont été assignées au système des valeurs du monde des projets. Seul un participant du groupe « autres professionnels » n'a exprimé aucun vocabulaire pouvant être attribué au monde des projets.

Le principe supérieur commun du monde des projets consiste à être l'activité qui encourage la production de liens entre les individus pour ainsi concevoir plusieurs projets. Autant les infirmiers, les médecins que les personnes du groupe « autres professionnels » ont exprimé le désir de multiplier des liens entre les différents professionnels dans le but d'accomplir plus efficacement les projets ayant comme objectif d'améliorer les soins offerts aux patients.

*I think working as a team is better than working as an individual (A1)*

*I want to know who's on this team. So, are these collaborators? (I2)*

*So, I think that what's really important is to first have the relationship (M2)*

De fait, les divers professionnels d'une même équipe de projet de soins aspirent à créer des liens lorsqu'une opportunité de réaliser un projet pouvant améliorer les soins se présente. Le projet de soins (qui est l'activité principale) semble unir les professionnels de la santé, et ainsi, multiplier la prolifération des liens.

L'état de grand du monde des projets implique la flexibilité, l'engagement des autres, la tolérance, etc. Comme pour le principe supérieur du commun, l'état de grand se retrouve dans les propos des trois groupes de participants.

*So, I think, and I think overall our team is pretty good at listening to different opinions (A3)*

*Inclusion is the way to go (I1)*

*You try to surround yourself with open minded people and positive people (M3)*

La majorité des professionnels de la santé ont souligné l'importance d'adopter une approche d'inclusion et d'écoute afin d'assurer le succès des projets de soins. L'ouverture et la flexibilité permettent ainsi de créer des liens plus significatifs ce qui affecte positivement la dynamique de l'équipe ainsi que le succès du projet.

La formule d'investissement dicte la condition essentielle pour atteindre l'équilibre du système de valeur. Le monde des projets établit la tolérance, la flexibilité et l'adaptabilité comme conditions à son système. Parmi nos participants, seul le groupe des infirmiers a exprimé les principes propres à la formule d'investissement du monde des projets.

*I guess, no, I don't, I don't have a lot of disagreements. It's when I think that I get frustrated when people don't listen. So I am trying to consider everything from all perspectives. Just stop for a minute and listen to what I have to say. It doesn't mean you have to agree with me. (I2)*

*So I am very conscious of when there's a group together that I I trust that everybody has strengths around that table that are not mine. And and so I'm looking for feedback from people who don't have the same viewpoint that I have. (I4)*

Malgré la reconnaissance de l'importance des liens et de l'ouverture par la majorité des professionnels, seuls les infirmiers ont exprimé le sacrifice à faire pour atteindre ces valeurs. Les infirmiers rencontrés se perçoivent comme étant les représentants des patients au sein d'un système où plusieurs professionnels leur offrent des soins. Il s'avère que le rôle de coordonnateur des soins incite les infirmiers à adopter un niveau de flexibilité plus important que dans d'autres professions, et ce, dans le contexte de projet de soins lorsque plusieurs de ces professions sont réunies.

En bref, très peu a été exprimé en lien avec la rupture d'engagement envers les projets. Seulement trois participants (deux médecins et un participant du groupe « autres professionnels ») ont exprimé des éléments pouvant empêcher le processus de la prolifération des liens ou décourager l'engagement dans un autre projet.

*Oh, I think it can. I think it can kill projects. You know, there's no doubt in my mind, you know, that there's barriers that are in existence that harm innovation and harm improvement. So, you know, unless you're really motivated at some point, the people who are leading the charge are just going to say, you know what? I've done everything I can. (M3)*

*If if I don't feel like my input is being taken into consideration, that will that will push me away. So and if someone is it clearly has their own agenda or their, you know, someone might say the ax to grind or whatever the the issue. (M1)*

*f there's a change in the hospital with some kind of policy or directive or direction or technical issues, that could really throw me like with this. When we started our new computer with our epic, yes, that was a huge challenge. So things like that really are much more difficult than any of the interpersonal challenges or or difficulties that would come up. (A3)*

Pour ces trois professionnels, le manque d'écoute ou de flexibilité de certains processus ou certaines politiques organisationnelles peuvent dissuader la continuité d'un projet. De plus, le peu d'intérêt à participer aux projets de soins survient selon eux lorsque les professionnels ne réussissent pas à former des liens entre eux.

### **Valeurs du monde industriel**

Un peu plus de 43 % des valeurs exprimées par nos participants correspondent à ceux du monde industriel. Il est primordial que les méthodes scientifiques, les objets techniques et les individus qualifiés puissent être mobilisés dans l'accomplissement des projets. L'efficacité et la performance sont les deux piliers du principe supérieur commun du monde industriel.

*I really enjoy what I'm doing now. So, I do also find efficiency important, especially in the health care age. (A1)*

*I think what what is what drives me the most is ultimately improving things, improving a system for the health care worker to working as efficiently as possible. My goal is not to improve the care they provide. (I1)*

*I mean, really quality care and all those things is, I think, important. I so enjoy anything that will provide innovation for our patients. So I really enjoy innovation and and finding solutions to problems rather than, you know, barriers. (M5)*



Au chapitre précédent nous avons souligné le souhait de la majorité des participants (peu importe leur profession) à améliorer l'efficacité et la performance du système de la santé (dont le modèle-type de gestion est l'assurance-maladie nationale) par le biais de projets de soins. Pour ces professionnels, les projets de soins offrent cette opportunité, car ceux-ci donnent la possibilité de mettre à profit leur expertise pour trouver des solutions aux problèmes actuels.

L'état de grand du monde industriel consiste à être quelqu'un de performant, fonctionnel, fiable et opérationnel. Sans doute, les professionnels de la santé s'identifient bien à ces valeurs de performance, de fonctionnalité et de fiabilité lorsqu'ils fournissent des soins aux patients.

*My role as an occupational therapist is to really look at where a person is in terms of their level of function. Be it physical or cognitive. And how does that relate to their discharge disposition. Do they need rehabilitation care? Are they safe to go home? What kind of recommendations can I make if they are going home to increase their safety? (A1)*

*So, yeah, I as a nurse, I provided some clinical care to to people as a frontline nurse. Currently as a leader in the intensive care part of the management team, I coordinate patient flow, manage staff and the whole nursing and allied health team here. And that consists of a number of different tasks from assuring that we have safe staffing numbers. Every shift. And making sure that people are up to date on all their competencies. Right down to down to patient flow and making sure that the hospital is or at least the intensive care is running as optimized as best it can. Keeping in mind the big picture of the entire hospital. So that's my job in a nutshell in my role. (I1)*

*Yeah caring. I'm a fixer so it was one of the things that attracted me as well is that's probably why I stayed in orthopedics for so long. Because we can see the immediate change after the hip replaced or something like that so I like to make people better or contribute to that at least. (M4)*

Tous professionnels de la santé confondus, les participants adhèrent au principe d'être fonctionnel et opérationnel. Ceci découle de leur perception de leur rôle au sein du système, soit de prendre soin des patients. Ils conçoivent leurs raisons d'être ainsi : offrir les meilleurs soins possibles aux patients, car c'est ainsi que le système de santé est le plus performant. Bien que ce principe s'applique au travail quotidien des répondants (et non aux projets de soins), il influence la décision des professionnels de la santé lorsqu'ils sont recrutés pour participer dans un projet de soins. Ultiment, ils cherchent à s'impliquer dans les projets de soins pouvant améliorer la qualité des soins.

La formule d'investissement du monde industriel met de l'avant le progrès. Quelques participants ont exprimé cette pensée par le biais de l'implantation du changement. C'est par le changement que les soins pourront s'améliorer et ils sont prêts à être responsables de ce changement.

*Projects that that require change? Change is hard fact. I like the big wind projects that will make a big change, not little changes. (M2)*

*Does this make people's lives easier and therefore make patient care better? And if I can answer those two questions and then the answer is yes. Then let's go. So I think my motivation is not I can't differentiate sort of my personal I'm I'm a nurse personally and what I think of it. I just felt compelled to make this change because I knew it was the right thing to do and I knew patients would be better off because of it. So my answer doesn't change. You know, I was as was my driving force. (I1).*

Selon Boltanski et Chiapello (2011); Boltanski et Thévenot (1991), le système de valeurs du monde industriel, on déshonore l'état du grand (le performant)

lorsqu'on ignore le caractère performant de l'individu. Cette idée a d'ailleurs été exprimée par une infirmière.

*I think sometimes it's it's. So, its workload. Yeah. Right. I think they or or significant change to current process in these things that, you know, that will trigger that pushback, particularly if something moves from being predominantly responsibility of one discipline and it moves over to the other. You know, that sort of thing. That's definitely problematic. (I3)*

Cette participante souligne le principe de transférer certaines responsabilités d'une profession à une autre sans prendre en considération les expertises (caractère performant). Cette approche crée des défis surtout dans le contexte d'un projet de soins. Un transfert de responsabilités ne peut se faire automatiquement sans prendre en considération l'expertise des autres professions, et ce, malgré le besoin criant.

En somme, les professionnels de la santé optent majoritairement pour les systèmes de valeurs provenant du monde des projets et du monde industriel dans le contexte de projet clinique. Ceci s'accorde avec la conclusion de Boltanski et Thévenot (1991) qui stipule qu'aucun monde ou système de valeurs n'évolue sans interagir avec d'autres dans un système social donné. Par conséquent, il est essentiel d'identifier les tensions pour ainsi permettre aux individus de ce système social de les atténuer. Cet ajustement permet la survie de ce même système social.

### **Tension et compromis entre le monde industriel et des projets**

L'agencement des résultats avec les travaux de Boltanski et Chiapello (2011); Boltanski et Thévenot (1991) n'a pas révélé des tensions majeures entre les trois groupes professionnels lorsqu'ils sont appelés à participer dans un projet de soins. Cependant, l'analyse a permis de constater qu'il existe une plus grande occurrence du monde des projets devant le monde industriel. Les professionnels de la santé (toutes professions confondues) préfèrent adopter les valeurs du monde des projets devant celles du monde industriel (dans le contexte de projet de soins), car ils ont un profond désir à établir de bonnes relations professionnelles avec les collègues, surtout dans un contexte où le principe d'interdisciplinarité peut améliorer les soins offerts aux patients. Ainsi, cette primauté du monde des projets permet l'atteinte du compromis.

Pour Boltanski et Chiapello (2011); Boltanski et Thévenot (1991), il est normal que les individus évoluent dans un contexte où les mondes se mélangent. Par conséquent, cet agencement peut engendrer des désaccords ou des tensions entre individus, car ces derniers sont ainsi confrontés à des situations inconnues ou nouvelles provenant des autres mondes. Pour les auteurs, la reconnaissance de ces désaccords ou de ces tensions permet à ce mélange ou à ce système social d'entamer le processus de cohabitation.

L'analyse de nos résultats a révélé que les professionnels de la santé rencontrés adoptent des valeurs du monde industriel et du monde des projets dans le contexte de projet de soins. Boltanski et Thévenot (1991) stipulent que les individus adoptant les valeurs du monde industriel critiquent ceux ayant adoptés le système des valeurs du monde des projets en précisant que lorsque les éléments de la personnalité, de la qualité de communication, de l'écoute et de l'ouverture aux différences comptent plus que l'efficacité. Les relations entre les professionnels priment sur l'efficacité, les méthodes scientifiques, la performance ou la productivité. Cette différence d'approche entre les deux mondes générerait donc des tensions entre les membres d'une équipe. Notre analyse n'a pas permis de distinguer une critique du monde des projets envers le monde industriel. Le modèle de système de santé d'assurance-maladie nationale semble inciter les organisations de ce système à considérer les structures qui cherchent à mettre en avant-plan le principe d'interdisciplinarité. Bref, les organisations de ce système tel que les hôpitaux recherchent à éviter toute sorte de structures qui peuvent isoler les professionnels de la santé.

Certes, certains répondants de cette recherche priorisent les relations entre les professionnels dans un contexte des projets cliniques. Par exemple, un répondant du groupe d'autres professionnels a exprimé que le fait de travailler en équipe avec d'autres professions est un élément clé dans son rôle en tant que membre d'une équipe de projet de soins. La possibilité d'interagir avec d'autres

professionnels et de discuter des diverses problématiques apporte une certaine satisfaction et un désir de continuer à participer dans les projets de soins. Même si un projet en question ou une décision de l'équipe apporte un rendement souhaité, il est essentiel que l'atteinte d'une saine collaboration entre différents professionnels de la santé soit convoitée à tout prix. Son absence générerait une dégradation de l'ambiance au sein de l'équipe de projets de soins, qui pourrait ainsi se traduire par une amplification des désaccords et une diminution de la performance collective.

*It's a really good part of the job. It's really good to be able to get different people's perspectives, to be able to share. To be able to talk to people about. Yeah, issues with patients, for example. So it's it's really it's really nice to be able to work. It's it's really rewarding to be able to work on a on a multidisciplinary team..... you know, they they like their teams. They work well with their teams. They feel supported in their teams. They feel respected in their teams. It's a it's a big part of the work that we do and it's hard doing it this way now where, you know, I'm connecting with people on a very potent virtually. Yeah. Yeah. And it's just it's it's not it's not consistent. It's not a little bit isolating. (A3).*

Un répondant du groupe infirmier a souligné que les tensions proviennent lorsque les opinions ou les faits (efficacité) prônent avant l'être humain. Même s'il existe des faits et de la littérature qui confirment le rendement d'une décision, il est important que les collègues soient respectés et écoutés avant tout. Cette ouverture d'esprit envers les individus doit toujours être considérée sans quoi, les membres d'une équipe de projet de soins seront en désaccord avec la décision, même si elle est la plus bénéfique à l'atteinte de l'objectif du projet. Donc, selon lui, le succès d'une équipe passe par une saine collaboration entre professionnels plutôt que la productivité d'une action donnée.

*...we forget that we're working with people. And so instead of trying to, for lack of a better word, pull the wool over someone's eyes or try to make something that is not a good outcome for them. Sound good? Offer up a bit of honesty and a bit of compassion. And I think that will go a long way. And I think we were pretty successful at that.... Whether that would be data, whether that would be literature that supports the decision, whether that would be case events that occurred because of, you know, if you go in with a bad idea to someone and it has no more weight than just your opinion or at least their perception, that is just your opinion. It's not going to go well. (I1).*

Un autre participant du groupe infirmier a souligné l'émergence des tensions entre membres d'équipe de projets de soins lorsque l'ouverture et la transparence ne sont pas prioritaires, malgré l'efficacité d'une décision. L'absence de la transparence produit des désaccords et des tensions, car les individus mésinterprètent les décisions. Pour cet individu, les relations humaines permettent de mieux expliquer une problématique ou l'efficacité du projet en question.

*People are often worried that when you make a change, that it's going to end, there'll be missed opportunities or potential job loss, things like that, or or loss of autonomy. You know, I think I think the more transparent you are about what the driver is, the better. (I4).*

Un participant du groupe médecin a souligné l'importance d'avoir des relations collégiales pour inciter sa participation dans un projet de soins. Une approche relationnelle agit positivement sur son désir de contribuer positivement à un projet. Le manque de cette sensibilité relationnelle engendre des désaccords, car l'individu interprète que sa contribution ne sera pas considérée.

*If someone is kind and and and and collegial and and warm in a in a very short email, they're like, what's their likely. Just as I feel it's really important to take the input of my collaborators into consideration. If if I don't feel like my input is being taken into consideration, that will that will push me away. (M1).*

Un autre membre du groupe médecin a souligné que les relations sont primordiales dans le contexte de projet de soins. Pour le participant, les tensions apparaissent lorsque le principe relationnel n'est pas priorisé au sein d'une équipe de projet. Par exemple, lorsque le caractère professionnel d'un individu est plus valorisé que sa capacité de créer des liens, les tensions peuvent émerger plus facilement lors de l'exécution du projet.

*it's about relationships that it's not about the work. It's about developing relationships. And it's not done with a thoughtful purpose. I just that's my philosophy. I think developing good relationships with team members is how you're gonna get the best work. It ends up being a good goal on its own, but it ends up being that you get the best outcomes...I think building relationships is important. I think the problems arise from you not feeling that way, but inherently being looked at that way as a different type of member because you're a physician. (M2).*

Seul un répondant du groupe médecin a exprimé l'importance de prioriser l'efficacité, même dans le contexte de projet de soins ou il y a plusieurs professionnels. Pour cet individu, il est réfléchi de dépersonnaliser l'équipe de projet pour assurer que les discussions et les décisions soient basées sur les faits. Les tensions surviendraient lorsqu'on se concentre sur les intérêts personnels des participants plutôt que sur le projet lui-même, c'est-à-dire, la productivité recherchée.

*So there's two things or a number of things. One of them is try to depersonalized and try to deal with facts and not like even when we're talking about positions and stuff, you know, real unless you're doing an evaluation. But if you're trying to do a project. Right, it's really not about the person doing the project. So it's about the project itself. (M5)*

Un autre répondant a mentionné que les tensions apparaissent lorsque les membres d'une équipe de projets de soins ne peuvent s'entendre sur les faits.



Cependant, cet individu a tout de même reconnu, comme la plupart des autres répondants, l'importance des bonnes relations entre individus qui travaillent dans la même équipe de projets de soin.

*You know, so but I think disagreements may occur when there's a dispute about facts, you know. So if you can't agree on the fact that it's really it can cause a lot of problems..... I think health care generally attracts people who have altruistic values and really do care about about others. (M3)*

### **Tensions entre individus et système plutôt qu'entre professionnels de la santé**

La plupart de nos répondants ont articulé que les tensions entre membres d'une équipe de projet de soins surviennent lorsque les éléments de la personnalité ne sont pas privilégiés. Selon notre analyse, ceci est causé par la concurrence entre les valeurs de la prolifération des liens (l'écoute, l'ouverture d'esprit et le désir de s'ajuster aux besoins des autres professionnels) et les valeurs de l'efficacité et de la performance. Puisque la grande majorité des professionnels de la santé impliqués dans ces projets de soins favorise un environnement où les relations entre professionnels sont privilégiées, on peut ainsi déduire que le désir d'efficacité au-devant de la prolifération des liens, proviendrait du système ou de l'organisation et non des professionnels de la santé.

Le système ou l'organisation qui soutient ces projets de soins, du moins celui répondant aux principes de gestion du modèle-type de l'assurance-maladie

ationale, semble prioriser l'efficacité. Le principe de performance et de progrès est en avant plan pour cette entité dans le contexte de projet de soins. Pour l'organisation, il est important que les individus (experts et spécialistes) soient sélectionnés dans l'équipe de projet pour leurs qualifications, peu importe l'historique de relations qui pourraient exister entre eux. Ceci a été illustré par les répondants par la façon que les équipes de projets ont été formées. Les quatre répondants du groupe infirmier ont exprimé que la sélection des membres était basée sur le rôle et l'expertise dans l'organisation. Le répondant 1 a cité que dans les projets de soins auxquels il a participé, les individus étaient choisis selon leur rôle et leurs responsabilités dans l'organisation et la haute direction devait approuver la sélection des membres. Le répondant 2 a invoqué que l'inclusion des professionnels de la santé dans un projet de soins dépendait de leurs fonctions dans l'organisation ou selon les directives du directeur de l'unité. Le répondant 3 du groupe a souligné que les membres de l'équipe de projet de soins étaient sélectionnés selon leur contribution possible à l'équipe. Finalement, le répondant 4 a précisé que certains membres d'une équipe ont été obligés de participer au projet de soins en raison de leurs fonctions et expertise dans l'organisation.

Le groupe de médecins a aussi souligné que la sélection des professionnels de la santé est faite selon le principe d'efficacité et d'expertise. Le répondant 1 du groupe a cité que les individus ont été invités à l'équipe de projets

selon les lacunes qu'ils pouvaient combler pour assurer une bonne exécution du projet. Tels que les infirmiers, deux autres participants ont discuté de la sélection selon la spécialité et connaissance des individus. Finalement, un répondant a exprimé que la haute direction incitait certains professionnels de la santé à participer dans un projet de soins. Pour les trois répondants du groupe d'autres professionnels, l'équipe de projets était simplement basée sur l'expertise clinique. Malgré la participation de certains individus par intérêt, les membres étaient invités en lien avec leurs qualifications.

En plus des tensions créaient en raison de la sélection des participants d'une équipe de projet selon leur expertise et leurs connaissances (sans considération des relations interprofessionnelles), les professionnels de la santé ont souligné que certaines tensions proviennent lorsque les gestionnaires imposent des limites budgétaires ou exigent un meilleur rendement du projet de soins sans ajustement des ressources financières. Selon l'expérience d'un participant (groupe médecin), les tensions proviennent lorsque la vision des professionnels (fournir les meilleurs soins possibles) affronte celle des gestionnaires du système (contrôler les ressources financières d'un projet de soins).

*So, you know, if if doing this procedure means it's going to be an extra million dollars a year or hospital, they're not going to want to do it, even though it improves patient care. And from their perspective, I can maybe understand it because we're gonna spend a million dollars on this procedure. It means that we don't have a million dollars to spend*

*somewhere else. So, you know, that's what I think administrators have to do, is they have to balance these things and say, OK, where do we want to be investing in and fully acknowledge that the decision to invest there is an infinite it's a decision not to invest somewhere else..... So I would say that's probably the biggest thing would be either you can't agree on the facts or you have different priorities. And when people have those different priorities, that can create conflict. I would say. (M3)*

Un autre participant a souligné que les tensions surviennent lorsque les gestionnaires imposent de nouvelles directives à l'équipe de projet de soins pour accroître le rendement des ressources financières allouées au projet de soins. Pour les professionnels, ces directives sont mises en place sans considération de la réalité clinique des professionnels et affectent négativement le travail des travailleurs de premiers lignes impliqués ou affectés par le projet de soins.

*Yeah, well, there were there were some. Coming from the director's point of view. So the person who's. You know, receiving, received the funding for the project. And who's happy to present the, you know, the volumes and the numbers to whoever. There is always pressure to increase the volumes and see people more. And and. What we felt was kind of cut corners in order to see more people. So I think the rest of the the hands on staff. So the people who are the frontline workers, I think felt. That would mean collectively, individually and collectively felt that we were. We were seeing. Having tried different things, they tried to increase the volumes and have in a way that they'd recommend it suggested in finding that it didn't it didn't work. We felt that it would. We'll be sacrificing the integrity and the uniqueness of our clinic. By increasing the volumes in the way that the director had recommended. (I2)*

En outre, le pouvoir décisionnel peut générer des tensions entre les professionnels de la santé et le système. Pour le participant 4 du groupe médecin, lorsque les gestionnaires s'approprient le pouvoir décisionnel dans le contexte de projet de soins, où plusieurs professionnels de la santé sont regroupés pour réaliser un projet, cela engendre des tensions.

*I think what where you go have a bit of tension is that when someone perceives that they have the ultimate authority in making the decision, then that leads to a. Somewhat..... So within. So if you're dealing with, like, for example, an M.D. or physician versus administrator, the administrators may feel that they because they have been empowered to make a decision that they would know best. And whereas if that can be quite difficult, because that can lead to disengagement (M4).*

Il est donc évident que les professionnels recherchent la prolifération des liens et que les organisations recherchent l'efficacité lorsque les projets de soins sont mis en place. Ce désir d'efficacité par le système est exposé lors de la formation des équipes de projets de soins, contrôle strict des ressources financières par les gestionnaires, désir d'un meilleur rendement du projet pour justifier l'investissement financier et appropriation du pouvoir décisionnel. Le système ou l'organisation ne considère pas au premier plan les éléments de personnalité (écoute, ouverture d'esprit, besoin des participants de créer des liens) lors de la création des équipes de projets de soin, contrairement aux professionnels de la santé qui eux favoriseraient tout d'abord la création des liens entre eux (Tableau 14).

Table 14

*Possible des tensions entre professionnels de la santé et les gestionnaires dans le contexte de projet de soins*

<b>Les causes des tensions entre professionnels de la santé et système (gestionnaire) dans le contexte de projet de soins</b>	
<b>1</b>	Sélection des participants basée sur l'expertise et les connaissances sans considération des relations interprofessionnelles.
<b>2</b>	Contrôle budgétaire des gestionnaires
<b>3</b>	Modification des objectifs du projet de soins pour accroître le rendement des ressources financières investies.
<b>4</b>	Appropriation du pouvoir décisionnel par les gestionnaires.

### **Compromis entre le monde des projets (professionnels de la santé) et le monde industriel (système ou organisation)**

Pour Boltanski et Thévenot (1991), une fois que les tensions sont identifiées, il est nécessaire de rechercher le bien commun (un compromis) afin d'assurer le bon fonctionnement des organisations ou de la société. Grâce au compromis, « *on se met d'accord pour composer, c'est-à-dire pour suspendre le différend* » (p. 337). Pour les auteurs, les participants de deux mondes doivent rechercher le bien commun tout en considérant les parties prenantes directement ou indirectement atteintes par l'accord.

*Dans le compromis, les participants renoncent à clarifier le principe de leur accord, en s'attachant seulement à maintenir une disposition intentionnelle orientée vers le bien commun. Cet objectif est réalisé en recherchant l'intérêt des parties prenantes, mais aussi l'intérêt de ceux qui ne sont pas directement touchés par l'accord. (p. 338).*

L'analyse a révélé une tension entre le monde industriel et le monde des projets. Tel que présenté dans le chapitre 3, le monde industriel est défini comme un système de valeur où la performance technique et l'efficacité sont favorisées. Les compétences et l'expertise des individus sont grandement recherchées pour assurer un progrès technique et opérationnel. Quant au monde des projets, c'est un système de valeur où les relations (connexions) entre individus ont une grande importance. Les individus sont encouragés à s'adapter, à collaborer et à communiquer pour assurer une continuité des relations et des projets. Le chapitre discute aussi du processus de compromis entre différents mondes. Le compromis entre le monde industriel et le monde des projets est atteint lorsque les personnes s'auto-organisent, inventent des règles locales sans que celles-ci ne puissent être totalisées et rationalisées mondialement par un éventuel bureau d'organisation. Les auteurs présentent cette figure de compromis comme guide à l'atteinte d'un accord entre les deux systèmes. Toutefois, nous avons noté d'autres déclinaisons lors des interactions avec les professionnels de la santé.

Sans doute que le processus de compromis entre le monde industriel et le monde des projets doit considérer le principe de la performance et le désir de se lier ou de créer des connexions. Par conséquent, le compromis entre ces deux

systèmes de valeurs doit passer par la création d'un environnement où les individus peuvent adapter leurs méthodes de travail selon la technologie et l'expertise, créer des relations et des partenariats, communiquer efficacement et faire confiance à l'expertise des individus. Les personnes doivent être en mesure de s'autoorganiser.

Dans le contexte de projets de soins, l'équilibre entre la création des liens professionnels et l'application des méthodes scientifiques (c'est-à-dire, le compromis) peut ainsi contribuer grandement à l'harmonisation de l'équipe ainsi qu'au succès de celui-ci. Les membres d'une équipe de projets de soins doivent être en mesure d'établir leurs propres règles de conduite lors de l'exécution du projet sans l'influence de l'organisation chef. Tel qu'illustré précédemment, le contexte de projet de soins engendre des tensions entre le monde des projets (représenté par les professionnels de la santé) et le monde industriel (représenté par l'organisation, les gestionnaires ou le système). Il est évident que l'apaisement de ces tensions doit passer par un sain équilibre entre le désir des professionnels de créer des relations et la recherche d'efficacité par l'organisation ou le système qui supporte le projet de soins. Les entretiens avec les professionnels de la santé ont permis de révéler les formes de compromis pouvant aider les deux systèmes à atteindre ce compromis vital pour le succès des projets de soins. Tout d'abord, l'organisation et les professionnels de la santé doivent être en mesure d'établir un climat de projet où la transparence règne.



Cette transparence permet un meilleur échange d'information entre l'organisation et l'équipe de projet ainsi qu'entre les professionnels.

*« I think transparency is important. Like I said, knowing the why behind the change is important. Having people who are impacted by a change or the project be able to have a voice is important. And then as well as I think having sort of organizational support... »  
(A1).*

Puis, les deux parties doivent encourager le principe d'inclusion en incitant un environnement où la consultation est encouragée. Offrir l'opportunité aux professionnels de la santé de s'exprimer face au projet de soins produit un engagement à participer dans la recherche des solutions, par conséquent l'atteinte du compromis qui peut influencer positivement plusieurs parties prenantes, même celles indirectement atteintes.

*I truly believe that inclusion is the way to go. And I sort of see if we look at a project sort of from from A to Z or front to back, the the the the idea of consulting takes a lot longer than people would like. That can sometimes frustrate some people who just want to action things and move things along. But really, that's probably the most important part for a couple of reasons. One, people feel involved and engaged and that's huge. That needs to happen. If people are to even agree with you on whatever you're talking about. So by consulting, you're empowering them and you're making them part of the solution. And yes, that's a lot of emails. That's a lot of legwork. That's a lot of telephone calls »  
I1.*

Ensuite, les deux représentants de chaque système de valeurs doivent travailler à considérer les relations entre les membres de l'équipe de projet. Lors de la formation de l'équipe de projet de soins, l'organisation doit encourager ou attirer les professionnels de la santé ayant déjà établi des relations ou ayant déjà collaboré précédemment (si possible). Ceci incite une continuité des relations

proposées par le monde des projets. De plus, l'existence des liens professionnels permet aux professionnels de résoudre des conflits plus aisément et d'appliquer les méthodes de travail. « *Having a history of working together. And I think that helps where you build trust in* » (M4).

*Yeah, I think. You know, I think transparency is very important. I think if you have relationships already built, then those disagreements can be worked on. I can be open and honest and, you know, they come from a good place rather than a negative motivation. Right. If you've already built those relationships. So I think that's what's really important is to first have the relationship. So then if there is conflict, you're able to manage them and come to some agreement or not* (M2).

En plus, lors du recrutement des professionnels de la santé, il est essentiel d'approcher les candidats potentiels individuellement, plutôt qu'avec une approche de masse. Cette personnalisation du recrutement amplifie la confiance des professionnels envers le projet de soins, qui indirectement agit positivement lorsqu'il est temps de trouver un compromis lors d'un conflit.

*When people reach out to me personally and ask for my involvement and say, you know, it'd be great to have you involved in, could you support this? I'm much more likely to to join a project. When they're seeking help, when they do it as an individual request. When they do it in a super collaborative and collegial fashion, then. And it's respectful, etc., those types of things.* (M1)

Il est essentiel qu'un leadership rassembleur soit encouragé au sein de l'équipe de projets de soins. Le gestionnaire de projet doit sans doute être en mesure de soutenir les professionnels de la santé tout en considérant les intérêts de l'organisation.

*I think some of that has to do with leadership. So. Depending on the. Leadership style. Yeah, the person like the leader and what their style is and how they interact or how they get involved, how present they are, how supported people feel that around that person.* (A3).

De plus, les membres de l'équipe de projets de soins ainsi que l'organisation doivent constamment encourager un climat d'écoute et d'échange d'idée. D'autant plus, cette ouverture favoriserait la recherche de solutions lors de conflits.

*I think you need you need to listen. Right. I think I think there needs to be a bunch of a lot of open dialog. People need to feel very free to express their concerns. I think there needs to be an opportunity for, you know, just because we decide this and we tried it doesn't work. Then we can you know, let's try something else. Like it needs to be more of an iterative process. I think in the you know, I mean, I think you have to be open to piloting and trying things and not solidify. You know, everything you know, like I say, even get just have to be. I mean, the more open minded and less coverage the team is, the better. (I3)*

Finalement, il est essentiel que les professionnels de la santé soient en mesure de fournir une certaine rétroaction lorsque les méthodes de travail adoptées n'ont pas permis d'atteindre l'objectif désiré. Cette rétroaction doit inclure des suggestions ou des solutions pour permettre à l'organisation de mieux répondre aux besoins des professionnels de la santé ainsi que du projet de soins en question.

*There are some compromises that we did, we did try some of those. And then then to report back that, you know, we we have tried that. That doesn't work. Some of the changes that were suggested, we just couldn't do logistically because we don't have the staff to do it. We don't have the doctors are too busy to have more clinics. (A2)*

En somme, le compromis entre le monde industriel et le monde des projets dans le contexte de projet de soins piloté au sein d'un système de santé gouverné selon le modèle-type de l'assurance-maladie nationale est atteint lorsqu'il y a un esprit de transparence entre les professionnels de la santé et l'organisation ;

lorsque l'équipe encourage le principe d'inclusion ; lorsque les relations entre professionnels de la santé sont prises en considération lors de la formation de l'équipe de projet de soins, lorsqu'un leadership assembleur est préconisé, lorsqu'il y a de l'écoute entre les professionnels de la santé, et lorsque les participants sont en mesure de fournir une rétroaction à l'organisation, surtout lorsque des défis au sein du projet de soins ont été rencontrés. L'amalgame de tous ces éléments permettra une collaboration harmonieuse entre les professionnels de la santé, qui ont pour désir de favoriser de meilleures relations professionnelles, et l'organisation, qui elle désire atteindre de haut niveau d'efficacité à travers l'accomplissement du projet de soins.

## CHAPITRE 7 — DISCUSSION

Alors que le précédent chapitre fournissait une analyse des résultats obtenus lors des entretiens avec les professionnels de la santé, ce dernier chapitre permettra de discuter des résultats obtenus en comparaison avec les récents travaux scientifiques.

La question de recherche consistait à comprendre comment se déploie le compromis entre les valeurs des professionnels de la santé lorsque ceux-ci collaborent à un projet de soins se déroulant au sein d'un système de santé dont le modèle-type de gestion est celui de l'assurance-maladie nationale. L'analyse des résultats obtenus a permis d'établir qu'il existe peu ou presque pas de tensions entre les professionnels de la santé lorsqu'ils participent dans des projets de la sorte. Chaque professionnel semble approcher les projets de soins avec le désir de collaborer avec l'ensemble de ses collègues toutes professions confondues. Cette ouverture d'esprit entre les professionnels dérive d'un objectif commun, soit de fournir les meilleurs soins possibles aux patients. Pour ces professionnels, les projets de soins offrent l'opportunité d'unir leurs efforts pour le bien des patients.

Malgré l'absence de tensions entre les professionnels de la santé dans un contexte de projet de soins, cette étude a tout de même révélé qu'il existe certaines tensions entre les professionnels de la santé et les gestionnaires du système de santé. Alors que les professionnels de la santé semblent approcher les projets avec le profond désir de créer et d'approfondir des relations professionnelles, les gestionnaires du système semblent plutôt être guidés par des valeurs d'efficacité et de rentabilité. Selon Waldman et Cohn (2007), les pratiques médicales ont évoluées dans les derniers 50 ans tandis que les systèmes de santé ne se sont pas ajustés en connivence à ces changements.

Cette invariabilité a engendré et continue même aujourd'hui de générer des tensions entre les professionnels de la santé et les gestionnaires du réseau. Les professionnels de la santé se sentent redevables aux autres professionnels de la santé, tandis que les gestionnaires sont pour leur part redevables au conseil d'administration de l'institution (leurs décisions découlent directement de leur souhait étant de trouver la meilleure utilisation des ressources disponibles). Ainsi, cette différence crée des pressions entre les deux acteurs. Waldman et Cohn (2007) concluent que les deux parties partagent trois valeurs, l'altruisme, le service et le désir de faire face aux défis liés au système de santé. Ces valeurs peuvent offrir un bon environnement de communication entre les divers acteurs qui peut ainsi générer des relations de collaboration plutôt que des relations de confrontation.

Les professionnels de la santé ayant participé à cette étude ont exprimé ce désir d'améliorer les soins offerts aux patients et leur profond intérêt à collaborer avec les autres professionnels pour l'avancement d'un projet de soins. Sans doute, il serait pertinent de mettre en évidence ces valeurs communes lors de la planification et de l'exécution des projets de soins. Cette pratique permettrait ainsi l'atteinte plus rapide du compromis et l'amélioration de la communication entre les divers professionnels. Par conséquent, les tensions et les désaccords diminueraient certainement. La recherche d'équilibre entre le désir de créer de bonnes relations interprofessionnelles et l'appétit d'une meilleure efficacité



pourrait alors agir comme facteur de succès pour les projets de soins conduites au sein de système devant répondre aux prérogatives de l'assurance-maladie nationale.

La collaboration active entre les participants à la mise en œuvre d'un projet de soins ainsi que tous les acteurs affectés par celui-ci est un facteur de succès important. Cette collaboration a fait l'objet de plusieurs recherches dans les dernières années (Dietrich *et al.*, 2010). Tel que mentionné antérieurement, un projet consiste à être un effort temporaire initié pour créer un produit ou pour répondre à une problématique spécifique. Ce principe d'organisation temporaire a été l'objet de plusieurs travaux scientifiques. Sydow et Braun (2018) soulignent que les récentes études se sont centrées sur l'analyse des équipes de projets comme des groupes d'individus plutôt que des entités organisationnelles. De plus, les auteurs expriment que le succès des projets composés des individus provenant de divers milieux repose sur les relations existantes. Ces relations permettent à l'équipe de faire face à l'incertitude ; offre une meilleure flexibilité organisationnelle du projet tout en incitant un esprit d'innovation et de performance dans les organisations de projet.

La majorité des professionnels de la santé ayant participé à notre étude ont bien souligné l'importance des bonnes relations entre les professionnels. L'existence de ces liens améliore grandement le climat de travail de l'équipe de

projet de soins tout en facilitant la recherche de compromis lorsqu'il y a des désaccords.

*I think if you have relationships already built, then those disagreements can be worked on.... So, I think that what's really important is to first have the relationship (M2). ...We forget that we're working with people. And so instead of trying to, for lack of a better word, pull the wool over someone's eyes or try to make something that is not a good outcome for them. Sound good? Offer up a bit of honesty and a bit of compassion. And I think that will go a long way (I1).*

De plus, lorsque les relations professionnelles sont prises en considération lors de la formation de l'équipe, le contexte temporaire du projet de soins vient offrir l'opportunité à ces professionnels d'atteindre plus rapidement l'objectif ciblé. En échange, les gestionnaires retrouvent cette efficacité recherchée.

Tel que révélé au chapitre 2, Gauthier et St-Pierre (2012) ont souligné que l'intégration est un facteur de succès, car elle peut améliorer la performance des équipes de projet de soins. Ils citent qu'il est important de considérer les besoins des participants du projet de soins pour assurer la création des meilleurs liens interdisciplinaires et interorganisationnels. Cette étude a bien illustré le désir des professionnels de la santé de créer des liens professionnels, et ce de façon continue. Cette observation est en ligne avec les constatations de Gauthier et St-Pierre (2012) qui suggèrent de considérer la répétition des échanges entre professionnels de la santé pour assurer une meilleure intégration des équipes de projets de soins. Bref, il est essentiel de considérer les relations interpersonnelles

entre les participants d'un projet de soins, car la réussite de ce dernier en dépendant.

L'analyse a aussi révélé que les professionnels de la santé ont la perception que les gestionnaires du système recherchent l'efficacité lors de l'exécution des projets de soins. Cette différence de besoins primaires entre les professionnels de la santé et les gestionnaires engendre des tensions, qui affectent négativement le succès des projets. Kaissi (2008) souligne que les tensions entre les gestionnaires des hôpitaux et le personnel médical sont à leur plus haut niveau. Le système de santé ayant adopté l'assurance-maladie nationale n'échappe pas à cette réalité. Khokher *et al.* (2009) ont cité qu'au Canada, les professionnels de la santé vivent des tensions avec les gestionnaires. Ces tensions sont causées par plusieurs facteurs comme la croissance des programmes hospitaliers, mais également par les différentes visions ou valeurs des acteurs. Les gestionnaires adoptent davantage un vocabulaire exprimant les valeurs d'efficacité reliées à la rentabilité financière et ils perçoivent généralement que les ressources du milieu hospitalier sont limitées. Quant à eux, les professionnels adoptent un vocabulaire exprimant la qualité des soins et ils perçoivent que les ressources du milieu hospitalier sont illimitées.

Le personnel médical ayant participé à de notre étude ont bien articulé les tensions existantes entre les gestionnaires de la santé dans un contexte de projet

de soins. Voici les facteurs contribuant à l'augmentation des tensions : la sélection des participants basée sur l'expertise et les connaissances sans considérer les relations interprofessionnelles ; le contrôle budgétaire des gestionnaires ; la modification des objectifs du projet de soins pour accroître le rendement des ressources financières investies et l'appropriation du pouvoir décisionnel par les gestionnaires. Certes, la vision de l'équipe de projet comme organisation temporaire peut offrir aux gestionnaires et aux professionnels de la santé l'occasion d'atteindre un compromis. Boltanski et Chiapello (2011); Boltanski et Thévenot (1991) suggèrent de permettre aux individus de s'auto-organiser sans être influencés par l'organisation mère ou le siège social peut contribuer grandement à l'atteinte d'un compromis. Bref, le principe d'organisation temporaire peut donner l'occasion à l'équipe de projets de soins d'établir des lignes directrices qui vont permettre une meilleure collaboration entre les professionnels de la santé et les gestionnaires du système.

## CHAPITRE 8 — CONCLUSION

Ce dernier chapitre consiste à dresser la liste des contributions scientifiques ainsi que les implications pratiques que cette recherche a soulevées. Nous terminerons avec une conclusion qui inclura les limites de ce travail et les considérations possibles pour le futur.

Comme illustré au chapitre 1, la gestion de projet permet aux organisations performantes d'accomplir 89 % de ses projets qu'elles amorcent alors que les organisations moins performantes achèvent seulement 36 % de ceux-ci. Le secteur de la santé n'échappe pas à cette réalité. Tout nous porte à croire que la gestion de projet a le potentiel de jouer un rôle clé dans l'amélioration des soins de santé, et ce, peu importe le modèle de gestion de soins choisi. Le succès des projets peut ainsi grandement influencer la qualité de vie des individus, jusqu'à en faire la différence entre la vie et la mort.

Par conséquent, ce mémoire avait comme objectif de contribuer à la une meilleure compréhension des facteurs pouvant améliorer le succès des projets de soins du secteur de la santé en contexte d'assurance-maladie nationale. Les professionnels de la santé ont un profond désir de créer des relations avec les autres professionnels. En effet, ces connexions offrent l'opportunité d'unir leur force pour le bien-être des patients. Tandis que de leur côté, les gestionnaires poursuivent ardemment un meilleur rendement de leurs projets dans l'objectif d'améliorer l'efficacité du système. Ces deux visions peuvent certainement générer des tensions lors de la mise en œuvre de projets. Par conséquent, il est raisonnable de mettre de l'énergie à tenter de mieux comprendre et résoudre ces tensions. Certes, un contexte ou un compromis entre les valeurs des professionnels et celles des gestionnaires est nécessaire et peut améliorer grandement la performance de l'équipe de projet. Lorsqu'on réussit à trouver un

compromis dans les valeurs des acteurs, ceux-ci sont davantage en mesure de trouver rapidement des solutions qui permettent au projet de soins de résoudre une problématique et ainsi ultimement d'améliorer les soins offerts aux patients.

### **Contributions scientifiques**

Cette recherche contribue à l'avancement des connaissances au sein de la gestion de projets de soins dans le secteur de la santé. Préalablement, Gauthier et St-Pierre (2012) ont souligné l'intérêt d'une saine collaboration entre les différents professionnels de la santé dans un contexte de projet serti dans un système dont un modèle-type de gestion est celui de l'assurance-maladie nationale. Pour les auteurs, l'intégration des équipes de projets favorise le succès des ceux-ci. Cette intégration passe par la distinction des caractéristiques propres à chaque participant ou à chaque profession. Rainville (2016) a souligné que la culture, les dimensions organisationnelles et les dimensions disciplinaires influencent cette intégration. Les valeurs, les pratiques et les connaissances acquises lors d'une formation ou de l'expérience professionnelle agissent sur l'efficacité d'une équipe de projet. Emmitt (2010) précise, quant à lui, qu'il est important de rechercher la parité sociale entre les membres d'une équipe de projets et les valeurs des professionnels. Cette compréhension des valeurs contribue à l'atteinte d'un compromis.



Tout d'abord, ce travail a permis de constater que dans un contexte de projet de soins, les professionnels de la santé adoptent des valeurs qui incitent la prolifération des liens. Ce type de projet fournit un environnement aux professionnels de la santé afin de collaborer véritablement pour le bien des patients. Puis, il fut distingué que les représentants du système de santé (c'est-à-dire, les gestionnaires) jouent un rôle clé dans les projets de soins au cœur d'un système de santé organisé et géré selon les principes de l'assurance-maladie nationale. Ils adoptent un système de valeurs qui recherche l'efficacité et le meilleur rendement. Par la suite, il fut noté que les tensions dans le contexte de projets de soins sont générées généralement par l'affrontement entre les valeurs des professionnels et celles des gestionnaires. Finalement, il fut conclu que le compromis entre ces deux systèmes de valeurs agit comme facteur de succès des projets de soins. Il permet une harmonie qui incite les deux acteurs à identifier les solutions aux projets de soins ainsi aux systèmes de la santé.

### **Contributions pratiques**

Cette recherche a aussi permis de distinguer quelques pistes pratiques à considérer lors de l'élaboration des projets de soins. Certes, les gestionnaires

ainsi que les professionnels de la santé ont tous le désir d'améliorer les soins offerts aux patients par l'entremise des projets de soins. Cependant, l'association entre le désir de faire proliférer des liens professionnels (de la part des professionnels de la santé) et le désir d'efficacité (de la part des gestionnaires) peut engendrer des tensions, ainsi affecter le succès du projet. Pour prévenir ces tensions et améliorer le succès des projets, il serait pertinent de construire les équipes de projets de soins en considérant les relations entre professionnels, plutôt que de sélectionner les participants selon le profil académique et professionnel seulement. Par exemple, chercher à unir les professionnels de la santé ayant déjà collaboré antérieurement ou introduire des activités ayant comme objectif d'inciter la prolifération des liens tout au long du projet. Concernant le désir de l'efficacité, l'équipe de projet de soins aurait intérêt à établir des lignes de communication qui assurent la révision de l'efficacité tout au long de la planification et l'exécution du projet. Étant un élément important pour les gestionnaires, ceci donnerait confiance aux gestionnaires qui sont redevables aux ressources financières et matérielles.

### **Limites et futures considérations**

Bien que cette étude ait permis de saisir la dynamique entre les professionnels de la santé et les gestionnaires du système de santé en contexte de projet de soins, il comporte quelques limites à considérer pour assurer une

bonne continuité de la recherche. Comme indiqué au chapitre 4, nous avons discuté avec douze professionnels de la santé provenant du même établissement de santé. Certes, la quantité limitée du nombre des participants ainsi que leurs provenances institutionnelles apportent une certaine limite. Pour assurer une meilleure validité des résultats, il serait pertinent de conduire des entrevues avec plusieurs professionnels de la santé provenant de différents professions et établissements de santé. Ainsi, il serait possible de discerner les éléments (soit professionnel ou institutionnel) affectant l'atteinte de ce compromis.

Les professionnels de la santé ayant participé à cette étude ont certainement fourni de l'information pertinent qui a permis d'aboutir à nos conclusions et à nos contributions scientifiques. Lors des entrevues, le même guide d'entrevue a été utilisé pour les douze participants afin d'assurer une conformité des données. Ces participants ont été recrutés grâce à deux représentants de l'établissement de santé (provenant de deux départements). Par conséquent, les participants étaient majoritairement de ces deux départements. Ces professionnels avaient une expérience particulière en lien avec les projets de soins qui est propre à ces départements. Il serait donc pertinent de diversifier l'expérience de projets de soins pour examiner davantage l'impact de celle-ci sur les systèmes de valeurs ainsi que l'atteinte du compromis dans un contexte de projet de soins. Une sélection plus aléatoire des professionnels de la santé serait bénéfique.

Par ailleurs, cette étude a été affectée par le contexte sociosanitaire qui était imprévisible lors de l'élaboration de l'étude. Un total de dix entretiens sur 12 ont été conduits par vidéoconférence à cause de la pandémie (au lieu d'entretiens face à face comme prévu). Les établissements de santé ont dû ajuster leurs objectifs afin d'assurer une meilleure gestion de la pandémie. Par conséquent, nous avons dû ajuster la méthode de collecte de données pour respecter les règles sanitaires mises en place par le gouvernement et les établissements au moment des entretiens. Cet ajustement a ainsi affecté la transférabilité de l'étude, car ce contexte particulier ne peut être reproduit pour permettre l'analyse de son impact dans les prochains travaux scientifiques.

Enfin, le modèle-type de gestion du système de santé est un contexte à considérer. Il est possible que les résultats diffèrent selon que le modèle-type soit le modèle de Beveridge ou encore celui du Out-of-Pocket pour prendre quelques exemples.

Cette recherche a permis de distinguer le système de valeurs qu'adoptent les professionnels de la santé et celui adopté par les gestionnaires, selon les professionnels de la santé. Il serait pertinent de refaire le même exercice et inclure les gestionnaires. Ceci permettrait de distinguer le système de valeur propre aux gestionnaires. Par la suite, il serait pertinent d'examiner plus précisément les

éléments clés ou les facteurs incitant une prolifération des relations chez les professionnels de la santé. La présence des meilleures relations entre les professionnels de la santé semble agir positivement au succès du projet. L'identification et l'analyse des facteurs améliorant cette prolifération aideraient à mettre en place de meilleures équipes de projets de soins.

## Références

- ACPM. (2013). *Nouvelles approches à l'intégration des soins*. <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2013/new-approches-healthcare-integration>
- Afzal, A., et Gauthier, J.-B. (2017). Project management and practitioners in health sector: From the Quebec Healthcare system perspective to PM literature review [Unpublished work\_in progress].
- Al-Busaidi, Z. Q. (2008). Qualitative research and its uses in health care. *Sultan Qaboos Univ Med J*, 8(1), 11-19.
- Andersen, E. S., Birchall, D., Jessen, S. A., et Money, A. H. (2006). Exploring project success. *Baltic Journal of Management*, 1(2), 127-147. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1108/17465260610663854>
- Arbab Kash, B., Spaulding, A., Johnson, C. E., et Gamm, L. (2014). Success Factors for Strategic Change Initiatives: A Qualitative Study of Healthcare Administrators' Perspectives [Article]. *Journal of Healthcare Management*, 59(1), 65-81. <https://doi.org/10.1097/00115514-201401000-00011>
- Atkinson, R. (1999). Project management: cost, time and quality, two best guesses and a phenomenon, its time to accept other success criteria. *International Journal of Project Management*, 17(6), 337-342. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0263-7863\(98\)00069-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0263-7863(98)00069-6)
- Baba, S. (2016). Vers un cadre conceptuel socio-constructionniste pour appréhender l'acceptabilité sociale. *Éthique Publique*, 18(1).
- Baccarini, D. (1999). The logical framework method for defining project success. *Project Management Journal*, 30(4), 25-32. <https://apps.uqo.ca/LoginSigparb/LoginPourRessources.aspx/?docview/218777408?accountid=14724>  
[http://openurl.uquebec.ca:9003/uqo?url\\_ver=Z39.88-2004&rft\\_val\\_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Aabiglobal&atitle=The+logical+framework+method+for+defining+project+success&title=Project+Management+Journal&issn=87569728&date=1999-12-01&volume=30&issue=4&spage=25&au=Baccarini%2C+David&isbn=&jtitle=Project+Management+Journal&bttitle=&rft\\_id=info:eric/&rft\\_id=info:doi/](http://openurl.uquebec.ca:9003/uqo?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Aabiglobal&atitle=The+logical+framework+method+for+defining+project+success&title=Project+Management+Journal&issn=87569728&date=1999-12-01&volume=30&issue=4&spage=25&au=Baccarini%2C+David&isbn=&jtitle=Project+Management+Journal&bttitle=&rft_id=info:eric/&rft_id=info:doi/)
- Baiden, B. K., et Price, A. (2011). *The effect of integration on project delivery team effectiveness* (Vol. 29). <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2010.01.016>
- Barondeau, R., et Hobbs, B. (2019). A pragmatic sociological examination of projectification. *International Journal of Managing Projects in Business*, 12(2), 282-297. <https://doi.org/doi:10.1108/IJMPB-03-2018-0038>
- Bayad, M., Delobel, B., et Ribau, N. (2002). Les projets qualité dans les hôpitaux publics en France : les perceptions des acteurs. *Gestion*, 27(3), 100-112. <https://doi.org/10.3917/riges.273.0100>

- Belassi, W., et Tukul, O. I. (1996). A new framework for determining critical success failure factors in projects. *International Journal of Project Management*, 14(3), 141-151.
- Berger, K. (2015). A Primer on Project Management for Health Care. <https://www.hsph.harvard.edu/ecpe/a-primer-on-project-management-for-health-care/>
- Bérubé, J. (2015). *La gestion du travail créatif dans les petits agences de publicité situées en périphérie des grandes centres urbains* HEC Montréal].
- Bérubé, J., et Gauthier, J.-B. (2017). *Creative Organizations: Reaching a Favorable Competitive Positioning in the Creative Market*.
- Biedenbach, T., et Jacobsson, M. (2016). *The Open Secret of Values: The Roles of Values and Axiology in Project Research* (Vol. 47). <https://doi.org/10.1177/875697281604700312>
- Boltanski, L., et Chiapello, È. (2011). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Gallimard.
- Boltanski, L., et Thévenot, L. (1991). *De la justification : les économies de la grandeur*. Gallimard.
- Brinkmann, S., et Kvale, S. (2015). *InterViews : learning the craft of qualitative research interviewing* (Third Edition. ed.). Sage Publications.
- Bryman, A., et Bell, E. (2015). *Business research methods*. Oxford Univ. Press.
- Caccia-Bava, M., Guimaraes, V., et Guimaraes, T. (2013). Important factors for success in hospital BPR project phases. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(8), 729-745. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-01-2012-0007>
- Canada Health Infoway. (2019). *Project List*. <https://www.infoway-inforoute.ca/en/what-we-do/progress-in-canada/foundational-programs/project-list>
- Canada, S. (2017). *Analysis: Total Population*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-215-x/2017000/sec1-eng.htm>
- Cheng, T.-M. (2013). A pilot project using evidence-based clinical pathways and payment reform in China's rural hospitals shows early success. *Health affairs (Project Hope)*, 32(5), 963. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0640>
- Cloutier, C., et Langley, A. (2013). The Logic of Institutional Logics: Insights From French Pragmatist Sociology. *Journal of Management Inquiry*, 22(4), 360-380. <https://doi.org/10.1177/1056492612469057>
- Colucci, J. (2018). *United States: One country, five different healthcare systems*. <https://www.designinhealth.org/blog/2018/2/28/united-states-one-country-five-different-healthcare-systems>
- Commonwealth. (2016). *2015 International Profiles of Health Care Systems*. [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/\\_media\\_files\\_publications\\_fund\\_report\\_2016\\_jan\\_1857\\_mossialos\\_intl\\_profiles\\_2015\\_v7.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/_media_files_publications_fund_report_2016_jan_1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf)
- Contandriopoulos, A. P., Denis, J., Touati, N., et Rodríguez, C. (2003). *The integration of health care: dimensions and implementation*. <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/N04-01.pdf>

- Creasy, T. (2017). SUBJECT TO REVIEW: Factors that lead to success or failure in healthcare projects. *Quality Progress*, 50(2), 24-29. <https://apps.uqo.ca/LoginSigparb/LoginPourRessources.aspx?/docview/1872573250?accountid=14724>  
[http://openurl.uquebec.ca:9003/uqo?url\\_ver=Z39.88-2004&rft\\_val\\_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Aaibiglobal&atitle=SUBJECT+TO+REVIEW%3A+Factors+that+lead+to+success+or+failure+in+healthcare+projects&title=Quality+Progress&issn=0033524X&date=2017-02-01&volume=50&issue=2&spage=24&au=Creasy%2C+Todd&isbn=&jtitle=Quality+Progress&bttitle=&rft\\_id=info:eric/&rft\\_id=info:doi/](http://openurl.uquebec.ca:9003/uqo?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Aaibiglobal&atitle=SUBJECT+TO+REVIEW%3A+Factors+that+lead+to+success+or+failure+in+healthcare+projects&title=Quality+Progress&issn=0033524X&date=2017-02-01&volume=50&issue=2&spage=24&au=Creasy%2C+Todd&isbn=&jtitle=Quality+Progress&bttitle=&rft_id=info:eric/&rft_id=info:doi/)
- Daudigeos, T., et Valiorgue, B. (2018). On Objects and Material Devices in the Organisational Responses to Institutional Pluralism: Insights from Economies of Worth. *Management International*, 22(3), 121-156.
- Dietrich, P., Dalcher, D., Eskerod, P., et Sandhawalia, B. S. (2010). The role of project collaboration quality and knowledge integration capability in multi-partner projects.
- Dionne, K. E. (2014). *Les logiques de justification au cours d'une controverse : analyse du cas du conflit étudiant québécois de 2011 et 2012* [HEC Montréal]. Montréal.
- Dromi, S. M., et Stabler, S. D. (2019). Good on paper: sociological critique, pragmatism, and secularization theory. *Theory and Society*, 48(2), 325-350. <https://doi.org/10.1007/s11186-019-09341-9>
- Els, M., Van der Merwe, M. F., et Hauptfleisch, A. C. (2012). *Critical success criteria and success factors in project management: A quest to enhance generic professional practice* 1th International Conference on Entertainment Computing Bremen, Germany: ICEC.
- Emmitt, S. (2010). *Managing interdisciplinary projects : a primer for architecture, engineering, and construction*. Spon Press.
- European Observatory on Health Care Systems. (2000). *Health Care Systems in Transition*. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/96411/E68670.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/96411/E68670.pdf)
- FCASS. (2017). *Lancement de projets d'amélioration par des organismes de santé canadiens*. <https://www.fcass-cfhi.ca/SearchResultsNews/2017/04/26/healthcare-organizations-across-canada-launch-improvement-projects>
- Finances;, M. d. (2022). Chapter 3: Ontario's Fiscal Plan and Outlook. <https://budget.ontario.ca/2022/chapter-3.html>
- Refer, A., Mahmoud, M., Haleema, H., et Almamlook, R. (2018). Overview Success Criteria and Critical Success Factors in Project Management. *Ind Eng Manage*, 7(1).
- Gauthier, J.-B., et St-Pierre, M. (2012). LES CONDITIONS DE SUCCÈS DES PROJETS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ : L'INTÉGRATION DES



- ÉQUIPES DE PROJET. *Journal of Global Business Administration*, 4(1), n/a.
- Giauque, D. (2002). Coordination et coopération au sein d'ensembles organisés: une affaire de confiance [Article]. *Canadian Review of Sociology & Anthropology*, 39(4), 453-470. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rh&AN=14748175&lang=fr&site=ehost-live>
- Gomes, J., et Romão, M. (2015, 17-20 June 2015). The success of IS/IT projects in the healthcare sector: Stakeholders' perceptions. 2015 10th Iberian Conference on Information Systems and Technologies (CISTI),
- Gordon, A., et Pollack, J. (2018). Managing Healthcare Integration. *Project Management Journal*, 49(5), 5-21. <https://doi.org/10.1177/8756972818785321>
- Gouvernement du Canada. (2016). *Système de soins de santé du Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante-du-canada.html>
- Gray, C. F., et Larson, E. W. (2006). *Project management : the managerial process* (3rd ed. ed.). McGraw-Hill/Irwin.
- HealthManagement. (2010). *Overview of the Spanish Healthcare System*. <https://healthmanagement.org/c/hospital/issuearticle/overview-of-the-spanish-healthcare-system>
- Henrikus, D., Jeffery, R., Lando, H., et Murray, D. (2002). The SUCCESS project: The effect of program format and incentives on participation and cessation in worksite smoking cessation programs. *American Journal of Public Health*, 92(2), 274-279. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.2.274>
- Holloway, I. (2005). *Qualitative Research in Health Care* [Book]. McGraw-Hill Education. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=233966&lang=fr&site=ehost-live>
- Hyväri, I. (2006). SUCCESS OF PROJECTS IN DIFFERENT ORGANIZATIONAL CONDITIONS. *Project Management Journal*, 37(4), 31-41. <https://doi.org/10.1177/875697280603700404>
- Ika, L. A. (2009). Project success as a topic in project management journals. *Project Management Journal*, 40(4), 6-19. <https://doi.org/10.1002/pmj.20137>
- inLoox Blog. (2016). *5 Project Management Lessons for the Healthcare Industry*. <https://www.inloox.com/company/blog/articles/5-project-management-lessons-for-the-healthcare-industry/>
- International Project Management Association. (2018). *What are the project management challenges in the different business sectors?* <https://www.ipma.world/what-are-the-project-management-challenges-in-the-different-business-sectors/>
- IT World Canada. (2016). *Community engagement key factor for success at healthcare IT delivery project in Alberta*. <https://www.itworldcanada.com/article/community-engagement-key-factor-for-success-at-healthcare-it-delivery-project-in-alberta/387113>

- Kaissi, A. (2008). The Role of Nursing in Bridging the Gap Between Managers and Physicians in Hospitals. *The Health Care Manager*, 27(2), 113-117. <https://doi.org/10.1097/01.HCM.0000285041.34913.b2>
- Kerzner, H. (2013). *Project management : a systems approach to planning, scheduling, and controlling* (Eleventh edition. ed.). Wiley. <https://apps.uqo.ca/LoginSigparb/LoginPourRessources.aspx?url=http://lib.myilibrary.com?id=429053>
- Khokher, P., Bourgeault, I. L., et Sainsaulieu, I. (2009). Work culture within the hospital context in Canada: professional versus unit influences. *Journal of Health Organization and Management*, 23(3), 332-345. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/14777260910966753>
- Kohn, L., et Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances [Qualitative Research Methods in Health-Care Research: Contributions and Beliefs]. *Reflents et perspectives de la vie économique*, LIII(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Koutsikouri, D., Dainty, A., et Austin, S. (2006). *Critical success factors for multidisciplinary engineering projects* (Vol. 1).
- Kraft, R. (2014). *Understanding the Four Models of Health Care and How they Can Affect You*. Kraft Elder Law. <http://www.kraftelderlaw.com/understanding-the-four-models-of-health-care-and-how-they-can-affect-you/>
- Labelle, F. (2006). Les trois C de la performance sociétale organisationnelle : convention, compromis, cohérence. *Gestion*(2), 75-82.
- Leatt, P., Pink, G. H., et Guerriere, M. (2000). Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare. *Healthc Pap*, 1(2), 13-35.
- Leonard, K. J. (2004). Critical Success Factors Relating to Healthcare's Adoption of New Technology: A Guide to Increasing the Likelihood of Successful Implementation. *ElectronicHealthcare*, 2(4), 72-81.
- LHIN, S. (2015). *Understanding the Ontario Health Care System* <http://healthcaretomorrow.ca/wp-content/uploads/2015/03/Understanding-the-Health-Care-System.pdf>
- Lowhorn, G. (2007). Qualitative and Quantitative Research: How to Choose the Best Design.
- Mishra, P., Dangayach, G. S., et Mittal, M. L. (2011). An Empirical Study on Identification of Critical Success Factors in Project Based Organizations. *Global Business and Management Research*, 3(3/4), 356-368. <https://apps.uqo.ca/LoginSigparb/LoginPourRessources.aspx/?docview/912503767?accountid=14724>  
[http://openurl.uquebec.ca:9003/uqo?url\\_ver=Z39.88-2004&rft\\_val\\_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Aabiglobal&atitle=An+Empirical+Study+on+Identification+of+Critical+Success+Factors+in+Project+Based+Organizations&title=Global+Business+and+Management+Research&issn=&date=2011-07-01&volume=3&issue=3%2F4&spage=356&au=Mishra%2C+Piyush%3BDanga](http://openurl.uquebec.ca:9003/uqo?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Aabiglobal&atitle=An+Empirical+Study+on+Identification+of+Critical+Success+Factors+in+Project+Based+Organizations&title=Global+Business+and+Management+Research&issn=&date=2011-07-01&volume=3&issue=3%2F4&spage=356&au=Mishra%2C+Piyush%3BDanga)

- [yach%2C+G+S%3BMittal%2C+M+L&isbn=&jtitle=Global+Business+and+Ma  
nagement+Research&bttitle=&rft\\_id=info:eric/&rft\\_id=info:doi/](#)
- Moyo, M., Goodyear-Smith, F. A., Weller, J., Robb, G., et Shulruf, B. (2016). Healthcare Practitioners' Personal and Professional Values. *Advances in Health Sciences Education*, 21(2), 257-286. <https://doi.org/10.1007/s10459-015-9626-9>
- Müller, R., et Jugdev, K. (2012). *Critical success factors in projects: Pinto, Slevin, and Prescott – the elucidation of project success* (Vol. 5). <https://doi.org/10.1108/17538371211269040>
- Nachi, M. (2006). *Introduction à la sociologie pragmatique : vers un nouveau "style" sociologique?* Armand Colin.
- NSW Government. (2018). *Key tools for project success*. <https://www.health.nsw.gov.au/wohp/tools/Pages/default.aspx>
- O'Brochta, M. (2002). *Project success—what are the criteria and whose opinion counts?* Project Management Institute Annual Seminars & Symposium, San Antonio, TX. Newtown Square, PA.
- OMS. (2000). *L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde* (Rapport sur la santé dans le monde, Issue. [http://www.who.int/whr/2000/media\\_centre/press\\_release/fr/](http://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/fr/)
- OMS. (2010). *Éléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé*. [http://www.who.int/healthsystems/FR\\_HSSkeycomponents.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthsystems/FR_HSSkeycomponents.pdf?ua=1)
- OMS. (2018a). *À propos des systèmes de santé*. Retrieved 16 Novembre 2018 from <http://www.who.int/healthsystems/about/fr/>
- OMS. (2018b). *Santé et développement*. <http://www.who.int/healthsystems/topics/development/fr/>
- OMS. (2018c). *Une large consultation de tous les acteurs de la santé*. <https://www.who.int/nationalpolicies/processes/stakeholders/fr/>
- Packendorff, J., et Lindgren, M. (2014). Projectification and its consequences: Narrow and broad conceptualisations. 2014, 17(1), 15. <https://doi.org/10.4102/sajems.v17i1.807>
- Pasian, B. (2015). *Designs, methods and practices for research of project management*. Gower.
- Physicians for a National Health Program. (2018). *Health Care Systems - Four Basic Models*. [http://www.pnhp.org/single\\_payer\\_resources/health\\_care\\_systems\\_four\\_basic\\_models.php](http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php)
- Pickler, R. H. (2007). Evaluating qualitative research studies. *J Pediatr Health Care*, 21(3), 195-197. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2007.01.003>
- Pinto, J. K., et Slevin, D. P. (1987). Critical factors in successful project implementation. *IEEE Transactions on Engineering Management*, EM-34(1), 22-27. <https://doi.org/10.1109/TEM.1987.6498856>
- PMI. (2010). *The Value of Project Management* (White Paper, Issue. <https://www.pmi.org/-/media/pmi/documents/public/pdf/white-papers/value-of-project-management.pdf>

- PMI. (2013). *Talent Gap: Project Management through 2020*. (Pulse of the Profession, Issue. <https://www.pmi.org/-/media/pmi/documents/public/pdf/business-solutions/project-management-skills-gap-report.pdf>)
- PMI. (2014). *The High Cost of Low Performance [Report]. PMI's Pulse of the Profession, 2014*.
- PMI. (2018). *What is Project Management?* <https://www.pmi.org/about/learn-about-pmi/what-is-project-management>
- PMI. (2021). *Talent Gap: Ten-Year Employment Trends, Costs, and Global Implications*. [https://www.pmi.org/-/media/pmi/documents/public/pdf/learning/career-central/talent-gap-report-2021-finalfinal.pdf?v=a7ff5855-2b86-4578-9b7f-3dbe26d0402d&sc\\_lang\\_temp=en](https://www.pmi.org/-/media/pmi/documents/public/pdf/learning/career-central/talent-gap-report-2021-finalfinal.pdf?v=a7ff5855-2b86-4578-9b7f-3dbe26d0402d&sc_lang_temp=en)
- PMI Toronto. (2019). *Not Just Another Healthcare Project - A PMI Award Winning Implementation!* <https://www.pmitoronto.ca/calendar?eventId=396>
- Princeton Public Health Review. (2017). *HEALTH CARE REFORM: LEARNING FROM OTHER MAJOR HEALTH CARE SYSTEMS*.
- Project Management Institute. (2017). *Guide du corpus des connaissances en management de projet (Guide PMBOK)* (Sixième édition. ed.). Project Management Institute Inc.
- Radujković, M., et Sjekavica, M. (2017). Project Management Success Factors. *Procedia Engineering*, 196, 607-615. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.proeng.2017.08.048>
- Rainville, D. (2016). *LES CONDITIONS D'INTÉGRATION LIÉES À UNE ÉQUIPE DE PROJET : ÉTUDE DE CAS D'UNE ÉQUIPE EN DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL AUX PHILIPPINES UQO*. Gatineau
- Rechel, B., Erskine, J., Dowdeswell, B., Wright, S., et McKee, M. (2009). *Capital investment for health. Case studies from Europe (2009)*. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0014/43322/E92798.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/43322/E92798.pdf)
- Reid, T. R. (2010). The Healing of America. A global quest for better, cheaper and fairer health care. *Journal of Medicine and the Person*, 8(1), 42-43. <https://doi.org/10.1007/s12682-010-0044-8>
- RLISS. (2014). *Les RLISS de l'Ontario* [http://www.lhins.on.ca/?sc\\_Lang=fr-CA](http://www.lhins.on.ca/?sc_Lang=fr-CA)
- Rosacker, K., Zuckweiler, K., et Buelow, J. (2010). AN EMPIRICAL EVALUATION OF HOSPITAL PROJECT IMPLEMENTATION SUCCESS. *Academy of Health Care Management Journal*, 6(1), 37-53.
- Sabourin, N. (2013). *BÂTIR ET ACCOMPAGNER LA DYNAMIQUE D'UNE ÉQUIPE-PROJET : LA BOÎTE À OUTILS RH (1 DE 2)*. <https://ordrecreha.org/ressources/developpement-organisationnel/2013/09/batir-et-accompagner-la-dynamique-d-une-equipeprojet-la-boite-a-outils-rh-1-de-2>
- Santé Canada. (2002). *Aperçu des progrès et des possibilités concernant l'intégration du système de santé au Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/aperçu-progrès-possibilités-concernant-intégration-système-santé-canada.html>

- Santosa, C., Santosb, V., Tavaresa, A., et Varajão, J. (2014). Project Management Success in Health – The Need of Additional Research in Public Health Projects. *Procedia Technology*, 16, 1080-1085.
- Sapienza, A. M. (1997). Four challenges for health care project managers. *PM Network*, 11(7), 26-29.
- Schwindt, C., et Zimmermann, J. (2015). *Handbook on Project Management and Scheduling Vol. 2*. Springer International Publishing : Imprint: Springer. <http://banques.enap.ca/Proxy.pl?adresse=http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-05915-0>
- <https://apps.uqo.ca/LoginSigparb/LoginPourRessources.aspx?url=http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-05915-0>
- <http://proxy.uqtr.ca/login.cgi?action=login&u=uqtr&db=springer-eb&url=http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-05915-0>
- <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-05915-0>
- Science Business Publishing. (2018). *The Spanish edge: Reinventing healthcare around patients*.
- Seweryn, S. (2005). *Critical success factors in project management. To fail or not to fail, that is the question!* PMI® Global Congress 2005, Edinburgh, Scotland. Newtown Square, PA.
- Seymour, T., et Hussein, S. (2014). The History Of Project Management. *International Journal of Management & Information Systems*, 18(4), 233-240.
- Sinuff, T., Cook, D. J., et Giacomini, M. (2007). How qualitative research can contribute to research in the intensive care unit. *J Crit Care*, 22(2), 104-111. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2007.03.001>
- Statistique Canada. (2021). Recensement de la population. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/index-fra.cfm>
- Steinfort, P., et Walker, D. H. T. (2007). *Critical success factors in project management globally and how they may be applied to aid projects*. 4th Annual Project Management Australia Conference, Brisbane, Australia.
- Stelson, P., Hille, J., Eseonu, C., et Doolen, T. (2017). What drives continuous improvement project success in healthcare? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 30(1), 43-57. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-03-2016-0035>
- Suda, L. V. (2007). *The meaning and importance of culture for project success*. PMI® Global Congress 2007—EMEA, Budapest, Hungary.
- Sydow, J., et Braun, T. (2018). Projects as temporary organizations: An agenda for further theorizing the interorganizational dimension. *International Journal of Project Management*, 36(1), 4-11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2017.04.012>
- Taupin, B. (2015). L'APPORT DE LA SOCIOLOGIE PRAGMATIQUE FRANÇAISE AUX ÉTUDES CRITIQUES EN MANAGEMENT/Contribuição da sociologia pragmática francesa para os estudos críticos em Administração/The contribution of French pragmatic

- sociology to critical Management studies. *Revista de Administração de Empresas*, 55(2), 162-174.  
<https://apps.uqo.ca/LoginSigparb/LoginPourRessources.aspx/?docview/1667167818?accountid=14724>
- [http://openurl.uquebec.ca:9003/uqo?url\\_ver=Z39.88-2004&rft\\_val\\_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Aabiglobal&atitle=L%27APPORT+DE+LA+SOCIOLOGIE+PRAGMATIQUE+FRAN%3%AISE+AUX+%3%89TUDES+CRITIQUES+EN+MANAGEMENT%2FContribui%3%A7%3%A3o+da+sociologia+pragm%3%A1tica+francesa+para+os+estudos+cr%3%ADticos+em+Administra%3%A7%3%A3o%2FThe+contribution+of+French+pragmatic+sociology+to+critical+Management+studies&title=Revista+de+Administra%3%A7%3%A3o+de+Empresas&issn=00347590&date=2015-03-01&volume=55&issue=2&spage=162&au=Taupin%2C+Benjamin&isbn=&jtitle=Revista+de+Administra%3%A7%3%A3o+de+Empresas&bttitle=&rft\\_id=info:eric/&rft\\_id=info:doi/](http://openurl.uquebec.ca:9003/uqo?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Aabiglobal&atitle=L%27APPORT+DE+LA+SOCIOLOGIE+PRAGMATIQUE+FRAN%3%AISE+AUX+%3%89TUDES+CRITIQUES+EN+MANAGEMENT%2FContribui%3%A7%3%A3o+da+sociologia+pragm%3%A1tica+francesa+para+os+estudos+cr%3%ADticos+em+Administra%3%A7%3%A3o%2FThe+contribution+of+French+pragmatic+sociology+to+critical+Management+studies&title=Revista+de+Administra%3%A7%3%A3o+de+Empresas&issn=00347590&date=2015-03-01&volume=55&issue=2&spage=162&au=Taupin%2C+Benjamin&isbn=&jtitle=Revista+de+Administra%3%A7%3%A3o+de+Empresas&bttitle=&rft_id=info:eric/&rft_id=info:doi/)
- The Guardian. (2012). *PFI contracts: the full list*.  
[https://www.theguardian.com/news/datablog/2012/jul/05/pfi-contracts-list?\\_data](https://www.theguardian.com/news/datablog/2012/jul/05/pfi-contracts-list?_data)
- The Guardian. (2013). *Abandoned NHS IT system has cost £10bn so far*.  
<https://www.theguardian.com/society/2013/sep/18/nhs-records-system-10bn>
- Tokyo Metropolitan Government. (2019). *Situation in Japan*.  
[https://www.seisakukikaku.metro.tokyo.jp/invest\\_tokyo/english/why-tokyo/industries/medical.html](https://www.seisakukikaku.metro.tokyo.jp/invest_tokyo/english/why-tokyo/industries/medical.html)
- Top100projects. (2019). <https://top100projects.ca/category/health-care/>
- Université de Calgary. (2019). *Project Management Educational Curriculum for Public Health Professionals*.  
<https://obrieniph.ucalgary.ca/research/publications-and-reports/project-management-educational-curriculum>
- Vesterlund, M., Granger, B., Thompson, T. J., Coggin, C., 3rd, et Oermann, M. H. (2015). Tailoring your heart failure project for success in rural areas. *Qual Manag Health Care*, 24(2), 91-95.  
<https://doi.org/10.1097/qmh.0000000000000055>
- Waldman, J. D., et Cohn, K. H. (2007). Mending the Gap between Physicians and Hospital Executives.
- Wallace, L. S. (2013). A view of health care around the world. *Annals of family medicine*, 11(1), 84. <https://doi.org/10.1370/afm.1484>
- World Economic Forum. (2017). *Are partnerships the way to transform healthcare in Latin America?* <https://www.weforum.org/agenda/2017/03/are-partnerships-the-way-to-transform-healthcare-in-latin-america/>