

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

*La structuration de l'arrimage des pratiques dans un projet de santé : entre
intégration et différenciation.*

Jean-François Guay

DÉPARTEMENT DES SCIENCES ADMINISTRATIVES

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

THÈSE PRÉSENTÉE

EN VUE DE L'OBTENTION

DU DIPLÔME DE DOCTORAT ADMINISTRATION-GESTION DE PROJET

Mai 2025

© Jean-François Guay, 2025.

DÉDICACE

*À ceux et celles qui voient le potentiel des personnes
lorsque ces dernières traversent une période difficile.
Votre vision inspire et donne l'oxygène nécessaire
pour avancer!*

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier le professeur Jacques-Bernard Gauthier pour son accompagnement en tant que directeur de thèse. Sa rigueur, sa patience et sa franchise m'ont permis d'avancer avec confiance dans cette aventure!

Je remercie les membres du jury, les professeures Evy Nazon, Julie Bérubé et Mélanie Bourque qui, malgré l'ampleur de leurs occupations respectives, ont pris le temps de lire et d'analyser cette thèse.

Je tiens aussi à remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué à cette thèse (de l'UQO et du CIUSSS ciblé), tout particulièrement les participants à la recherche: pour leur temps et la qualité de leurs réflexions lors des entrevues.

Je profite de l'occasion pour exprimer toute ma reconnaissance aux personnes qui m'entourent. Elles m'ont donné le soutien, l'inspiration et les encouragements nécessaires pour que je puisse arriver à destination.

Finalement, je remercie toutes les personnes qui ont croisé mon chemin et qui m'ont enseigné la persévérance : une qualité qui m'a grandement servi pour traverser les nombreux obstacles rencontrés dans la réalisation de ce projet.

RÉSUMÉ

L'augmentation des coûts dans le secteur de la santé est source de préoccupation importante pour les gouvernements et gestionnaires. Ces derniers cherchent des moyens d'optimiser les services de santé existants tout en s'assurant de leur qualité et sécurité. L'arrivée de la gestion de projet dans le domaine de la santé avait d'ailleurs pour ambition d'aider les organisations à atteindre cet objectif.

L'une des avenues explorées pour réduire les coûts et atteindre cette optimisation des services de santé était de favoriser une meilleure intégration de ces derniers. Une intégration qui allait permettre d'améliorer l'efficacité et l'efficacités des services. Sous-jacent à cette intégration des services de santé se cache le besoin de mieux arrimer les pratiques (organisationnelles et professionnelles) d'une diversité d'organisations, de services et de professionnels. L'objectif de cette thèse est de mieux comprendre comment une diversité de parties prenantes (en provenance de différentes organisations, services et professions) arrime leurs pratiques respectives autour d'un projet de santé. Qu'est-ce que les parties prenantes font pour arriver à arrimer leurs pratiques respectives au profit du projet ? Dans quel contexte ? Comment ? Pourquoi ?

À travers la documentation scientifique en gestion de projet, les concepts d'arrimage et d'intégration des pratiques ont été souvent utilisés comme synonyme. L'intégration des parties prenantes et de leurs pratiques a été identifiée comme étant un facteur de succès des projets. Cependant cette intégration s'accompagne souvent de tensions. Les tensions émergentes des processus d'intégration semblent avoir comme fondement le besoin des différents acteurs d'être reconnues dans leurs pratiques différenciées. En effet, autant les différentes parties prenantes veulent réussir à intégrer leurs pratiques pour réaliser un projet commun, autant elles semblent revendiquer et vouloir faire reconnaître la spécificité de leurs pratiques respectives. En empruntant une posture ontologique réaliste critique du projet, la présente thèse vise à mieux décrire les praxis ayant cours à l'intérieur de cette dynamique d'intégration et de différenciation des pratiques des parties prenantes d'un projet de santé. Plus spécifiquement, cette thèse vise à décrire les praxis de différenciation et d'intégration (ainsi que leurs rôles) dans l'arrimage des pratiques d'un projet en santé. Le cadre théorique de la structuration de Stones (2005) a été

utilisé pour observer les praxis (actions et interactions) des parties prenantes et répondre à notre question spécifique et par ricochet à la question générale de la thèse.

La présente thèse mobilise l'ethnographie comme démarche de recherche afin d'examiner l'implantation d'un modèle de planification précoce et conjointe des congés (PPCC) dans des hôpitaux québécois. Ce projet visait à transformer les pratiques en cours au sein desdits hôpitaux québécois de sorte à améliorer l'efficacité et l'efficacité du cheminement des patients vulnérables (avec une situation de santé et/ou psychosociale complexe et dont le retour à domicile est compromis) entre leur arrivée à l'urgence, leur passage sur les unités de soins et leur sortie de l'hôpital vers les services de santé de la communauté. Plus spécifiquement, le projet étudié consistait à mettre en œuvre cinq nouvelles pratiques de coordination des soins (livrables du projet) qui allaient permettre de faire vivre le modèle PPCC à l'intérieur des hôpitaux ciblés.

Le degré de mise en œuvre des nouvelles pratiques a différé en fonction des hôpitaux, des unités (et services) de soins et des nouvelles pratiques. L'utilisation de la théorie de la structuration de Stones (2005) nous a permis de mettre au jour pourquoi le degré de mise en œuvre de certaines pratiques (livrables du projet) avait été plus élevé que d'autres. Il nous a également permis de dégager un processus de structuration de la mise en œuvre de nouvelles pratiques en mettant en évidence le rôle des praxis de différenciation et d'intégration tout au long du processus de structuration. Les praxis de différenciation ayant pour rôle principal d'explicitier les structures (externes et internes) et leur adéquation avec les anciennes et/ou les nouvelles pratiques. En complémentarité des praxis de différenciation, les praxis d'intégration ayant pour objectif de favoriser une meilleure adéquation entre les structures (externes et internes) et les pratiques en modifiant les structures et/ou les pratiques en question.

L'originalité de cette thèse réside dans l'attention qu'elle porte au processus de structuration des pratiques existantes et de celles à mettre en œuvre. Puisque l'implantation de tout projet bouscule à un moment ou l'autre les pratiques déjà établies par les différentes parties prenantes au projet, la présente thèse offre au gestionnaire de projets un regard nouveau sur les caractéristiques du contexte (structures externes et internes) à considérer. Par l'entremise des

praxis de différenciation et d'intégration, elle offre aux gestionnaires de projet de nouvelles avenues d'intervention pour favoriser la mise en œuvre de nouvelles pratiques découlant de l'implantation d'un projet.

Les résultats de cette thèse ne peuvent pas être généralisés, puisqu'un seul projet a été étudié. Cependant, la collecte de données a été riche en information due au nombre de rencontres observées, du nombre de participants et de leurs réflexions approfondies sur les praxis ayant eu cours pendant l'implantation du projet. Le processus de structuration mis de l'avant dans cette thèse devra donc être testé sur d'autres projets.

Mots clés

Gestion de projet, santé, gestion des parties prenantes, théorie de la structuration, praxis d'intégration et praxis de différenciation des pratiques, « project-as-practices »

ABSTRACT

Structuring the Alignment of Practices in a Healthcare Project: Between Integration and Differentiation

Rising healthcare costs are a major concern for governments and managers, prompting efforts to optimize services while maintaining quality and safety. Project management has emerged as a tool to support organizations in achieving these goals.

One strategy for cost reduction and service optimization has been to enhance integration, aiming to improve efficiency and effectiveness. However, successful integration requires alignment among diverse organizational and professional practices. This thesis explores how various stakeholders—across different organizations, services, and professions—align their practices within a healthcare project. What actions do stakeholders take to achieve alignment? In what context? How? Why?

Within project management literature, the concepts of practice alignment and integration are often used interchangeably. Integration is recognized as a success factor but frequently generates tensions, as stakeholders seek recognition for their distinctive practices. While stakeholders strive for integration to advance a shared project, they also assert the uniqueness of their respective practices. Adopting a critical realist ontological stance, this thesis examines the interplay between integration and differentiation in stakeholder practices within a healthcare project. Specifically, it describes how differentiation and integration contribute to practice alignment. Stones' (2005) structuration theory provides the framework for analyzing stakeholder praxis—their actions and interactions—in addressing this issue.

This study employs ethnography to investigate the implementation of an early and joint discharge planning (ECCP) model in Quebec hospitals. The project aimed to transform existing hospital practices to enhance the efficiency and effectiveness of patient pathways—particularly for vulnerable individuals facing complex health or psychosocial conditions that complicate their return home. The study examines the implementation of five new care coordination practices designed to bring the ECCP model to life.

The extent of implementation varied across hospitals, care units, and specific practices. Applying Stones' (2005) structuration theory enabled the identification of factors influencing the adoption of certain practices over others. Additionally, this study sheds light on the structuring process by emphasizing the roles of differentiation and integration praxis. Differentiation praxis clarifies structures—both external and internal—and evaluates their compatibility with existing and new practices. In contrast, integration praxis fosters alignment by modifying relevant structures and practices.

The originality of this thesis lies in its focus on structuring both existing and newly introduced practices. Because any project disrupts established practices, this study offers project managers insights into the contextual factors—external and internal structures—that must be considered. Through differentiation and integration praxis, it presents new strategies for facilitating the adoption of project-related practices.

Although the findings are not broadly generalizable, the richness of data—derived from extensive observations, numerous participants, and deep reflections on stakeholder praxis—provides valuable insights. The structuring process outlined in this thesis warrants further testing across different projects.

Keywords

Project management, healthcare, stakeholder management, structuration theory, integration praxis and differentiation praxis of practices, "project-as-practices".

NOTE LIMINAIRE

Depuis plusieurs décennies, le secteur public dans les sociétés occidentales, et plus particulièrement le système de santé, est marqué par une montée de la projectification : l'adoption de formes temporaires de gouvernance de type projet au sein d'organisations traditionnellement bureaucratiques (Hodgson et al., 2019). Cette évolution s'accompagne souvent d'un recours accru aux logiques et aux pratiques de gestion de projet issues du *PMBOK Guide*, considérées comme la tradition (« mainstream », la gestion moderne des projets) (Bérubé et al., 2026; Hodgson et Cicmil, 2006). Dans ce contexte, la gestion de projet est présentée comme un vecteur privilégié pour améliorer la performance des systèmes de santé.

La quête d'efficacité dans les systèmes de santé ne date pas d'hier. Dès les années 1970, la notion d'intégration était déjà envisagée comme un levier d'amélioration des services (Goodwin et al., 2021). Aujourd'hui, dans les contextes occidentaux, l'efficacité des dispositifs s'appuie de plus en plus sur des démarches de gestion de projet qui mettent l'accent sur l'intégration des parties prenantes : patients, professionnels, gestionnaires, organisations et installations (Gauthier et St-Pierre, 2012).

En m'appuyant sur le *PMBOK* (PMI, 2021) et sur les travaux d'Aaltonen et Kujala (2010), je définis, pour cette thèse, l'intégration des parties prenantes d'un projet en santé comme le fait d'incorporer de façon coordonnée leurs intérêts, connaissances et attentes dans la planification et la prise de décision, afin d'assurer alignement, cohérence et collaboration. Cette définition converge avec celle proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2016), qui met l'accent sur la coordination d'éléments multiples pour un système de santé centré sur les besoins.

De ces définitions de l'intégration découle la notion d'arrimage des pratiques : la coordination, l'harmonisation et l'articulation des méthodes, décisions et actions entre les différentes parties prenantes afin d'assurer cohérence et continuité vers un objectif commun. Mon expérience professionnelle, cumulée sur plus de 18 années dans le système de santé (comme travailleur social, organisateur communautaire et gestionnaire de projet au bureau de projet d'un CIUSSS),

m'a montré que ces processus suscitent fréquemment des réactions telles que « dans notre organisation », « dans notre profession », « dans notre équipe ». Autrement dit, l'intégration s'accompagne du besoin, pour les parties prenantes, de différencier leurs pratiques propres.

C'est pourquoi j'ai choisi d'entreprendre une thèse qui examine la dialectique entre intégration et différenciation. Bien que j'aie utilisé plus haut le verbe "distinguer", je privilégie le terme différenciation plutôt que celui de distinction. Cette dernière abstraction, chez Bourdieu (1979), renvoie à la volonté de marquer une position hégémonique. Bien que de telles dynamiques puissent exister dans le système de santé, elles ne constituent pas mon objet central. Dans cette thèse, différenciation désigne plutôt la diversité des pratiques et des positions, sans que l'accent soit mis sur la domination.

Eut égard à la dialectique examinée, j'inscris ma thèse dans le prolongement des approches critiques en gestion de projet. Cette perspective me permet de prendre distance par rapport à la manière dont le secteur public, et plus particulièrement le système de santé, adopte massivement la logique de gestion de projet portée par la tradition. Ma thèse s'appuie entre autres, sur le mouvement « Project-as-Practice » de l'école scandinave (Bérubé et al., 2026). L'école scandinave conçoit le projet comme une forme organisationnelle temporaire. Par conséquent, elle puise directement dans les théories des organisations, ce qui explique pourquoi le mouvement « Project-as-Practice » s'inscrit dans la continuité du courant « Strategy-as-Practice », dont il reprend l'idée que les projets, tout comme la stratégie, doivent être compris à travers les pratiques, les routines et les interactions situées des acteurs.

À son tour, le champ des théories des organisations se nourrit d'apports sociologiques variés (Bérubé et al., 2026). Le courant « Strategy-as-Practice » mobilise largement les théories structurationnistes, et les auteurs du courant « Project-as-Practice » s'inscrivent dans cette même filiation (ex. : Manning (2010). C'est dans cette perspective que j'adopte une abstraction structurationniste pour analyser mon objet.

Plus précisément, je m'appuie sur la proposition théorique élaborée par Stones (2005), qui offre une synthèse particulièrement féconde pour comprendre les dynamiques étudiées. Sa

proposition repose sur une posture de réalisme critique visant à concilier les deux grandes branches du structurationnisme : le structuro-constructiviste et le constructo-structurationniste. Cette synthèse permet de tenir ensemble, d'une part, les structures internes — dispositions, habitus, trajectoires incorporées, au sens de Bourdieu — et, d'autre part, les structures externes — règles, dispositifs, cadres organisationnels, au sens de Giddens.

Ce cadre théorique prend tout son sens au regard du terrain empirique de la thèse, soit le projet de planification précoce et conjointe des congés (PPCC) que j'ai observé. Ce projet organisationnel vise à améliorer la continuité des soins pour les patients vulnérables en orchestrant une planification anticipée des congés, fondée sur une collecte précoce d'information, un suivi interdisciplinaire structuré et une coordination renforcée entre l'hôpital et les services de la communauté. Le PPCC constitue un exemple particulièrement éclairant des tensions entre intégration et différenciation. Il mobilise simultanément une logique de coordination transversale visant l'arrimage des pratiques, et des logiques professionnelles, organisationnelles ou disciplinaires qui tendent à maintenir des pratiques différenciées. Il met ainsi en scène, de manière très concrète, l'interaction entre structures internes (habitus professionnels, identités disciplinaires, dispositions organisationnelles) et structures externes (cadres de gouvernance, mécanismes de pilotage, dispositifs formels de projet) telle que conceptualisée par Stones.

L'analyse empirique repose sur une démarche qualitative de type ethnographique. J'ai ainsi mobilisé l'observation participante de vingt rencontres du groupe de travail PPCC, l'analyse d'échanges courriels et des entrevues pré et post-observation. Cette stratégie est particulièrement appropriée au cadre structurationniste de Stones (2005), puisqu'elle me permet de documenter les praxis situées, d'accéder aux structures internes (intentions, dispositions, interprétations) des acteurs grâce aux entrevues, et d'identifier les structures externes qui encadrent leur action à partir des matériaux recueillis. L'ensemble rend possible l'analyse de la dynamique complète entre structures, actions et effets, au cœur du modèle de Stones.

À travers le cas du projet PPCC, j'observe comment les acteurs mobilisent, négocient, contournent ou transforment les dispositifs d'intégration (praxis d'intégration), tout en

poursuivant des logiques différenciées ancrées dans leurs contextes, trajectoires et appartenances (praxis de différenciation). Le PPCC offre ainsi un terrain privilégié pour analyser empiriquement la dialectique étudiée et pour mettre à l'épreuve la perspective structurationniste que j'ai adoptée.

En terminant, je tiens à lever une confusion possible liée à la manière dont les travaux de Bourdieu sont parfois lus. J'ai mentionné plus haut que j'emploie la notion de « différenciation » plutôt que celle de « distinction », afin d'éviter de réduire l'analyse à la seule dimension de l'hégémonie. Chez Bourdieu (1982b, 2003), l'habitus ne se limite pas à la reproduction symbolique liée à la domination : il renvoie à un ensemble de dispositions durables, socialement produites, qui s'incorporent dans le corps (une structure interne) et orientent les manières de percevoir, de sentir, de juger et d'agir. C'est à partir de ces dispositions que la différenciation, en tant que pratique sociale, s'enracine dans l'habitus — donc dans les structures internes des individus, pour reprendre les termes de Stones.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-------|
| DÉDICACE..... | II |
| REMERCIEMENTS | III |
| RÉSUMÉ..... | IV |
| ABSTRACT | VII |
| NOTE LIMINAIRE | IX |
| LISTE DES TABLEAUX..... | XIX |
| LISTE DES FIGURES | XXII |
| LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS..... | XXIII |
| INTRODUCTION..... | 26 |
| CHAPITRE 1 : CONTEXTE DE LA RECHERCHE..... | 28 |
| 1.1 Problème général de la recherche..... | 28 |
| 1.1.1 L'utilisation des projets pour favoriser l'optimisation et l'intégration des services de santé..... | 28 |
| 1.1.2 La diversité des parties prenantes et de leurs pratiques mobilisées par le projet en santé..... | 29 |
| 1.2 L'objectif général de la recherche | 31 |
| 1.2.1 L'arrimage des pratiques des parties prenantes dans la gestion des projets en santé.. | 31 |
| 1.3 Problème spécifique de la recherche | 33 |
| 1.3.1 Recension des écrits scientifiques sur l'arrimage des pratiques en gestion de projet . | 33 |

| | |
|---|----|
| 1.4 Objectif(s) spécifique(s) de la recherche..... | 47 |
| 1.4.1 Décrire les praxis de différenciations et d'intégrations des parties prenantes et de leurs pratiques dans la réalisation d'un projet en santé | 47 |
| CHAPITRE 2 : ARCHITECTURES CONCEPTUELLES DE L'OBJET DE RECHERCHE ... | 48 |
| 2.1 Les fondements philosophiques | 49 |
| 2.1.1 La réalité-projet selon le réalisme critique | 50 |
| 2.1.2 La temporalité de la réalité-projet vue sous l'angle de l'ontologique «becoming» | 52 |
| 2.1.3 L'intériorisation des structures sociales et culturelles dans la réalisation du projet ... | 54 |
| 2.1.4 La dynamique et la création des acteurs collectifs dans la réalisation du projet..... | 59 |
| 2.1.5 La réalisation du projet entre reproduction et changement des structures sociales et individuelles | 62 |
| 2.1.6 Étude de la gestion de projet avec une approche centrée sur les pratiques (Projects-as-Practice)..... | 65 |
| 2.2 Le cadre conceptuel de Stones | 72 |
| 2.2.1 L'utilisation de théorie de la structuration en gestion de projet | 73 |
| 2.2.2 L'avantage de l'utilisation de la structuration de Stones | 76 |
| 2.2.3 Le cadre conceptuel de Stones : La nature quadripartite de la structuration..... | 79 |
| 2.2.4 Description des principaux concepts utilisés pour la thèse | 89 |
| CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE | 95 |
| 3.1 Stratégie de recherche : l'ethnographie | 96 |

| | |
|---|-----|
| 3.2 Description du projet à l'étude : le projet PPCC | 97 |
| 3.3 Stratégie d'échantillonnage | 98 |
| 3.4 Stratégie de collecte des données | 99 |
| 3.4.1 Cadre thématique..... | 99 |
| 3.4.2 Démarche de collecte des données | 100 |
| 3.4.3 Considérations éthiques..... | 102 |
| 3.5 Interprétation du matériau | 103 |
| 3.5.1 Analyse du matériau..... | 103 |
| CHAPITRE 4 : LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS | 107 |
| 4.1 Le projet PPCC et son contexte d'implantation | 107 |
| 4.1.1 Le contexte politico organisationnel du projet: le système de santé et de services sociaux québécois..... | 107 |
| 4.1.2 Description du milieu d'implantation du projet | 112 |
| 4.1.3 La description du projet..... | 119 |
| 4.2 La gestion du projet PPCC | 149 |
| 4.2.1 La conception du projet PPCC | 150 |
| 4.2.2 La planification du projet PPCC | 155 |
| 4.2.3 L'implantation du projet PPCC | 156 |
| 4.2.4 La gestion des parties prenantes du projet PPCC..... | 160 |
| 4.2.5 Contrôle et suivis du projet PPCC..... | 169 |

| | |
|--|-----|
| 4.2.6 Les résultats du projet PPCC..... | 170 |
| 4.2.7 Conclusion de la section sur la gestion du projet | 184 |
| 4.3 La mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés du projet PPCC sous l’œil de la théorie de la structuration..... | 186 |
| 4.3.1 Structuration de la mise en œuvre de la démocratisation des requêtes professionnelles : une nouvelle pratique du Projet PPCC..... | 188 |
| 4.3.2 Structuration de la mise en œuvre du rôle de répondant : une nouvelle pratique du Projet PPCC..... | 225 |
| 4.3.3 Comparaison des mises en œuvre des deux nouvelles pratiques du projet PPCC : la démocratisation des requêtes professionnelles et le rôle de répondant | 271 |
| 4.3.4 Comparaisons des résultats atteints par les praxis d’intégration et de différenciation déployées (QS4) | 283 |
| CHAPITRE 5 : DISCUSSION..... | 291 |
| 5.1 Comparaison des résultats proposés dans cette thèse avec l’objet de recherche initial ... | 291 |
| 5.2 Réponses aux questions spécifiques de recherche | 294 |
| 5.2.1 Les structures externes impliquées dans la mise en œuvre des praxis de différenciation et d’intégration (QS2) | 296 |
| 5.2.2 Les praxis de différenciation et d’intégration déployées dans le cadre du projet PPCC (QS1) | 300 |
| 5.2.3 Des praxis qui s’appuient sur les structures internes d’une diversité de parties prenantes (QS3)..... | 302 |
| 5.2.4 Les impacts des praxis de différenciation et d’intégration sur les structures et la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet PPCC (QS4) | 303 |

| | |
|---|-----|
| 5.3 Modèle de structuration de la mise en oeuvre de nouvelles pratiques dans un projet en santé : entre intégration et différenciation..... | 304 |
| 5.3.1 La reproduction des pratiques existantes..... | 304 |
| 5.3.2 L'intégration des nouvelles pratiques du projet (livrables)..... | 305 |
| 5.3.3 Le rôle des praxis de différenciation et d'intégration..... | 306 |
| 5.3.4 Le rôle des structures internes des parties prenantes dans l'intégration des nouvelles pratiques | 306 |
| 5.4 Contribution théorique et pratique de la thèse..... | 307 |
| 5.4.1 Contribution théorique | 307 |
| 5.4.2 La contribution pratique de l'abstraction proposée à la gestion de projet..... | 314 |
| 5.5 Conclusion du chapitre 5 sur la discussion | 322 |
| CONCLUSION | 323 |
| RÉFÉRENCES..... | 333 |
| ANNEXES | 347 |
| ANNEXE 1 : CADRE THÉMATIQUE..... | 348 |
| ANNEXE 2 : GRILLE D'OBSERVATION DES RENCONTRES | 353 |
| ANNEXE 3 : GRILLE D'OBSERVATION DES COURRIELS | 354 |
| ANNEXE 4 : SCHÉMA DE L'ENTREVUE PRÉ-OBSERVATION..... | 355 |
| ANNEXE 5 : SCHÉMA DE L'ENTREVUE POST-OBSERVATION | 358 |
| ANNEXE 6 : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT..... | 366 |

| | |
|--|-----|
| ANNEXE 7 : ORGANIGRAMME DE LA HAUTE DIRECTION DU CIUSSS..... | 371 |
| ANNEXE 8 : PROCESSUS DE PLANIFICATION PRÉCOCE ET CONJOINTE DES CONGÉS (PPCC) SUR LES UNITÉS DE SOINS APRÈS L'IMPLANTATION DES PROJETS PILOTES..... | 372 |
| ANNEXE 9 : GESTION DES PRINCIPAUX GROUPES DE PARTIES PRENANTES DU PROJET PPCC..... | 373 |

LISTE DES TABLEAUX

| | | |
|------------|---|-----|
| Tableau 1 | Mots clés utilisés pour la recension des écrits sur l'arrimage des pratiques | 33 |
| Tableau 2 | Nombre d'articles retenus pour la recension des écrits en fonction des thèmes | 34 |
| Tableau 3 | Les facteurs relationnels favorables à l'intégration des parties prenantes et des équipes de projet | 39 |
| Tableau 4 | La nature quadripartite de la structuration | 80 |
| Tableau 5 | Matrice de l'intégration des équipes de projet | 94 |
| Tableau 6 | Description des principales composantes de la méthodologie utilisée pour la thèse | 95 |
| Tableau 7 | Catégorie de participants du groupe de travail PPCC unités de soins | 98 |
| Tableau 8 | Les quatre missions du CIUSSS en fonction des différents types d'installations | 112 |
| Tableau 9 | Mandats des directions du CIUSSS impliquées dans le projet PPCC | 115 |
| Tableau 10 | Les objectifs et les nouvelles pratiques de planification des congés (livrables du projet PPCC) en lien avec les problèmes d'arrimage des pratiques identifié | 138 |
| Tableau 11 | Faits saillants de la conception du projet PPCC lors de la première étape | 154 |
| Tableau 12 | Les principaux résultats du projet PPCC identifiés par les participants | 172 |
| Tableau 13 | Tableau sur le degré de mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés (livrables du projet PPCC) | 178 |
| Tableau 14 | La nature quadripartite de la structuration de Stones (2005) adaptée au contexte du projet PPCC | 187 |
| Tableau 15 | Principales caractéristiques des structures externes autour de la pratique existante des requêtes professionnelles dans la planification des congés avant l'implantation du projet PPCC | 189 |
| Tableau 16 | Description des types de praxis déployées en fonction des différentes étapes de mise en œuvre de la démocratisation des requêtes professionnelle | 199 |
| Tableau 17 | Analyse du participant C d'une praxis de différenciation déployée dans une rencontre du groupe de travail PPCC unités de soins | 204 |

| | | |
|------------|---|-----|
| Tableau 18 | Praxis de différenciation et d'intégration déployées, en lien avec les communications auprès des médecins résidents, accompagnées par l'analyse des participants du déploiement de ces praxis | 206 |
| Tableau 19 | La démocratisation des requêtes professionnelles, nouvelle pratique du projet PPCC : les praxis d'intégration et de différenciation déployées par les différents groupes de participants en fonction de leurs structures internes | 209 |
| Tableau 20 | La nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles du projet PPCC : modifications ou reproductions des structures externes et leurs impacts | 219 |
| Tableau 21 | La nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles du projet PPCC : modifications ou reproductions des structures internes et leurs impacts | 211 |
| Tableau 22 | Principales caractéristiques des structures externes avant la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant | 228 |
| Tableau 23 | Praxis de différenciations (PD) et d'intégrations (PI) déployées dans la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant du projet PPCC | 238 |
| Tableau 24 | Analyse d'un participant d'une praxis d'intégration (PI) déployée lors du groupe de travail PPCC | 241 |
| Tableau 25 | Analyse d'un participant d'une praxis de différenciation (PD) déployée lors d'une rencontre du groupe de travail PPCC | 242 |
| Tableau 26 | Analyse d'un participant d'une praxis de différenciation (PD) déployée lors d'une rencontre du groupe de travail PPCC | 244 |
| Tableau 27 | Analyse d'un participant d'une praxis d'intégration (PI) déployée lors d'une rencontre du groupe de travail PPCC | 245 |
| Tableau 28 | Analyse d'un participant d'une praxis de différenciation (PD) déployée lors d'une rencontre du groupe de travail PPCC | 246 |
| Tableau 29 | Analyse d'un participant d'une praxis de différenciation déployée lors d'une rencontre du groupe de travail PPCC | 246 |
| Tableau 30 | Les praxis de différenciation et d'intégration déployées en fonction des structures internes des groupes de participants | 252 |

| | | |
|------------|--|-----|
| Tableau 31 | La modification ou reproduction des structures externes et leurs impacts sur la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant | 264 |
| Tableau 32 | La modification ou reproduction des structures internes et leurs impacts sur la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant | 267 |
| Tableau 33 | Tableau de comparaison des structures externes de deux livrables du projet PPCC : démocratisation des requêtes professionnelles et rôle de répondant | 274 |
| Tableau 34 | Caractéristiques des structures externes entourant la pratique des requêtes professionnelles et celle autour de la nouvelle pratique du rôle du répondant | 278 |
| Tableau 35 | Comparaison des praxis de différenciations (PD) et d'intégrations (PI) déployées pour favoriser la mise en œuvre des deux nouvelles pratiques ciblées du projet PPCC | 279 |
| Tableau 36 | Comparaisons des résultats atteints par les praxis de différenciation et d'intégration déployées | 286 |
| Tableau 37 | Résumé des changements provoqués par les praxis de différenciation et d'intégration pour favoriser la mise en œuvre des nouvelles pratiques | 291 |
| Tableau 38 | Les principales étapes, issues de l'abstraction proposée, pour favoriser la mise en œuvre des nouvelles pratiques d'un projet | 321 |
| Tableau 39 | Les types de praxis de différenciation permettant la description des structures externes et internes qui favorisent le maintien des pratiques existantes (et vice versa) qui seront touchées par le projet | 322 |
| Tableau 40 | Les types de praxis d'intégration sur les caractéristiques des structures (externes et internes) et /ou sur les nouvelles pratiques du projet permettant la mise en œuvre de ces dernières | 323 |

LISTE DES FIGURES

| | | |
|-----------|---|-----|
| Figure 1 | Représentation des thèmes abordés dans l'architecture conceptuelle | 48 |
| Figure 2 | Le projet imbriqué dans un système aux multiples contextes | 71 |
| Figure 3 | Structure du système de santé et de services sociaux | 111 |
| Figure 4 | Organigramme du CIUSSS en fonction des installations et des directions impliquées dans le projet PPCC | 116 |
| Figure 5 | Les délais dans le parcours des patients vulnérables dont le retour à domicile peut être compromis | 122 |
| Figure 6 | Approche de planification précoce et conjointe des congés sur les unités de soins | 134 |
| Figure 7 | Processus de planification précoce et conjointe des congés (PPCC) sur les unités de soins | 138 |
| Figure 8 | Structure de gouvernance du projet PPCC | 147 |
| Figure 9 | Processus d'implantation du projet PPCC | 157 |
| Figure 10 | Le réseau de positions et pratiques autour de la pratique existante des requêtes professionnelles | 192 |
| Figure 11 | Le réseau de positions et pratiques autour de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles | 221 |
| Figure 12 | Le réseau de position et pratiques avant la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant du projet PPCC | 231 |
| Figure 13 | Nouvelles pratiques du projet PPCC (livrables) associées aux zones d'arrimage de la planification des congés | 293 |
| Figure 14 | Modèle de structuration de la mise en œuvre de nouvelles pratiques dans un projet en santé : entre intégration et différenciation | 296 |
| Figure 15 | Cartographie simplifiée du réseau de positions et pratiques des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des pratiques d'un projet | 300 |
| Figure 16 | Dynamique des praxis de différenciation et d'intégration visant à favoriser la structuration des nouvelles pratiques du projet | 318 |

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AAOR : Accueil, analyse, orientation et référence

AAPA : Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

ASI : Assistante au supérieur immédiat

ASSS : Agences de la santé et des services sociaux

CA : Conseil d'administration

CHLSD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CISSS : Centre intégré de santé et des services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaires

CMC : Conseil médical du Canada

CRSSS : Conseil régional de la Santé et des services sociaux

CSSS : Centres de santé et services sociaux

DI-TSA-DP : Déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique

DPSMD : La Direction des programmes en santé mentale et dépendance

DQÉPÉ : Direction qualité, évaluation, performance et éthique

DRHCAJ : Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

DSAPA : Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées

DSI : Direction des soins infirmiers

DSI-PP : Direction des soins infirmiers, volet pratiques professionnelles

DSIE : Demande de services interétablissements

DSM : Direction des services multidisciplinaires

DSMD : Direction santé mentale et dépendance

DSP : Direction des services professionnels

DSM-PP : Direction des services multidisciplinaires, volet pratiques professionnelles

DSQ : Dossier santé Québec

DMS: Durée moyenne de séjour

GMF: Groupe de médecine familiale

GMF-U: Groupe de médecine familiale universitaire

LMRSSH (loi 10) : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2)

MPOC : Maladie pulmonaire obstructive chronique

MSSSQ: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

NSA: Niveaux de soins alternatifs

OCCI : Outil de cheminement clinique informatisé

Patient PPCC ou vulnérable : fait référence, dans cette thèse, aux patients qui arrivent à l'urgence et qui sont à risque d'avoir un retour à domicile compromis.

PDG: Président-directeur général

PMBok : Project Management Body of Knowledge

PPCC: Planification précoce et conjointe des congés

RAD/RAR : Retour à domicile/Retour à la résidence

RAMQ: Régie de l'assurance maladie du Québec

RI: Ressource intermédiaire

RLS: Réseau local de services

RNI : Ressource non institutionnelle

RPA: Résidence privée pour aînés

RRSSS: Régies régionales de santé et de services sociaux

RTF: Ressource de type familiale

SAD: Soutien à domicile

SAPA : Soutien à l'autonomie des personnes âgées

SMAF : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

SPGS : Santé physique générale et spécialisée

SRSAD: Soins à domicile - Maladies pulmonaires chroniques

TS : Travailleur social

URFI : Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

INTRODUCTION

Depuis une trentaine d'années, la gestion de projets fut introduite dans le secteur de la santé afin de lui permettre de faire face à l'augmentation importante de ses coûts et à favoriser l'amélioration de sa performance (Bell et Christina, 2006; Cote et Daugherty, 2000; De Vries, 2011; Lavoie-Tremblay et al., 2012; Noble, 2009; Obradovic et al., 2012; Sa Couto, 2008). Cependant, la réalisation des projets dans le système de santé est complexe (Bell et Christina, 2006) dû notamment à la complexité des problèmes de santé (Anctil et al., 2012; Pineault, 2012), à la diversité des solutions pouvant être mises en branle pour leur faire face et à l'exigence de développer des soins qui soient de plus en plus intégrés (Contandriopoulos et al., 2001; Glouberman et Mintzberg, 2001a, 2001b).

De plus, les caractéristiques mêmes du projet avec son statut temporaire et ses exigences d'innovation peuvent venir exacerber certaines tensions (et luttes de pouvoir) latentes existantes au préalable dans le fonctionnement régulier du système de santé (Chandra et Loosemore, 2011; De Vries, 2011). En effet, réunit autour d'un projet, une multitude de parties prenantes (gestionnaires, professionnels, médecins, etc.) en provenance de diverses disciplines, de fonctions, d'organisations, de citoyens et parfois d'entreprises privées doivent donc arrimer leurs efforts afin de trouver des solutions qui vont répondre aux problèmes de santé tout en créant de la valeur (bénéfices) pour chacune d'entre-elles (Jugdev et Müller, 2005; Kari-Pekka et al., 2022). Devant la complexité des problèmes à résoudre, les parties prenantes doivent arriver à s'entendre sur une vision commune du projet à mettre en place ainsi qu'au niveau de sa mise en œuvre (Gauthier & St-Pierre, 2012). À travers la documentation en gestion de projets (Baiden et Price, 2011; Baiden et al., 2006; Ibrahim et al., 2015; Ibrahim et al., 2013b; Newell et al., 2006b), l'intégration des parties prenantes et de leurs pratiques a été la principale avenue explorée pour favoriser un meilleur arrimage des pratiques d'une diversité de parties prenantes et l'approche à privilégier vers le succès des projets.

Les processus d'intégration des pratiques ne se réalisent pas sans heurts et comportent leurs lots de difficultés. En effet, à travers ces efforts d'intégration, plusieurs tensions peuvent émerger en provenance de divergences d'intérêts, de ressources, de vision des problématiques, de pratiques professionnelles et organisationnelles (Gagné et Dorvil, 1994; Gauvin et al., 2012; Panet-Raymond, 1994; St-Pierre et al., 2009; Weber et Khademian, 2008). Les tensions

émergentes des processus d'intégration semblent avoir comme fondement le besoin des différents acteurs d'être reconnus dans leurs pratiques différenciées. En effet, autant les différentes parties prenantes veulent réussir à arrimer leurs efforts pour réaliser un projet commun, autant elles semblent à travers ce processus revendiquer et vouloir faire reconnaître la spécificité de leurs pratiques. À l'idée d'intégration, Gauthier et St-Pierre (2012) juxtaposent celle de la différenciation : ils notent dans les interactions entre les différentes parties prenantes une double dynamique d'éloignement et de rapprochement dans leur travail de collaboration.

Si l'intégration des parties prenantes et de leurs pratiques a été un thème exploré en gestion de projet, celui de la dialectique entre l'intégration et la différenciation des parties prenantes et de leurs pratiques est présentement absent de la documentation en gestion de projet. Devant l'absence de connaissances sur cette dialectique, il importe d'aller observer sur le terrain ce que les parties prenantes font (comment et pourquoi) pour favoriser l'intégration et la différenciation des parties prenantes et de leurs pratiques. Voilà donc ce que nous tenterons de faire à travers la réalisation de cette thèse. En adoptant une posture ontologique réaliste critique du projet, l'objectif spécifique de cette thèse est de décrire les différentes praxis d'intégrations et de différenciations des parties prenantes (et de leurs pratiques) ayant cours à travers la réalisation d'un projet dans le domaine de la santé.

En plus de l'introduction et de la conclusion, la présente thèse est divisée en cinq chapitres. Au chapitre 1 est circonscrit le contexte des défis et de l'objectif spécifique poursuivi. Ensuite, le chapitre 2 permet de préciser l'architecture conceptuelle de l'objet de recherche en précisant les fondements philosophiques, théoriques et le cadre conceptuel qui sera utilisé pour décrire les praxis de différenciation et d'intégration. Le chapitre 3 précise la méthodologie de la recherche qui a été utilisée et le projet qui a été étudié. Le chapitre 4 présente les résultats obtenus d'abord sous l'angle de la connaissance actuelle en gestion de projet (promu par le guide PMBOK (PMI,2021)) et ensuite en fonction du cadre conceptuel de Stones (2005) décrit au chapitre 2. Enfin, la thèse se termine avec le chapitre 5 sur la discussion qui explicite le modèle issu de la présentation des résultats ainsi que sur la contribution théorique et pratique de cette dernière. La conclusion vient ensuite fermer la marche avec les limites de la recherche et les suggestions pour les futures recherches.

CHAPITRE 1 : CONTEXTE DE LA RECHERCHE

1.1 Problème général de la recherche

1.1.1 L'utilisation des projets pour favoriser l'optimisation et l'intégration des services de santé

L'augmentation des coûts dans le secteur de la santé est source de préoccupation importante pour les gouvernements et gestionnaires (MSSSQ, 2021; St-Pierre, 2009). Cette forte croissance des coûts est reliée principalement à l'évolution des besoins d'une population vieillissante ainsi qu'à l'ampleur de la révolution technologique dans le domaine de la santé: informatisation, équipements médicaux et médicaments (St-Pierre, 2009). Les gouvernements et gestionnaires cherchent donc des moyens d'optimiser les services de santé existants tout en s'assurant de leur qualité et sécurité. De nombreux projets (organisation du travail, chantiers d'optimisation, Lean santé, etc.) ont d'ailleurs été déployés à cet effet (MSSSQ, 2017b; Rutherford et al., 2020).

La part des dépenses de programmes du gouvernement consacré à la santé et aux services sociaux se situe maintenant à un peu plus de 49 % (à l'exclusion de la dette). L'amélioration des pratiques, l'optimisation des processus et l'innovation sont des avenues à privilégier afin de réussir à améliorer les services offerts aux citoyens tout en contrôlant l'augmentation des coûts. (MSSSQ, 2021, p. 9)

L'une des avenues explorées pour réduire les coûts et atteindre cette optimisation des services de santé était de favoriser une meilleure intégration de ces derniers, et ce tant au niveau structurel que fonctionnel (MSSSQ, 2004; St-Pierre, 2009). En effet, différentes réformes ont été mises en place pour réorganiser la gouvernance, la coordination et la continuité des services de santé afin de pouvoir offrir aux usagers le bon service, au bon endroit et au bon moment (Archambault et al., 2019; MSSSQ, 2004, 2017a).

Une offre de services intègre la prévention et la promotion de la santé, les services de proximité ainsi que les services spécialisés. À travers cette offre globale, il demeure

essentiel de favoriser le travail en équipe et la collaboration interprofessionnelle qui sont des facteurs qui contribuent à l'amélioration de l'expérience de l'utilisateur et ultimement à la performance du système. (MSSSQ, 2021, p. 10)

Sous-jacent à cette intégration des services de santé se cache le besoin de mieux arrimer les pratiques (organisationnelles et professionnelles) d'une diversité d'organisation, de services et de professionnels. Différentes initiatives et projets sont déployés pour favoriser cet arrimage des pratiques en question (CISSS de Lanaudière, 2023; MSSSQ, 2004; Ontario ALC Working Group, 2021; Rutherford et al., 2020; St-Pierre, 2009). Le projet clinique et organisationnel du Ministère de la santé et des services sociaux, par exemple, avait notamment pour objectif de favoriser cet arrimage des pratiques entre les CLSC, les CHSLD, les Hôpitaux et les différents partenaires communautaires afin d'améliorer la continuité des services auprès de différentes catégories d'utilisateurs (jeunes, âgées, santé mentale, etc.). Cependant, cet arrimage des pratiques d'une diversité de parties prenantes comporte plusieurs défis et c'est ce que nous abordons dans les prochains paragraphes.

1.1.2 La diversité des parties prenantes et de leurs pratiques mobilisées par le projet en santé

Les projets en santé et services sociaux mobilisent plusieurs parties prenantes pouvant avoir des objectifs, des intérêts et des pratiques différentes (Rutherford et al., 2020). Ces parties prenantes (cliniciens ou gestionnaires) peuvent provenir de disciplines (médecins, infirmières, physiothérapeutes, etc.) de départements (cliniques et administratifs) et d'organisations différentes (CLSC, Hôpitaux, CHSLD, etc.) (Archambault et al., 2019; Rutherford et al., 2020). Outre la divergence des intérêts et des objectifs, les pratiques (professionnelles, organisationnelles, interorganisationnelles, etc.) peuvent aussi différer de façon importante (MSSSQ, 2004). En effet, les règles, les normes, les valeurs et les connaissances associées à la pratique de la médecine, par exemple, peuvent être très différentes de celles associées à la pratique des travailleurs sociaux. Les pratiques des gestionnaires peuvent aussi être très différentes de celles des cliniciens tout comme celles associées au fonctionnement d'un hôpital versus les pratiques en provenance d'un centre local de services communautaire (CLSC).

Si les parties prenantes divergent autour de leurs intérêts et pratiques, elles disposent aussi de ressources et de pouvoirs qui peuvent être très différents (Kari-Pekka et al., 2022; Rutherford et al., 2020). En effet, les gestionnaires disposent d'un pouvoir d'autorité sur les cliniciens sous leur responsabilité. Les médecins, à l'intérieur de pratiques interprofessionnelles établies historiquement, peuvent avoir un ascendant sur d'autres professions (Liff et Wikström, 2015; Lokatt et al., 2019). Les ressources financières, humaines et matérielles qu'une institution peut déployer dans le cadre d'un projet peuvent être plus importantes que celles d'un organisme communautaire (Savard et al., 2008). De plus, des réseaux de relations appartenant à chacune des parties prenantes peuvent aussi constituer des sources de pouvoir non négligeables pouvant influencer le choix et la mise en œuvre d'un projet dans le domaine de la santé (De Vries, 2011). Le collège des médecins, des syndicats, un ordre professionnel, un regroupement de citoyens peuvent aussi venir s'immiscer dans le processus de réalisation du projet. Bref, c'est donc dans ce contexte de diversité (d'intérêts, de pratiques, et de pouvoir) qu'une multitude de parties prenantes doivent interagir et tenter de réaliser un projet qui pourra directement ou indirectement venir améliorer la santé d'une population.

Outre cette diversité d'intérêts, de pratiques et de pouvoir qui entrent en jeu dans le choix et la réalisation d'un projet, c'est aussi tout un historique de relations qui peuvent être exacerbées par les négociations autour de la réalisation du projet (Chandra et Loosemore, 2011; De Vries, 2011). En effet, à travers les opérations régulières des différents services de santé, différents types de pratiques relationnelles entre les professions, les gestionnaires et les organisations se sont institutionnalisées, c'est-à-dire qu'elles se sont ancrées dans leurs habitudes relationnelles. Certaines tensions existantes de façon implicite entre différents groupes de parties prenantes peuvent d'ailleurs refaire surface due à la pression que le projet mettra sur les interactions de ces dernières:

Hospitals are widely recognized to be extremely complex and politicized organizations comprising a wide array of stakeholder groups with varying objectives and interests. It has long been recognized that these stakeholders engage in continuous power struggles for very limited resources (Mintzberg, 1997; Shortell and Kaluzny, 1999; Longest et al., 2000)...For the project team responsible for delivering a new hospital project, a new

hospital project becomes a challenging arena where all the inherent tensions that exist in the health sector are acted out, perhaps more passionately than in any other context because of the criticality and rarity of space opportunities offered. (Chandra et Loosemore, 2011, p. 223)

De plus, au-delà des différentes pratiques relationnelles (coopérations, complémentarités, de subordinations) préétablies, un ensemble de normes, de valeurs et de règles (historiquement constituées) en provenance d'une diversité de contextes peuvent aussi venir influencer les interactions des parties prenantes autour du projet (Manning, 2008). En effet, Manning (2008), mentionne que le projet ne se réalise pas en vase clos et est toujours relié aux pratiques existantes d'une multitude de contextes qui sont interreliés et interdépendants. Par conséquent, le projet se retrouve sous l'influence des pratiques de l'organisation d'origine des parties prenantes, des pratiques interorganisationnelles établies et des pratiques encadrant le secteur de la santé. Au-delà de la multitude et de la diversité des parties prenantes, le projet est aussi habité par une affluence de différentes pratiques qui viendront teinter leurs interactions. C'est donc à travers la complexité de ce contexte que les différentes parties prenantes doivent tenter d'arrimer leurs différentes pratiques afin de mettre en place un projet dans le secteur de la santé.

1.2 L'objectif général de la recherche

1.2.1 L'arrimage des pratiques des parties prenantes dans la gestion des projets en santé

L'arrimage des différentes pratiques des parties prenantes comporte son lot de défis, et ce à plusieurs niveaux. D'abord, comme mentionné précédemment, l'hétérogénéité des parties prenantes et de leurs pratiques respectives augmente de façon importante les difficultés d'arrimage de ces dernières. De plus, l'historique de tensions préexistantes entre les parties prenantes peut venir affecter l'esprit de collaboration à mettre en place à l'intérieur du projet (Chandra et Loosemore, 2011). En complémentarité de cette diversité de pratiques et aux tensions existantes, les caractéristiques mêmes du projet avec sa nature temporaire, ses objectifs

fixés dans le temps et ses ambitions de mettre en place des solutions innovatrices peuvent susciter la création de nouvelles tensions entre les parties prenantes (Pauget et Wald, 2013).

S'ajoute à ces caractéristiques du contexte de projet, la complexité des problèmes de santé eux-mêmes qui possèdent une multitude de causes et de solutions possibles. En effet, le domaine de la santé est complexe (Bell et Christina, 2006) et se compose de multiples ramifications tant au niveau de la diversité des facteurs (Pineault, 2012) pouvant causer sa détérioration que de la multiplicité des solutions pouvant être misent en branle pour favoriser son amélioration. D'ailleurs, différents types de soins sont mis en place par le système de santé afin de répondre aux différents besoins de la population à cet égard (Glouberman & Mintzberg, 2001b). Des soins allant des services à la communauté (ex. : soins à domicile), des activités de préventions et d'éducation (ex. : abandon du tabac) jusqu'aux activités plus spécialisées réalisées dans les blocs opératoires (Glouberman & Mintzberg, 2001b). De plus, chaque type de soins possède ses modes de coordination qui lui est propre (Glouberman et Mintzberg, 2001a). En effet, les modes de coordination des pratiques de l'urgence d'un hôpital, par exemple, peuvent différer grandement de celles des services de soutien à domicile pour les personnes âgées. Le premier exigeant une logique d'opération davantage séquentielle et rapide, alors que le deuxième vise la mobilisation d'un réseau de support et de services autour de la personne en perte d'autonomie.

À travers cette diversité des parties prenantes et de leurs pratiques ainsi que la complexité du contexte particulier des projets dans le secteur de la santé, comment les parties prenantes arriment leurs différentes pratiques afin de réaliser un projet qui pourra créer de la valeur pour la santé de la population et pour l'ensemble des parties prenantes impliquées? En effet, comment elles pourront arrimer leurs visions, leurs valeurs, leurs règles, leurs méthodes, leurs compétences et ressources afin de mener à bien le projet ciblé? Cette thèse aura donc comme objectif général de mieux comprendre comment se fait cet arrimage des différentes pratiques des parties prenantes à travers la réalisation d'un projet dans le secteur de la santé.

1.3 Problème spécifique de la recherche

1.3.1 Recension des écrits scientifiques sur l'arrimage des pratiques en gestion de projet

La documentation scientifique en gestion de projets a été recensée afin de faire le point sur le thème clé de l'objectif général de la recherche : l'arrimage des pratiques. Dû à l'absence d'articles répertoriés sur l'arrimage des pratiques, l'accent a été mis particulièrement sur l'intégration des parties prenantes et de leurs pratiques. Cette recension des écrits a emprunté la démarche suivante. Les ressources documentaires ABI /INFORM Collection, Academic Search Complete, Business Source Complete et Cairn ont été dépouillée (en utilisant les mots clés du **Tableau 1** pour les articles ayant paru entre 2000 et 2024, la revue de la littérature en gestion de projets dans le domaine de la santé réalisé par Afzal et Gauthier (2017) a été consultée pour extraire les articles significatifs et pour terminer, les articles pertinents cités dans les articles scientifiques répertoriés ont été consultés.

Tableau 1

Mots clés utilisés pour la recension des écrits sur l'arrimage des pratiques

| THÈME ABSTRAIT DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL | MOTS CLÉS UTILISÉS POUR DÉPOUILLER LA DOCUMENTATION |
|--------------------------------------|---|
| Arrimage | Alignment of practices, team integration, stakeholders' integration, practice integration |
| Pratiques | Practices |
| Projet | Project |
| Parties prenantes | Stakeholders |
| Gestion de projet | Project management |
| (Secteur de la) Santé | Health system, Hospital |

Seules les publications écrites en français ou en anglais ont été retenues. Au total, 58 articles ont été recensés. De ces 58 articles, nous avons retiré six articles qui abordaient l'intégration (en gestion de projets) sous des angles différents que celui de cette thèse : l'intégration des programmes et de la gestion de projet en entreprise, les projets d'intégration

des entreprises sur un territoire et les projets d'intégration multiculturelle. De ces 52 articles restants, 12 articles abordaient l'intégration des parties prenantes (et de leurs pratiques) dans le secteur de la santé alors que 40 articles touchaient à d'autres secteurs que celui de la santé (**Tableau 2**).

Après un tour d'horizon de la documentation recensée sur l'arrimage des pratiques en gestion de projet dans les secteurs d'activité autre que la santé, nous allons nous appesantir sur l'intégration des parties prenantes et de leurs pratiques dans la gestion des projets en santé. Nous terminerons cette section en abordant la différenciation des parties prenantes et de leurs pratiques.

Tableau 2

Nombre d'articles retenus pour la recension des écrits en fonction des thèmes

| Thème | Nbr | Auteurs |
|--|-----|---|
| L'intégration des parties prenantes et de leurs pratiques en gestion de projet | | |
| <ul style="list-style-type: none"> L'intégration des équipes de projet (inclus l'intégration des connaissances) | 32 | (Aapaoja et al., 2013; Armstrong et Jackson-Smith, 2013; Baiden et Price, 2011; Baiden et al., 2006; Canonico et al., 2012; Carton et Farastier, 2012; Che Ibrahim et al., 2015a, 2015b; Che Khairil Izam Che et al., 2015a, 2015b, 2016; Che Khairil Izam Che et al., 2018; Choi et al., 2019; Cicmil et Marshall, 2005; Dietrich et al., 2010; Enberg et al., 2006; Franz et al., 2017; Franz et Olopade, 2024; Humonen et al., 2016; C. k. I. C. Ibrahim et al., 2013; K. I. Ibrahim et al., 2013; Lee et al., 2020; Lin et al., 2012; Mehta et al., 2023; Newell et al., 2006; Newell et al., 2004; Qing et al., 2018; Sargis Roussel et Deltour, 2012; Skilton et al., 2008; Tian et al., 2022; Xuan et El-Gohary, 2016; Zhang et al., 2015) |
| <ul style="list-style-type: none"> L'intégration des parties prenantes | 8 | (Anna-Maija et al., 2017; Anne Live, 2011; Bidan, 2006; Fowler et Gilfillan, 2003; Grunwald et al., 2021; Heywood et Smith, 2006; Mazouz et al., 2003; Ominde et al., 2023) |

| | | |
|---|-----------|--|
| L'intégration des parties prenantes et de leurs pratiques en gestion de projet dans le secteur de la santé | 12 | (Ali et Haapasalo, 2023; Boonstra et al., 2017; Campobasso et Hosking, 2004; Chandra et Loosemore, 2011; Chiocchio et al., 2015; Claeyé et Jackson, 2011; De Vries, 2011; Gauthier et St-Pierre, 2012; Kari-Pekka et al., 2022; Pauget et Wald, 2013; Pinto et Pinto, 1990; Tampio et al., 2023) |
| Total | 52 | |

Le thème de l'arrimage des pratiques en gestion de projet n'a révélé aucun article scientifique à travers les ressources documentaires utilisées. Nous avons donc choisi d'explorer ce thème à travers celui de l'intégration des parties prenantes et des équipes de projet. Une intégration qui sous-tend aussi un meilleur arrimage des pratiques si on se fie aux définitions de Baiden et al. (2006, 2011) ci-dessous:

Project team integration can be defined as where different disciplines or organisations with different goals, needs and cultures merge into a single cohesive and mutually supporting unit (Baiden et al., 2006) with collaborative alignment of processes and cultures (Ochieng and Price, 2009; Payne et al., 2003; Strategic Forum for Construction, 2003). (Baiden et Price, 2011, p. 129)

In construction, integration is used to describe the introduction of working practices, methods and behaviours that create a culture of efficient and effective collaboration by individuals and organisations [7,14,29]. It promotes a working environment where information is freely exchanged between the different participants. (Baiden et al., 2006, p. 14)

1.3.1.1 L'intégration des parties prenantes en gestion de projets

Pour la recension des écrits sur l'intégration des parties prenantes et de leurs pratiques, nous avons utilisé les deux termes clés suivant « stakeholders integration » et « team integration ». Nous avons décidé de regrouper ces deux catégories dans notre description, car les articles qui traitent de l'intégration des parties prenantes traitent aussi des équipes de projet et ne font pas de distinction entre les parties prenantes qui font partie de l'équipe de projet et celles

qui n'en font pas partie. À noter aussi qu'aucun article pertinent pour cette thèse n'a été obtenu à partir du mot clé « practice integration ».

Afin de favoriser l'intégration des parties prenantes et des équipes de projet, différents déterminants (facteurs) sont mis en évidence à travers les articles recensés. Dans sa revue de littérature sur l'intégration des équipes de projet, K. I. Ibrahim et al. (2013) regroupe ces facteurs en deux catégories, soit les facteurs relationnels et non relationnels. Les facteurs relationnels sont reliés principalement aux caractéristiques des interactions entre les membres de l'équipe de projet alors que les facteurs non relationnels font davantage référence aux processus et systèmes mis en place pour favoriser ces interactions. Dans les prochains paragraphes, nous aborderons avec davantage de précisions ces différents types de facteurs (relationnels et non relationnels) traités par les différents auteurs. Nous terminerons cette section avec les liens qui ont été faits entre l'intégration des équipes de projet et le succès des projets.

1.3.1.1.1 Les facteurs non relationnels favorables à l'intégration des parties prenantes et des équipes de projet

Les paragraphes ci-dessous explicitent les principaux facteurs non relationnels tirés des articles recensés. Comme mentionné précédemment, ces facteurs fournissent l'encadrement nécessaire aux interactions pouvant mener à l'intégration des parties prenantes. Nous allons donc décrire ces différents facteurs dans les paragraphes ci-dessous.

1.3.1.1.1.1 La définition des paramètres de réalisation du projet

Durant la phase initiale du projet, l'intégration des parties prenantes est favorisée par la mise en place des paramètres du projet. En effet, la clarification des aspects contractuels sur les critères et mesures de succès du projet (Ominde et al., 2023) et l'élaboration d'un plan clair pour la communication entre les parties prenantes (Fowler et Gilfillan, 2003; Ominde et al., 2023) sont citées comme étant des facteurs favorables à l'intégration des parties prenantes.

1.3.1.1.1.2 L'implantation d'un mode de gouvernance participatif

La mise en place d'un mode de gouvernance participatif où les parties prenantes participent aux décisions et à la coconstruction du projet est un facteur bénéfique à l'intégration de ces dernières (Fowler et Gilfillan, 2003). Cette gouvernance doit favoriser les interactions sociales menant à la création de liens sociaux solides, à la confiance mutuelle, à la formation d'une vision partagée du projet et à la résolution des problèmes (Enberg et al., 2006; Mazouz et al., 2003; Zhang et al., 2015). Ces interactions sociales peuvent être encouragées de façon proactive par l'entremise de rencontres et de différentes initiatives, comme des ateliers de travail et des groupes de discussion (« focus group ») (Grunwald et al., 2021). De plus, des mécanismes de contrôle qui visent à récupérer et à partager les connaissances entre les membres des équipes de projet peuvent aussi être mis en place pour favoriser l'intégration des parties prenantes (Canonica et al., 2012).

1.3.1.1.1.3 La mise en place des équipes de projet transversales

La mise en place des équipes de projet transversales «cross-functional team» est citée à plusieurs reprises comme étant un facteur de succès de l'intégration des équipes de projet (K. I. Ibrahim et al., 2013; Jagoda et al., 2020; Scott-Young et Samson, 2009). Ces équipes de projet peuvent être composées de membres appartenant à différents services (ou départements) ou en provenance de différentes organisations (Anna-Maija et al., 2017; C. k. I. C. Ibrahim et al., 2013; Jagoda et al., 2020). Idéalement, les membres de l'équipe se retrouvent dans un lieu unique (K. I. Ibrahim et al., 2013), bénéficient des ressources (dont les outils numériques (Mehta et al., 2023)) et du temps nécessaire pour interagir et permettre leur intégration (Anne Live, 2011).

1.3.1.1.1.4 L'intégration des parties prenantes en fonction du cycle de vie du projet

L'intégration des parties prenantes est influencée par le cycle de vie des projets (Anna-Maija et al., 2017). En effet, le choix des parties prenantes à impliquer peut varier en fonction des différentes phases d'un projet selon leurs rôles et l'impact qu'ils peuvent avoir sur ce dernier (Heywood et Smith, 2006). Certains articles soulignent l'importance d'intégrer l'ensemble des parties prenantes en début de projet afin de permettre à ces dernières de négocier une vision commune des buts à atteindre et des modes de fonctionnement pour y arriver (Aapaoja et al.,

2013; Carton et Farastier, 2012; Franz et al., 2017; Heywood et Smith, 2006). Anna-Maija et al. (2017) précisent que le degré nécessaire d'intégration des parties prenantes peut être plus élevé au début du projet qu'à travers les étapes subséquentes. Ils ajoutent que le degré d'intégration doit cependant être relevé pour faire face aux situations émergentes pouvant affecter le projet durant son implantation (Anna-Maija et al., 2017).

En résumé, la définition des paramètres de réalisation du projet, la mise en place d'une gouvernance participative et des équipes de projet transversales (avec les outils numériques d'échange d'information) figurent parmi les facteurs non relationnels les plus importants. Outre ces facteurs, le moment de l'intégration des parties prenantes en fonction du cycle de vie du projet est aussi un élément à considérer pour favoriser l'intégration des parties prenantes. Dans les prochains paragraphes, nous allons nous attarder sur les facteurs relationnels de l'intégration des parties prenantes et des équipes de projet.

1.3.1.1.2 Les facteurs relationnels favorables à l'intégration des parties prenantes et des équipes de projet

Outre la mise en place des paramètres du projet, de la gouvernance et des équipes transversales, l'intégration des parties prenantes est influencée par les caractéristiques de leurs interactions tout au long de la réalisation du projet. Dans sa revue de la littérature K. I. Ibrahim et al. (2013), identifie dix facteurs relationnels favorables à l'intégration des équipes de projet (facteurs 1 à 10 du **Tableau 3**). Des facteurs qui encouragent des pratiques collaboratrices basées sur le respect, la confiance mutuelle et l'ouverture dans les communications (partage d'informations) et les prises de décisions. En complément de ces facteurs, Ominde et al. (2023) identifient quatre déterminants de l'intégration des parties prenantes soient: la réponse aux besoins et attentes des parties prenantes, l'alignement de leurs compétences, la compréhension des processus opérationnels de base reliés au secteur du projet et l'engagement des parties prenantes à l'égard des objectifs du projet (facteurs 11 à 14 du **Tableau 3**). L'intégration des parties prenantes (et des équipes de projet) est donc favorisée par une variété d'attitudes et de pratiques, et ce tout au long du cycle de vie du projet.

Tableau 3

Les facteurs relationnels favorables à l'intégration des parties prenantes et des équipes de projet

| Facteur relationnel | Description |
|--|--|
| 1. Focalisation sur les objectifs communs | Alignement des membres autour d'une vision et d'objectifs partagés. |
| 2. Confiance et respect | Relations basées sur la transparence et la reconnaissance mutuelle. |
| 3. Communication fluide | Échanges ouverts et réguliers pour faciliter la coordination et la résolution de problèmes. |
| 4. Culture « no blame » | Environnement où les erreurs servent à apprendre, favorisant la collaboration. |
| 5. Engagement de la direction | Soutien visible des dirigeants pour instaurer une culture collaborative. |
| 6. Flexibilité et réactivité au changement | Capacité d'adaptation face aux imprévus ou évolutions du projet. |
| 7. Compréhension collective | Décision partagée et alignement des disciplines dès les phases initiales. |
| 8. Opération sans frontières organisationnelles | Réduction des barrières entre entreprises pour travailler comme une entité. |
| 9. Partage d'information | Mise à disposition des données pertinentes à tous les membres. |
| 10. Encouragement à l'initiative | Valorisation des idées nouvelles et « empowerment » des membres. |
| 11. Réponse aux besoins et attentes des parties prenantes | Les exigences et préoccupations des parties prenantes sont identifiées et prises en compte pour renforcer leur satisfaction et réduire les conflits. |
| 12. Alignement des compétences des parties prenantes | Harmoniser les compétences et expertises des acteurs afin qu'elles contribuent efficacement aux objectifs et aux livrables du projet. |
| 13. Compréhension des processus opérationnels de base du secteur | S'assurer que tous comprennent les étapes clés, contraintes réglementaires et dépendances opérationnelles du secteur concerné. |
| 14. Engagement des parties prenantes à l'égard des objectifs du projet | Favoriser l'adhésion et la responsabilité des parties prenantes pour maintenir leur implication et assurer la réussite du projet. |

Note : Tableau réalisé à partir des informations contenues dans l'article de K. I. Ibrahim et al. (2013)

Les attitudes et pratiques citées précédemment émergent et se raffinent à travers les interactions suscitées par le projet et s'adaptent au contexte spécifique de ce dernier (Anne Live, 2011). En effet, plusieurs articles mettent en évidence l'importance de la communication et de l'interaction en continu comme facteur favorisant l'intégration des équipes de projet (Aapaoja et al., 2013; Anne Live, 2011; Che Khairil Izam Che et al., 2015b; K. I. Ibrahim et al., 2013). Ces interactions en continu permettent notamment la création de connaissances et de schèmes mentaux communs qui facilitent, par la suite, la prise de décision et la résolution des problèmes rencontrés pendant le projet (Armstrong et Jackson-Smith, 2013; Dietrich et al., 2010; Hurnonen et al., 2016; Sjögren et al., 2018). D'ailleurs, la capacité des membres de l'équipe à résoudre des conflits, et ce de façon continue, est un autre facteur clé à l'intégration de ces derniers (Anne Live, 2011; Newell et al., 2006). Afin de prévenir les conflits ou encore de favoriser les processus de résolution de conflits, la création du lien de confiance et le respect figurent parmi les facteurs les plus cités (Bidan, 2006; Che Khairil Izam Che et al., 2015b; C. k. I. C. Ibrahim et al., 2013; Lee et al., 2020; Newell et al., 2006). En résumé, cette continuité d'interactions facilite l'intégration des connaissances (Dietrich et al., 2010; Newell et al., 2006), des compétences (Anne Live, 2011), des schèmes mentaux et de la culture (Auch et Smyth, 2010) nécessaire à l'intégration des parties prenantes et de leurs pratiques. Ainsi, pour les auteurs recensés, l'intégration ne se réalise pas à travers un processus linéaire au cœur de conditions statiques du projet, mais s'inscrit davantage à l'intérieur de processus sociaux itératifs et d'ajustement à leur contexte de collaboration (Anna-Maija et al., 2017; Anne Live, 2011; Auch et Smyth, 2010; Newell et al., 2006). Bref, l'intégration des parties prenantes se réalise en cohérence avec une posture ontologique du projet dite du « becoming » (Buchan et Simpson, 2020; Cicmil et Marshall, 2005; Gauthier et Ika, 2012; Small et Walker, 2011).

Selon les articles recensés traitant des facteurs relationnels, l'intégration des parties prenantes est donc favorisée par l'alignement des besoins, des compétences et des buts des différentes parties prenantes impliquées. Elle se réalise à travers les interactions sociales ayant cours durant le projet. Des interactions qui favorisent le développement de compétences relationnelles, le partage d'informations et la résolution des problèmes durant la gestion du projet. Dans les paragraphes qui suivent, nous ferons un tour d'horizon des articles qui ont traité du lien entre l'intégration des équipes de projet et le succès des projets.

1.3.1.1.3 L'intégration des équipes de projet et le succès des projets

Le lien entre l'intégration des équipes de projet et le succès des projets a été exploré à travers la littérature recensée. L'intégration des équipes de projet est favorable au succès des projets (Anna-Maija et al., 2017; Baiden et Price, 2011; Baiden et al., 2006; Choi et al., 2019; Franz et Olopade, 2024). Cependant, le degré d'intégration nécessaire peut varier en fonction du type de projet, de leurs complexité (Anna-Maija et al., 2017) et de leur contexte de réalisation (Baiden et Price, 2011).

Les équipes de projets performantes n'ont pas nécessairement besoin d'être intégrées sur toutes les dimensions de l'intégration pour être efficaces (Baiden et Price, 2011; Franz et Olopade, 2024). Dans son étude, Franz et Olopade (2024) soulèvent que deux dimensions (sur six) de l'intégration des équipes de projet listées par Baiden et al. (2006) ont été constants à travers l'étude des projets ayant eu du succès: avoir un objectif commun pour l'équipe et des relations équitables au sein de l'équipe. D'ailleurs, en cohérence avec les objectifs de cette thèse, les membres des équipes de projet qui ont eu du succès avaient besoin à la fois de favoriser leur intégration tout en préservant une certaine forme d'indépendance (Franz et Olopade, 2024).

Dans l'objectif de mieux comprendre le thème de cette thèse sur l'arrimage des pratiques dans la réalisation des projets, nous avons exploré la littérature scientifique en utilisant le concept de l'intégration des parties prenantes et des équipes de projet. Encouragées par un ensemble de facteurs relationnels et non relationnels, les dimensions (et le degré) d'intégration nécessaire au succès des projets sont tributaires du type de projet et de son contexte de réalisation. Dans cette section, la majorité des articles recensés ont étudié l'intégration dans le domaine de la construction (Aapaoja et al., 2013; Anna-Maija et al., 2017; Baiden et Price, 2011; Baiden et al., 2006; Che Khairil Izam Che et al., 2015b; Franz et Olopade, 2024) et au niveau de projets touchant les technologies de l'information (Anne Live, 2011; Newell et al., 2006; Ominde et al., 2023) . Dans la prochaine section, nous explorons le thème de l'intégration des parties prenantes (et de leurs pratiques) dans les projets du secteur de la santé.

1.3.1.2 L'intégration des parties prenantes et de leurs pratiques en gestion de projet dans le secteur de la santé

Gauthier et St-Pierre (2012) mentionnent que « peu est dit sur la dynamique sociale sous-jacente aux liaisons sur comment les acteurs arriment leurs activités respectives pour créer une équipe de projet performante et atteindre des finalités communes » (p.18). Bien qu'il se soit écoulé plus de dix ans depuis la parution de Gauthier et St-Pierre (2012), au terme des travaux de recensions des écrits effectués, nous en arrivons à la même conclusion que celle notée par les deux auteurs. Expliquons-nous.

Afzal et Gauthier (2017) ont recensé 81 articles traitant de la gestion de projet dans le domaine de la santé. À partir de cette revue de la documentation, nous avons répertorié une vingtaine d'articles abordant la gestion des parties prenantes à l'intérieur d'un projet dans le domaine de la santé. De ces articles, huit ont été sélectionnés (Campobasso et Hosking, 2004; Chandra et Loosemore, 2011; Chiocchio et al., 2015; Claeyé et Jackson, 2011; De Vries, 2011; Gauthier et St-Pierre, 2012; Pauget et Wald, 2013; Pinto et Pinto, 1990), car ils traitaient d'un thème qui pouvait être relié de près ou de loin à l'intégration des parties prenantes. Outre les articles répertoriés par Afzal et Gauthier (2017), nous avons trouvé quatre articles dans ABI /INFORM Collection qui traitaient de la gestion des parties prenantes dans les projets de santé entre les années 2017 et 2023 (Ali et Haapasalo, 2023; Boonstra et al., 2017; Kari-Pekka et al., 2022; Tampio et al., 2023). Nous allons donc faire un tour d'horizon des thèmes abordés par ces 12 différents articles.

L'intégration des buts et des intérêts (dont la création de valeur pour les parties prenantes) fut le type d'intégration abordé le plus souvent à travers les articles recensés (Chandra et Loosemore, 2011; Chiocchio et al., 2015; De Vries, 2011) et ce notamment à l'intérieur d'un contexte où il y a une hétérogénéité des parties prenantes impliquées. De Vries (2011) précise que les relations de pouvoirs historiques existantes à l'intérieur du système de santé risquent de venir influencer sur le processus de conception du projet. Il souligne que le pouvoir des médecins à cet égard et des coalitions de parties prenantes peut venir interférer dans le choix et la réalisation du projet.

D'autres articles ont mis l'emphasis davantage sur les aspects de communication entre les parties prenantes comme outils pouvant améliorer la coopération entre ces dernières (Chandra et Loosemore, 2011; Pinto et Pinto, 1990). Pinto et Pinto (1990) soulignent l'importance de la communication formelle et informelle pour améliorer la coopération interfonctionnelle. Chandra et Loosemore (2011) mettent l'emphasis sur le fait que les parties prenantes d'un projet vont discuter des aspects techniques du projet et oublier la présence de la communication tacite sous-jacente pouvant influencer sur les interactions entre ces dernières :

The consequence is that exchanges during the briefing process are often restricted to the physical brief and to technical issues in neglect of tacit cultural information which is more difficult and time consuming to acquire but equally, if not more important to fully understanding client needs (Brown, 2000; Barrette et al., 2004). As Lilley (2001) pointed out, organizational goals may be written down but the language used to explain those goals is often complex and context-specific, requiring an understanding of the underlying assumptions, values and beliefs that make up those goals. (Chandra et Loosemore, 2011, p. 224)

Chandra et Loosemore (2011) notent, également, que le partage des connaissances culturelles de chacune des parties prenantes peut installer un esprit de confiance mutuel qui facilitera notamment la communication et la mise en place d'une compréhension commune autour du projet. Le manque de considération des composantes interculturelles a aussi été soulevé comme étant un facteur d'échec de nombreux projets internationaux (Claeyé et Jackson, 2011). La méconnaissance des enjeux interculturels, et ce à tous les paliers du développement international (local, national et international), a été pointé du doigt à cet effet (Claeyé et Jackson, 2011). Claeyé et Jackson (2011) notent que la vision sur les buts et les valeurs des grands bailleurs de fonds internationaux et celle des acteurs locaux diffèrent et leurs difficultés d'arrimage semblent être dues au manque de considération des composantes interculturelles.

Chiocchio et al. (2015), quant à eux, ont évalué l'impact de la mise en place d'un programme de formation (sur la gestion de projet et sur la collaboration interprofessionnelle) sur la performance globale des équipes de projet. Il en ressort notamment que suite au programme

de formation, les équipes de projets ciblées étaient davantage efficaces dans la réalisation de leurs tâches reliées au projet et étaient en mesure de clarifier davantage les buts qu'ils voulaient atteindre ensemble. De plus, Chiocchio et al. (2015) ont aussi remarqué que les parties prenantes avaient développé, à la suite de la formation, leurs capacités de coordination principalement à l'égard de leurs capacités à pouvoir mieux anticiper les actions des autres. Le thème de la coordination est aussi abordé par Pauget et Wald (2013). Ces derniers mettent en évidence les compétences relationnelles que les parties prenantes doivent posséder pour développer, entretenir et coordonner les différents réseaux de parties prenantes autour du projet. Ils notent particulièrement la présence de trois rôles importants : celui de coordonnateur, de « gatekeeper » et de médiateur/traducteur. Campobasso et Hosking (2004) soulignent l'importance de la sélection des parties prenantes, de la clarification de leurs différents rôles et de l'importance de bien leur faire connaître tout le processus de gestion du projet comme étant des facteurs favorables à leurs collaborations et au succès des projets.

Ali et Haapasalo (2023), quant à eux, ont développé un cadre conceptuel témoignant du développement des relations entre les parties prenantes d'un projet de construction d'un hôpital. Le développement des relations s'étend sur quatre niveaux: soit la coopération, le contrôle, la coordination et la collaboration entre les parties prenantes. Le niveau de collaboration étant le niveau le plus élevé à atteindre dans le développement des relations entre les parties prenantes. Cette collaboration est marquée par un degré élevé de compréhension commune entre les parties prenantes, d'engagement à l'égard du projet et d'une vision partagée sur les buts et objectifs du projet. Cette compréhension commune semble difficile à atteindre. D'ailleurs, l'un des défis importants identifiés sur le plan de la coopération est celui de l'arrimage des pratiques des différents groupes de parties prenantes :

It is challenging to change the working habits of stakeholders that they have inherited from their parent organisations. It is a hard and time-consuming process to come out of their parent organisation culture, unlearn old habits and learn new ways of working. (Ali et Haapasalo, 2023, p. 66)

En résumé, très peu d'articles (12 articles ont été recensés) abordent l'intégration des équipes de projet (ou l'intégration des parties prenantes) à l'intérieur d'un projet de santé. Selon ces articles, la communication, les jeux de pouvoir, la formation, le partage des connaissances et des valeurs culturelles, la clarification des rôles et des processus de gestion de projet, la coordination des parties prenantes et de leurs réseaux sont tous des facteurs pouvant venir affecter l'intégration des parties prenantes et de leurs pratiques. Ajoutées à ces composantes pouvant faciliter l'intégration des parties prenantes, les conclusions de Gauthier et St-Pierre (2012) qui ont traité des conditions pouvant favoriser une meilleure intégration des équipes de projet soient : un besoin ressenti par les groupes d'acteurs de travailler ensemble, l'impression que cette intégration répond à leurs besoins respectifs et la répétition des échanges dans la réalisation du projet. Il est intéressant de constater que le domaine de la santé, possédant des ambitions importantes quant à l'intégration des services de santé, n'ait pas abordé davantage la question de l'intégration des parties prenantes et de leurs pratiques dans le cadre de la gestion de ses projets.

La revue de la documentation sur l'intégration des parties prenantes et de leurs pratiques en gestion de projet porte donc son attention sur les conditions, les méthodes et les pratiques favorisant la convergence des buts, des croyances et des expertises dans le but d'augmenter le degré d'intégration des parties prenantes (et de leurs pratiques) et ultimement les chances de succès des projets. Le succès des projets étant le Saint-Graal de la discipline de la gestion de projet, tous les efforts des chercheurs se portent sur celui-ci. Si jusqu'ici tous les chercheurs recensés ont mis l'accent sur l'intégration des parties prenantes comme conditions clé au succès des projets de santé, nous proposons de sortir des sentiers battus et d'explorer le revers de l'intégration c'est-à-dire : la différenciation des parties prenantes et de leurs pratiques. La convergence, l'intégration, gage de succès des projets en santé et qui est souhaitée le plus rapidement possible n'est pas sans heurt, car cette pression à l'intégration à tout prix peut donner lieu à différents conflits qui peuvent nuire au bon déroulement du projet et même provoquer son échec. En explorant la nécessité ou le besoin de différenciation des parties prenantes, nous souhaitons mettre au jour les points de rupture potentiels à l'intégration. Comme vont le montrer les résultats de la thèse, comprendre la différenciation c'est comprendre les éléments facilitant l'arrimage des pratiques des parties prenantes.

1.3.1.2.1 La différenciation des parties prenantes et de leurs pratiques

L'idée de s'intéresser à l'intégration et la différenciation n'est pas nouvelle en administration. Déjà en 1967, Lawrence et Lorsh traitent du thème de la différenciation et de l'intégration dans l'entreprise privée. Ils soulignent que les personnes qui travaillent dans des départements différents (marketing, production, recherche et développement, etc.) ont des comportements différenciés. Comme suite à leurs travaux, Lawrence et Lorsh (1967) concluent que, dans les environnements complexes, les organisations performantes ont besoin pas seulement d'une forte intégration des départements de l'entreprise. Il faut également une forte différenciation de ces derniers.

Plus récemment, Glouberman et Mintzberg (2001a) abordent le thème de la différenciation dans le système de santé en mettant en évidence les particularités et les liens des quatre mondes qui existent dans ce secteur : le monde du traitement des maladies, le monde des soins à la communauté, le monde du contrôle public, qui regroupe les membres des autorités publiques et le monde de l'implication communautaire qui se compose des membres du conseil d'administration et des groupes de pression associés à certains enjeux entourant la santé. Glouberman et Mintzberg (2001a) mentionnent que ces mondes ont leur propre façon de fonctionner et de penser : « In our view, the «world» of health care has, in fact, long been differentiated into four different worlds- four sets of activities, four ways of organizing, four unreconciled mindsets» (p.57). Selon eux, ces quatre mondes différenciés ont besoin d'être davantage intégrés si on veut espérer avoir un système de santé qui est vraiment efficace et efficace.

Cela dit, la notion de différenciation des parties prenantes et de leurs pratiques est pratiquement absente en gestion de projet (de santé). Seulement quelques articles effleurent et soulignent l'importance de considérer certains aspects distinctifs des parties prenantes (Auch et Smyth, 2010; Gauthier et St-Pierre, 2012; Lin et al., 2012) dans les interactions. À l'idée d'intégration, Gauthier et St-Pierre (2012) juxtaposent celle de la différenciation : ils notent dans les interactions entre les différentes parties prenantes une double dynamique d'éloignement et de rapprochement dans leur travail de collaboration. Ils précisent que la répétition des réponses aux

besoins différenciés des différents acteurs peut favoriser l'esprit de coopération nécessaire au processus d'intégration (Gauthier et St-Pierre, 2012).

1.4 Objectif(s) spécifique(s) de la recherche

1.4.1 Décrire les praxis de différenciations et d'intégrations des parties prenantes et de leurs pratiques dans la réalisation d'un projet en santé

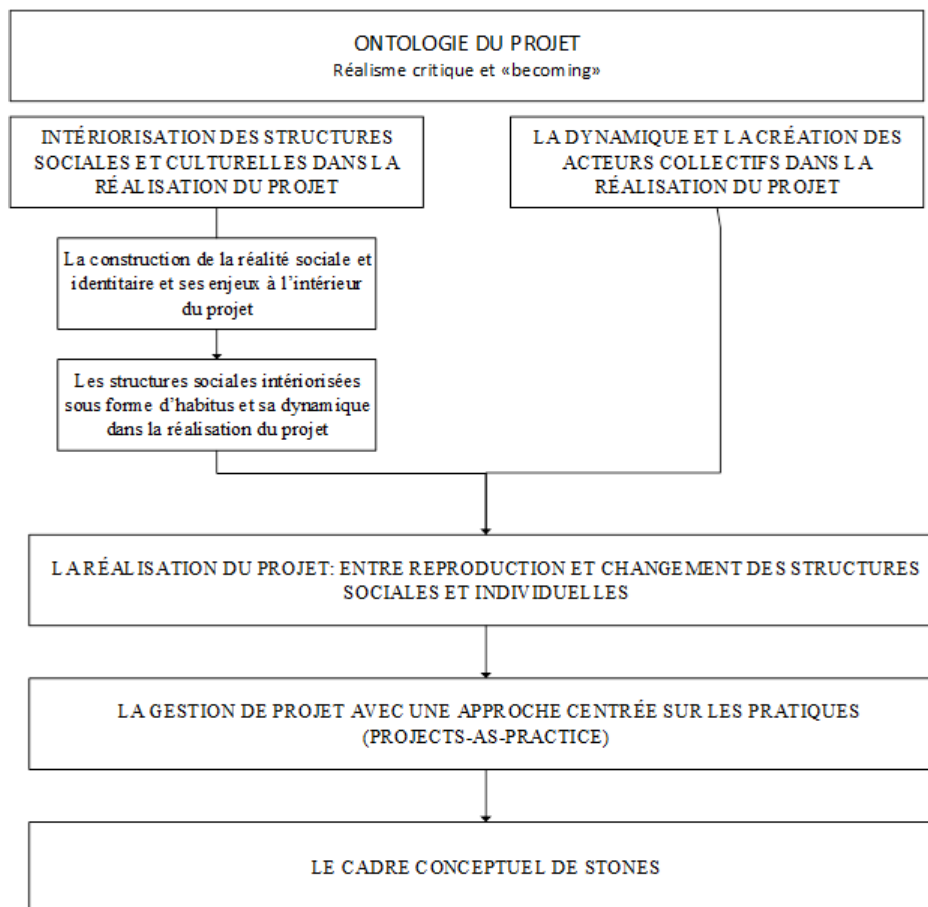
Si l'idée de la différenciation et celle de la dialectique entre l'intégration et la différenciation des parties prenantes et de leurs pratiques en gestion de projet ont été évoquées par Gauthier & St-Pierre (2012), ils n'ont pas fait l'objet de véritables attentions théoriques et empiriques. Face à ce constat, il importe d'aller observer sur le terrain ce que les parties prenantes font (comment et pourquoi) pour favoriser l'intégration tout en conjuguant avec la différenciation des parties prenantes et de leurs pratiques. Conséquemment l'objectif spécifique de cette thèse sera de décrire les différentes praxis de différenciations et d'intégrations (des parties prenantes et de leurs pratiques) ayant cours à travers la réalisation d'un projet dans le domaine de la santé.

CHAPITRE 2 : ARCHITECTURES CONCEPTUELLES DE L'OBJET DE RECHERCHE

Dans ce chapitre, nous explicitons les fondements philosophiques (ontologiques, épistémologiques et théoriques) qui guident la réalisation de cette thèse. En cohérence avec ces fondements philosophiques, nous décrivons ensuite le cadre conceptuel qui sera utilisé dans le cadre de cette recherche (**Figure 1**).

Figure 1

Représentation des thèmes abordés dans l'architecture conceptuelle



2.1 Les fondements philosophiques

Pour Gauthier et Ika (2012), les différentes postures ontologiques prises en gestion de projet découlent d'un croisement entre une conception de la réalité-projet et une conception du temps (le temps est un facteur de contingence incontournable en gestion de projet). Gauthier & Ika (2012) invitent, conséquemment, les chercheurs à présenter la posture ontologique en gestion de projet en statuant d'une part la conception de la réalité-projet qu'ils adoptent et d'autre part sur leur conception du temps. Ainsi, nous débuterons cette section avec une explication du réalisme critique (Vandenberghe, 2007) et de son influence sur la façon d'imaginer le projet et ses différentes composantes. Nous compléterons ensuite cette première partie avec une conception de la temporalité du projet : celle du « becoming » (Buchan et Simpson, 2020; Sergi, 2012) qui fait porter l'attention sur le caractère dynamique (entre autres sociale) de la réalité-projet.

Une fois ce travail fait, nous aborderons les caractéristiques des connaissances (fondements épistémologiques) qui, à notre avis, permettent de saisir et de rendre compte de cette réalité du projet. En effet, si les structures sociales et la mise en œuvre des pratiques des parties prenantes s'interinfluencent selon le réalisme critique, il importe de mieux comprendre comment ces structures s'intériorisent à l'intérieur des individus pour venir influencer leur vision de la réalité et guider leurs actions. Les explications de Berger et al. (2012) explicitant le processus de construction de la réalité sociale des individus combinée à celles de l'habitus de Bourdieu (1972) seront très utiles pour nous permettre d'atteindre cet objectif.

Dans un troisième temps, nous regarderons comment interagissent les communautés de pratique autour du projet. En effet, les parties prenantes d'un projet ne sont pas qu'un regroupement d'acteurs individuels : elles proviennent de diverses communautés d'appartenances et tentent de former une nouvelle communauté autour du projet. Il devient donc important de bien saisir comment ces communautés se construisent, se régulent et interagissent afin de devenir des acteurs collectifs capables d'action dans le cadre d'un projet.

Enfin, la dernière section portera principalement sur l'approche d'étude des projets en tant que pratique (« projects-as-practice ») (Blomquist et al., 2010; Hällgren et Söderholm, 2011). Une approche qui oblige les chercheurs à porter une attention particulière sur ce que font concrètement les acteurs dans un contexte donné et à décrire avec une certaine précision les liens entre les actions des parties prenantes, leurs schèmes de références et la mise en œuvre de leurs pratiques et praxis. Une approche théorique qui vise à la fois à créer de la connaissance scientifique et pratique en gestion de projet.

2.1.1 La réalité-projet selon le réalisme critique

Les parties prenantes qui intègrent un projet de santé sont souvent de disciplines, de secteurs de services (urgence versus unités de soins, par exemple) et d'organisations différentes. Elles évoluent, par conséquent, à l'intérieur de structures sociales qui se distinguent et qui régissent la mise en œuvre de leurs pratiques respectives. En effet, les structures sont formées d'ensembles de relations structurées entre des idées (ordre culturel : normes, valeurs, règles) et d'ensemble de relations internes entre des positions sociales (ordre social) qui conditionnent les pratiques des acteurs (Vandenberghe, 2007). Les différentes composantes des structures sociales ne sont pas nécessairement apparentes (Morris, 2013), mais ont des impacts importants, notamment sur la mise en œuvre des pratiques des parties prenantes d'un projet ainsi que sur leurs interactions.

Pour le réalisme critique, ces structures sociales sont considérées comme réelles par le pouvoir causal qu'elles peuvent avoir sur les actions des individus (Vandenberghe, 2007). En effet, le réalisme critique attribue à ces structures une existence propre. Cependant, ces structures sociales, à l'opposé de celles physiques, ne peuvent exister sans leurs interactions avec les humains (Vandenberghe, 2007). Les réalistes critiques croient que ces structures sociales historiquement créées le sont par la mise en œuvre des pratiques répétées des acteurs collectifs en interaction. Les structures sociales conditionnent les pratiques qui à leur tour reproduisent ou transforment les structures sociales en question:

- D'abord, à la différence des structures naturelles, les structures sociales n'existent pas indépendamment des actions des individus.
- Ensuite, les structures sociales n'existent pas indépendamment des concepts et des conceptions que les acteurs en ont.
- Enfin, de la dépendance des structures sociales des actions et des actions des concepts, on peut conclure que les structures sociales sont des structures historiques qui peuvent être consciemment transformées par les individus.
(Vandenberghe, 2007, p. 49)

Le projet, selon l'ontologie réaliste critique, peut donc être vu comme des groupes d'individus en interaction dont les pratiques, influencées par les structures sociales dans lesquelles elles se trouvent, visent à transformer ces mêmes structures qui vont à leur tour modifier les pratiques en question et permettre ainsi d'atteindre les buts recherchés par le projet.

Alors que le problème de l'intégration sociale attire l'attention sur les relations ordonnées ou conflictuelles entre des acteurs, le problème de l'intégration systémique renvoie à des relations ordonnées ou conflictuelles entre les parties d'un système social (Lockwood, 1964: 245) – ces soi-disant 'parties' pouvant être des positions, des rôles, des droits, des idées, des valeurs, etc., bref, des éléments quelconques reliés entre eux, ayant une structure et formant système. Le concept de l'intégration sociale pointe les conflits ou les ententes entre les personnes et les groupes, tandis que le concept complémentaire de l'intégration systémique conceptualise les contradictions et les complémentarités entre les parties ou les éléments composant le système (Vandenberghe, 2007, p.507).

En cohérence avec l'ontologie de la société proposée par Vandenberghe (2007), le projet n'est donc pas composé seulement de parties prenantes en interactions, mais aussi d'un ensemble de pratiques préexistantes stabilisées par ces dernières et qui entrent en interaction à travers le cycle de vie du projet. Les praxis et les pratiques d'intégrations doivent, par le fait

même, s'appliquer autant au niveau des individus que des systèmes de relations et d'idées préétablis qui affectent leurs comportements.

2.1.2 La temporalité de la réalité-projet vue sous l'angle de l'ontologique «becoming»

Pour Gareis (2010) et Hornstein (2015), l'un des objectifs principaux de la gestion de projet est d'impulser du changement. En santé, ce changement peut être d'ordre physique, telle la construction d'un hôpital par exemple. Il peut aussi être d'ordre social (Crawford et al.) comme par exemple le changement des pratiques des acteurs à l'égard d'une problématique (exemple : la prostitution) vécue dans un quartier. Le projet circonscrit les changements à l'intérieur d'un espace-temps prédéterminé (cycle de vie du projet) (Morris, 2013). Les changements sont imaginés, discutés et négociés entre une diversité de parties prenantes qui ont à interagir afin de créer les changements en question (van der Hoorn et Whitty, 2017; Zeivots et al., 2023). Les changements visés et créés par le projet peuvent satisfaire certaines parties prenantes, tout comme ils peuvent créer de la valeur pour l'ensemble de ces dernières (Çıdık et Bowler, 2022; Morris, 2013).

Les parties prenantes interagissent à l'intérieur d'un contexte social et physique qui influence leurs interactions et les résultats qu'elles peuvent produire dans le cadre du projet (Engwall, 2003). En effet, un projet n'est pas une île pour reprendre le célèbre titre d'Engwall (2003). Il est imbriqué dans une multitude de contextes (l'organisation, le réseau interorganisationnel et le domaine (secteur)) qui sont interreliés et qui exercent une influence sur son déroulement dans le temps (Manning, 2008). De plus, le contexte de réalisation du projet est en changement constant dans le temps. Un changement auquel l'implantation du projet doit s'adapter ou à l'inverse, un changement qui sera provoqué volontairement ou non par les activités du projet (Buchan et Simpson, 2020; Sergi, 2012; Sjögren et al., 2018). Cette description correspond à une conception ontologique « becoming » de la réalité-projet.

Linehan and Kavanagh (2006) propose a distinction between “being” and “becoming” project ontologies. They argue that a “being” project ontology gives primacy to objects,

things, states, events, and nouns and casts projects as discrete and concrete entities, giving the pervading impression of what Chia (1995) refers to as “false concreteness.” They argue that, in contrast, a “becoming” project ontology emphasizes processes, verbs, activity, and the construction of entities, and the role of language, meaning, and interpretation in the sense-making of the label “project.” (Jacques-Bernard Gauthier & Ika, 2012, p15)

Enfin, selon les idéaux types sociétaux (prémodernité, modernité, postmodernité et hypermodernité) une posture ontologique de la réalité-projet et de sa temporalité prend le dessus sur les autres postures ontologiques. Les projets hypermodernes évoqués par Gauthier et Ika (2012) peuvent être définis comme étant des réseaux d’acteurs intégrés dans un contexte social et en transformation constante. Un contexte social qui est en mouvement, mais qui, malgré les ambitions de transformation visée par le projet, a aussi tendance à se reproduire par l’entremise de la mise en œuvre des pratiques existantes et vice versa (Giddens, 2012 c1987). Cette définition décrit bien l’état des lieux des projets actuels de santé. Conséquemment, nous porterons une attention particulière aux dynamiques de reproduction et de changement des structures sociales et individuelles ayant cours à l’intérieur d’un projet. Plus spécifiquement, nous étudierons cette dynamique à partir de notre position ontologique se situant à l’intersection du réalisme critique et du « becoming » : une attention particulière est portée sur les processus et les dynamiques sociales ayant cours entre les différentes parties prenantes d’un projet:

En conclusion, les parties prenantes qui interagissent dans le cadre de la réalisation d’un projet évoluent dans un contexte qui est à la fois en changement, mais aussi dans un contexte culturel et social qui tend à vouloir se reproduire. De plus, les parties prenantes, elles-mêmes, tendent aussi à vouloir conserver leurs schèmes de références, leurs pratiques et leurs identités relatives à leur groupe d’appartenance respectif. La réalisation du projet implique donc une tension entre le changement provoqué et désiré par la réalisation du projet et les processus de reproduction des structures sociales et culturelles existantes ancrées aux *habitus*, que nous définirons plus loin dans cette section, des différentes parties prenantes. Nous rappelons que selon le réaliste critique, posture adoptée dans cette thèse, les structures n’existent pas

indépendamment des conceptions que les individus s'en font et des actions de ces derniers (Vandenberghe, 2007). La prochaine section nous servira à décrire comment ces différentes structures sont intériorisées par les individus.

2.1.3 L'intériorisation des structures sociales et culturelles dans la réalisation du projet

2.1.3.1 La construction de la réalité sociale et identitaire

Les structures sociales, selon le réalisme critique, ont un pouvoir causal et sont reproduites à travers la routinisation des pratiques qui sont porteuses de différents types de connaissances : normes, valeurs, idées, schèmes, vision du monde et de soi (Vandenberghe, 2007). Berger et al. (2012) présentent à travers leur ouvrage comment cette connaissance se partage et se cristallise à l'intérieur des individus en tant que réalité subjective du monde social. Ils expliquent comment la réalité s'internalise à travers les processus sociaux pour devenir une réalité subjective qui est partagée et institutionnalisée. Cette réalité concerne autant le monde social dans lequel on vit que notre place, identité et rôles correspondant à l'intérieur de ce dernier. Les schèmes mentaux sur soi et sur la société s'intègrent à travers un processus d'externalisation, d'objectivation et d'intériorisation (Berger et al., 2012). À travers les actions et le langage, les individus externalisent leurs conceptions du monde et de leur identité, qui à force de répétition, s'objectivent au point de devenir LA réalité. Les individus, à travers les actions répétées, partagent ainsi les mêmes représentations et considèrent ces réalités subjectives partagées comme étant des réalités objectives. Ces réalités subjectives sont reconfirmées de façon constante à l'aide de processus de signification et de légitimation utilisé par les différents groupes d'individus: « la fonction de légitimation est de rendre objectivement disponibles et subjectivement plausibles les objectivations de premier ordre qui ont été institutionnalisées » (Berger et al., 2012, chapitre II, E2717).

L'une des représentations véhiculant à travers les processus sociaux sont les rôles et les relations typifiées entre les individus : « La structure sociale est la somme totale de ces typifications et des modèles récurrents d'interaction établis au moyen de celles-ci » (Berger

et al, 2012, chapitre I, E1490). Les structures, les identités et les rôles (ainsi que les typifications de relations) se construisent initialement à travers les interactions avec les responsables primaires (parents et adultes significatifs lors de l'enfance) et sont ensuite confirmés par les autrui significatifs (amis, milieu de travail, etc.).

Les autres significatifs occupent une place centrale dans l'économie de la maintenance de la réalité. Ils sont particulièrement importants dans la confirmation continue de cet élément crucial de la réalité que nous appelons identité. Pour maintenir le sentiment d'être ce qu'il pense qu'il est, l'individu exige non seulement la confirmation implicite de cette identité que même les contacts passagers de la vie quotidienne entretiendront, mais aussi la confirmation explicite et émotionnelle chargée que les autrui significatifs lui fournissent. (Berger et al., 2012, chapitre III, E4265)

Si nous transposons ces principes de Berger et Luckman (2012) à la gestion de projet, cela veut dire que les parties prenantes qui intègrent un projet auront donc tendance à vouloir que leur réalité subjective (du monde et d'eux-mêmes) soit confirmée par leurs interactions avec les autres parties prenantes au projet. Nous verrons donc plus en détail comment cette dynamique peut se dérouler à travers la dynamique de réalisation des projets.

2.1.3.2 Les enjeux de la construction de la réalité sociale et identitaire à l'intérieur du projet

La conception de la réalité du monde social et des identités des individus s'institutionnalise avec le temps. L'institution véhicule et légitimise une conception de la réalité qui est considérée comme vraie et objective par les individus qui la composent. Les parties prenantes d'un projet sont issues de ces institutions (exemples : hôpital, CLSC, service de santé spécifique (réadaptation, psychosociale), etc.) et intègrent le projet avec leurs conceptions de la réalité sur les problématiques et les solutions à mettre en place pour les résoudre. Ces conceptions sont souvent différentes d'une partie prenante à une autre et mettent en jeu une certaine compétition institutionnelle (exemple : les personnes travaillant en CLSC ont une vision

davantage préventive de la santé que celles travaillant dans les hôpitaux) entre les différentes visions de la réalité qui sont véhiculées.

Dans le cadre d'un projet en santé, différents types de professionnels ont institutionnalisé leurs pratiques depuis longtemps. Ces derniers se regroupent à l'intérieur d'un projet dont la définition est au départ souvent floue (Ika et Saint-Macary, 2023). La structure du projet est indéfinie et le rôle des parties prenantes (et de leurs pratiques) en lien avec cette structure sont aussi indéterminé et à développer (Ika et Saint-Macary, 2023). La réalité sociale du projet et des acteurs qui la compose est donc à construire (becoming) : contrairement aux pratiques utilisées par les parties prenantes dans leurs organisations respectives (ou services respectifs), les pratiques à l'intérieur d'un projet n'ont pas encore été légitimées.

Dans ce nouveau contexte créé par le projet, les parties prenantes peuvent vivre une certaine tension et déstabilisation entre leur vision d'eux-mêmes et de la réalité et la transition vers une nouvelle réalité sociale et de leurs rôles à l'intérieur du projet. La nouvelle réalité instituée par le projet bénéficie de très peu de temps pour être institutionnalisée et reconnue comme vraie (LA réalité) à l'intérieur des réalités subjectives des individus. Les parties prenantes oscillent entre la sécurité de préserver et de conserver leurs visions de la réalité et de leurs pratiques (celles qui sont issues de leur institution) et l'option d'entamer la construction d'une réalité nouvelle grâce à leur participation au projet.

C'est donc dans ce contexte de transition et d'oscillation entre protectionnisme d'une réalité et création d'une nouvelle que les parties prenantes tentent d'intégrer un projet et d'arrimer leurs pratiques. À travers cette dynamique, les praxis d'intégration et de différenciation peuvent probablement jouer un rôle pouvant faciliter cette transition. En effet, les praxis de différenciation peuvent faciliter la reconnaissance de la réalité subjective d'origine des parties prenantes alors que les praxis d'intégration peuvent favoriser la construction d'une nouvelle réalité commune autour du projet. Cette recherche permet d'explorer et de décrire davantage la présence et l'actualisation de cette dynamique.

2.1.3.3 Les structures sociales intériorisées sous forme d'habitus

Selon Bourdieu (1982a), les actions historiques d'un agent¹ (celles faites antérieurement par d'autres agents et celles de l'agent lui-même) se retrouvent à l'intérieur de deux états du social : l'histoire qui est objectivée dans les choses sous forme d'institution et celle incarnée dans les corps sous forme d'habitus. Avec son concept d'habitus, Bourdieu (1972) sort de l'opposition classique entre le déterminisme et l'individualiste méthodologique. Il ne voit pas les structures sociales et les agents comme étant des entités séparées où l'une est dominante sur l'autre. Il propose de voir ses entités davantage comme étant imbriquées l'une dans l'autre. Pour Bourdieu (1972), l'individu fait partie des structures sociales et ces dernières sont incarnées en lui sous la forme d'habitus :

[...] les agents sociaux sont dotés d'habitus, inscrits dans les corps par les expériences passées : ces systèmes de schèmes de perception, d'appréciation et d'action permettent d'opérer des actes de connaissances pratiques, fondées sur le repérage et la reconnaissance des stimuli conditionnels et conventionnels auxquels ils sont disposés à réagir, et d'engendrer, sans position explicite de fins ni de calcul rationnel des moyens, des stratégies adaptées et sans cesse renouvelées, mais dans les limites des contraintes structurales dont ils sont le produit et qui les définissent. (Bourdieu, 2003, p. 166).

Deux types d'habitus semblent coexister, soit des habitus individuels et des habitus de classe (Bourdieu, 1979). En effet, même si chaque personne possède un habitus qui lui est propre, des habitus de classes sont aussi à l'œuvre. Il y a des habitus de classe partagés par des individus ayant les mêmes conditions sociales ou des trajectoires sociales semblables (Bourdieu, 1979). Ces habitus se développent à mesure qu'ils interagissent et évoluent à l'intérieur de différents univers sociaux enchevêtrés que Bourdieu et al. (2014) appelle des champs :

¹ Dans cette thèse les termes agent(s) et acteur(s) sont utilisés comme synonyme.

[U]n champ peut être défini comme un réseau, ou une constellation de relations objectives entre des positions. Ces positions sont caractérisées objectivement dans leur existence et dans les déterminations qu'elles imposent à leurs occupants, agents ou institutions, par leur situation (situs) actuelle et potentielle dans la structure de la distribution des différentes espèces de pouvoir (ou de capital) dont la possession commande l'accès aux profits spécifiques qui sont en jeu dans l'espace considéré et, du même coup, par leurs relations objectives aux autres positions (domination, subordination, homologie, etc.). (Bourdieu et al., 2014, p. 142)

L'individu évoluant à l'intérieur de ces champs se forge tranquillement un habitus qui regroupe l'ensemble des normes, valeurs, règles et schèmes de référence associés au champ en question. De plus, à l'intérieur de ces champs, des rapports de forces ont cours entre les individus. En effet, Bourdieu et al. (2014) qualifie notamment ces champs de lieux de domination et de conflits où chaque individu tente d'acquérir une position sociale particulière. Il souligne aussi que ces rapports de dominations sont profondément intériorisés par les individus.

À partir de ces habitus et en concordance avec les règles et les logiques des champs, les individus développent un ensemble de pratiques (Bourdieu, 2003). Ces pratiques visent, selon Bourdieu (1979), à acquérir un certain classement social. En effet, les individus utilisent une diversité de capitaux (économique, sociaux et culturelles) à leurs dispositions afin de définir leur position sociale par rapport aux autres (Bourdieu, 1979). Bourdieu (1979) qualifie ces pratiques comme étant des pratiques de distinction.

2.1.3.4 La dynamique des habitus et des pratiques associées dans la réalisation d'un projet

À la lumière des travaux de Bourdieu (1972, 1979, 1980, 1982, 2003, 2014) nous arrivons à la conclusion que chacune des parties prenantes d'un projet possède un habitus individuel propre, mais elles partagent aussi un habitus de classe rattachée notamment à leur communauté professionnelle, organisationnelle et à leur position sociale. Ainsi, lorsqu'un ensemble de parties prenantes intègre un projet, c'est une diversité d'habitus qui entre en

interaction. Ces habitus, étant en cohérence avec les champs d'origines des parties prenantes, peuvent être un peu déstabilisés lorsque vient le temps de réaliser un projet. En effet, le projet provoque la création d'un nouveau champ constitué à partir de l'interaction entre une diversité de parties prenantes et de leurs habitus respectifs. Les parties prenantes en interaction vont, selon la logique de Bourdieu (1979), tenter de se différencier en fonction de leurs pratiques respectives. Non seulement les parties prenantes tentent de se différencier, mais Bourdieu (1979) met l'accent sur les pratiques que ces dernières vont utiliser pour se distinguer et tenter d'affirmer leur positionnement social.

Les habitus se créant par la socialisation continue des individus à l'intérieur des champs, l'adaptation de ces habitus en fonction du nouveau contexte (champ) créé par le projet peut être difficile. En effet, le champ créé par le projet n'offre pas beaucoup de temps pour opérer une socialisation permettant de modifier les habitus en question. Dans ce contexte, il est possible que le premier réflexe des parties prenantes d'un projet soit de défendre leurs pratiques d'origines (et les habitus les sous-tendant) plutôt que de tenter de les adapter au nouveau contexte créé par le projet.

2.1.4 La dynamique et la création des acteurs collectifs dans la réalisation du projet

Selon Vandenberghe (2007) pour former et maintenir un acteur collectif² capable d'action, un groupe doit posséder des schèmes mentaux communs, avoir les moyens sociotechniques pour interagir et avoir des portes-paroles qui les représentent. Les parties

² Acteur collectif : « Un regroupement d'acteurs qui partagent des règles communes et une finalité, un projet partagé. » Reynaud, J.-D. (1997). *Les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale* (3^e éd.). Armand Colin. (p. 335)

prenantes³ qui intègrent un projet sont aussi des représentants des acteurs collectifs de leur discipline et de leurs organisations respectives. En effet, chaque partie prenante possède un lien d'appartenance avec ses différentes organisations ou départements d'origine (Eskerol et Jepsen Lund, 2013). Ces groupes possèdent leurs buts, leurs objectifs, leurs visions d'eux-mêmes et des autres groupes. Ils possèdent aussi un ensemble de règles, de normes, de valeurs et de pratiques qu'ils partagent et qu'ils considèrent comme étant pertinentes et efficaces:

Un ensemble de règles est lié à la constitution d'un groupe social. Elles constituent son identité. Elles fixent aussi ses frontières. Elles déterminent qui appartient, mais aussi qui est exclu. Leur champ de validité est dépendant des frontières de l'acteur et de son environnement et les déterminent. (Reynaud, 1997, p. 75)

Les buts et les règles des acteurs collectifs sont le fruit de nombreuses négociations et sont maintenus à travers leurs pratiques de régulation. La rencontre des parties prenantes à l'intérieur d'un projet est aussi la rencontre d'une diversité de règles qui auront à être régulées par les parties prenantes : « Et ce qui règle leurs relations est le résultat d'un processus complexe de décision : accommodation ou conflits, négociation ou arbitrage, accord ou domination. » (Reynaud, 1997, p. 92).

Selon Reynaud (1997), plus les acteurs collectifs sont diversifiés et plus le processus de régulation devient difficile. De plus, l'indétermination des fins constitue un autre facteur pouvant venir complexifier ce processus (Reynaud, 1997). À partir de Reynaud (1997) nous pouvons conclure qu'à l'intérieur de ce processus de régulation, les parties prenantes d'un projet de santé peuvent chercher à mettre de l'avant le statut de leur groupe d'origine et chercher à le distinguer des autres groupes représentés. Les parties prenantes peuvent donc vouloir à la fois

³ Les parties prenantes deviennent des acteurs collectifs du projet, mais elles sont en même temps un acteur collectif de leur organisation, service ou profession respective par exemple.

mettre en place des règles communes tout en mettant en évidence le positionnement de leur groupe par rapport aux autres:

Les règles de différentes sources peuvent concourir à une régulation commune, mais elles peuvent aussi s'affronter. Le concours est parfois (est souvent) une concurrence. Il y a bien une lutte des règles (Pierre Bourdieu dit : une lutte des classements). (Reynaud, 1997, p.134).

Sauf dans les cas très rares où un groupe social est isolé ou dans le cas, qui mérite étude particulière, de l'ensemble le plus englobant (la société globale, l'État-nation), un ensemble de règles est lié à la position d'un acteur collectif dans un ensemble plus vaste. Il s'élabore donc dans un rapport social ou plutôt dans des rapports sociaux (d'alliance, d'opposition, de hiérarchie) (Reynaud, 1997, p. 75).

À travers ce processus de régulation et de distinction institué par le projet, les parties prenantes tentent d'affirmer leur identité par l'entremise d'un processus d'identification et de différenciation nécessaire à la création des acteurs collectifs:

Les collectifs sont toujours en relation avec d'autres collectifs et, pour pouvoir se constituer en tant que 'nous' plus ou moins unifié, ils présupposent la différenciation avec un 'eux'. Pas d'identité, autrement dit, sans différence et, afin de ne pas suggérer que les identités sont stables et homogènes, on pourrait même ajouter qu'il n'y pas d'identité sans identification et pas d'identification sans différenciation (Vandenberghe, 2007, p. 520).

En fonction du besoin des acteurs collectifs de s'identifier tout en se différenciant des autres groupes d'acteurs, les pratiques de différenciation et d'intégration utilisées dans le cadre d'un projet pourraient faciliter ce processus. En effet, les pratiques de différenciation pourraient permettre de mettre en évidence ce qui distingue chacun des groupes représentés par les parties prenantes. L'identité de ces groupes serait alors davantage connue, reconnue et différenciée. D'un autre côté, les pratiques d'intégration pourraient permettre aux parties prenantes du projet

de se définir une nouvelle identité autour du projet avec ses buts et ses nouvelles règles de fonctionnement. Les pratiques de différenciation et d'intégration pourraient donc servir autant dans la confirmation des identités des acteurs collectifs (différents groupes de parties prenantes du projet) que dans la création d'un nouvel acteur collectif autour du projet. Par la mise en œuvre de ces différentes pratiques, le projet peut à la fois être le lieu où les structures sociales des acteurs collectifs sont reproduites et aussi transformées et c'est ce que nous allons expliciter dans la prochaine section.

2.1.5 La réalisation du projet entre reproduction et changement des structures sociales et individuelles

Bourdieu (2003) n'est pas le seul à faire porter l'attention sur les dynamiques de reproduction sociales ayant cours entre les agents et les structures. Giddens (2012 c1987) en propose même une abstraction à laquelle il a donné le nom de théorie de la structuration. Suivant cette théorie, les structures sociales sont à la fois le médium et le résultat des pratiques des acteurs (Giddens, 2012 c1987). Autrement dit, les structures sociales et matérielles offrent les conditions d'actions qui seront interprétées par les acteurs sous forme de possibilités et de contraintes à leur agir. À partir de ces interprétations, les agents vont adopter des pratiques qui vont venir renforcer ou changer les structures en place : les pratiques véhiculent des normes et des règles qui sont les constituantes des bases même des structures sociales. Ces normes et règles associées aux structures sont historiquement constituées par la répétition des pratiques et deviennent avec, le temps, institutionnalisées. C'est donc à partir de ces normes et règles préétablies que les agents vont mettre en œuvre leurs pratiques à l'intérieur du nouveau contexte créé par le projet. À travers le prisme de la théorie de la structuration de (Giddens, 2012 c1987), la gestion de projet, pourrait être définie comme suit :

Seen through the lens of structuration theory, then, project management practices can be seen as the outcome of a complex, and recursive, relationship between structural attributes and individual agency, in which project managers and their teams draw upon,

enact and, hence, reproduce (and perhaps modify) the structural properties of the system. (Bresnen et al., 2005, p. 552)

Pour créer le changement, il faut donc que les parties prenantes réussissent à sortir du cycle de reproduction de ces structures sociales et culturelles. L'une de ces solutions, selon Giddens (2012 c1987), est l'utilisation de la réflexivité. C'est pourquoi les parties prenantes du projet doivent être en mesure de reconnaître le cycle de reproduction en question s'ils veulent être en mesure de le modifier. Ils doivent être en mesure d'identifier les règles et les normes qui régissent leurs pratiques pour tenter de modifier ces dernières en fonction du nouveau contexte créé par le projet.

From the structuration perspective, any organization, such as a project, is a network of social relations, which human actors construct by actively negotiating meanings, roles and interaction norms (Barley, 1986). In this process, actors reflectively represent and interpret the actions and roles of other actors, and may explicitly agree on shared meanings, definitions and rules (Crossley, 2011) (Florice et al., 2014, p. 1099)

Les composantes structurelles (règles et ressources) peuvent aussi être changées par des facteurs de l'environnement du projet. En effet, des ressources (matérielles, humaines ou financières) supplémentaires peuvent être injectées dans le projet et avoir, par le fait même un impact sur certaines pratiques des parties prenantes. L'organisation, qui abrite le projet, peut décider de mettre en place de nouvelles normes relatives à la performance des professionnels par exemple. Les structures régissant les pratiques des acteurs peuvent donc être transformées à partir de facteurs extérieurs aux parties prenantes ou à partir de ces dernières qui, suivant un processus réflexif, vont délibérément choisir de modifier leurs pratiques pour atteindre les buts escomptés.

Comme mentionné précédemment, il n'y a pas que les structures sociales qui ont tendance à se reproduire à travers les pratiques des parties prenantes, il y a aussi selon Bourdieu les habitus de ces dernières. En effet, comme mentionné précédemment, les parties prenantes d'un projet disposent d'un habitus constitué d'un ensemble de schèmes de référence et de

manières d'agir qui ont été construits historiquement par l'interaction des acteurs à travers leurs différents champs respectifs. Ces constituantes de la réalité des différents champs de l'individu sont alors internalisées par l'agent et reproduites par ce dernier à travers ses pratiques. Ces schèmes de référence (sur soi et les autres) et de pratiques sont des constituantes importantes de l'identité individuelle (Berger et al., 2012) et collective des individus (Reynaud, 1997). Ces derniers auront donc tendance, comme premier réflexe, à vouloir préserver leurs *habitus* et identités d'origine lorsqu'ils entreront en interaction avec les autres parties prenantes du projet.

Selon Bourdieu (1979), les pratiques culturelles ont aussi pour but d'affirmer un positionnement social, les parties prenantes qui intègrent un projet vont avoir tendance à agir pour préserver ce positionnement. Suivant la logique de Bourdieu, l'une des stratégies initiales des parties prenantes qui débute un projet est probablement d'affirmer l'importance et la supériorité de leurs pratiques (face à celle des autres) au lieu de vouloir réfléchir à leurs transformations pour les bienfaits du succès du projet. De plus, il ne faut pas oublier que les composantes de l'*habitus* sont, selon Bourdieu, principalement inconscientes et que les acteurs auront donc tendance aussi à reproduire les pratiques par habitude. Par contre, il faut prendre en considération que lorsqu'un individu évolue dans un autre contexte que celui dans lequel il a développé son *habitus*, les caractéristiques de son *habitus* et de celui des autres peuvent devenir plus apparentes. Suivant cette affirmation, le projet risque donc d'offrir aux parties prenantes un terrain propice à une meilleure prise de conscience des *habitus* de chacun.

C'est donc dans ce contexte de tension entre la préservation des structures et des identités (individuelles et collectives) et la création de nouvelles que les parties prenantes interagissent à l'intérieur d'un projet. Cette tension est d'autant plus présente à l'intérieur d'un projet dû aux impératifs de temps imposés par son cycle de vie. Comme mentionné précédemment, les pratiques et les identités des parties prenantes se sont construites au cours d'une échelle de temps habituellement assez longue et à l'intérieur d'un contexte assez stable. La réalisation d'un projet circonscrite dans le temps et souvent réalisée de façon périodique (les individus participent au projet, mais continuent souvent leurs activités régulières) laisse peu de temps aux parties prenantes de prendre conscience de leurs pratiques et de les modifier en

fonction de la nouvelle réalité créée par le contexte du projet. De plus, la complexité de l'environnement projet (Geraldi et al., 2011) rend plus difficile le consensus et la cristallisation des règles et normes qui seront priorisées par les parties prenantes.

C'est à travers l'ambivalence entre la préservation des acquis et la création de changements institués par le projet que les parties prenantes d'un projet auront à interagir. Autant ces dernières voudront adapter leurs pratiques au nouveau contexte du projet, autant elles auront tendance (souvent de façon inconsciente) à vouloir les préserver. C'est à travers cette dance entre les pratiques passées et futures que nous porterons une attention particulière sur les praxis d'intégrations et de différenciations. Les praxis d'intégrations ayant comme visées le changement et l'arrimage des pratiques des parties prenantes, alors que les praxis de différenciations (et de distinctions) peuvent avoir comme mission de mettre en valeur les pratiques existantes ainsi que les structures sociales et identitaires auxquelles elles peuvent se rapporter.

2.1.6 Étude de la gestion de projet avec une approche centrée sur les pratiques (Projects-as-Practice)

La gestion de projet est une pratique professionnelle et une discipline scientifique (Blomquist et al., 2010; Hällgren et Söderholm, 2011; Lalonde et al., 2010). La recherche en gestion de projet doit donc tenir compte de ces deux composantes importantes de la discipline. Elle doit produire des connaissances qui vont pouvoir servir les ambitions scientifiques, mais toujours dans la perspective où ces connaissances seront utiles au praticien et pourront favoriser l'amélioration de la pratique de gestion des projets (Lalonde et al., 2010). Afin de pouvoir atteindre ce double objectif, étudier les projets et leurs gestions à partir d'une approche centrée sur les pratiques semble être une avenue prometteuse pour le développement de la pratique et de la connaissance scientifique sur cette pratique :

In essence, proponents of this project-as-practice approach argue that both practical and theoretical advances can result from studying the concrete actions of project participants, situated in their individual, social, material and historic context, as well as the network of

shared and interconnected practices that form the field of project management practices (Blomquist et al., 2010). (Florichel et al., 2014, p. 1092)

Dans les prochains paragraphes, nous décrirons les principales caractéristiques de l'étude des projets selon une approche centrée sur les pratiques. Toutefois, nous privilégierons parfois dans notre discours des caractéristiques qui peuvent être associées davantage aux visions des pratiques proposées par Giddens (2012 c1987) et (Bourdieu, 1972). Nous commencerons à faire des liens aussi avec la théorie de la Strong Structuration Theory (Stones, 2005) qui constitue la base du cadre conceptuel de cette thèse et qui sera un outil très utile pour comprendre et décrire les différentes pratiques (et praxis) ayant cours entre les différentes parties prenantes d'un projet de santé.

2.1.6.1 Les principaux courants de recherche en gestion de projet

La gestion de projet a été étudiée au cours de l'histoire à partir de deux grands courants théoriques, soit celui des sciences de la nature et celui des sciences sociales. Initialement, les théories sur la gestion de projet se sont beaucoup inspirées de celles développées dans le domaine de l'ingénierie pour développer un ensemble de techniques et d'outils (Hällgren & Söderholm, 2011) (gant chart, chemin critique, par exemple) qui avaient pour but de maximiser l'utilisation des ressources afin d'atteindre les buts escomptés du projet. À l'opposé de cette vision instrumentale de la gestion de projet, et considérant que le projet se réalise avec et pour des humains (Morris, 2013), la deuxième approche s'est inspirée davantage des théories en provenance des sciences sociales (psychologie, sociologie, science politique et anthropologie, etc.) (Lalonde et al., 2010). Les deux principaux courants en gestion de projet ont cependant comme principale faiblesse de ne pas pouvoir décrire avec autant de précision les pratiques (et praxis) des parties prenantes ayant cours dans la réalisation d'un projet.

However, both streams are typically based on assumptions of practice, the practice itself is too often taken for granted, and the basis of the assumptions is obscured in details. The result of this is that the role of people and their actions in accomplishing the project- the

full dynamic- is not properly laid out and understood. (Hällgren & Söderholm, 2011, p. 1 chapitre 21)

Dans l'optique de créer des connaissances qui soient davantage en adéquation avec ce qui se passe réellement dans la gestion d'un projet, un troisième courant a vu le jour au cours des dernières années. Ce courant nommé « Projects-as-Practices » vise à développer des théories sur la gestion de projet à partir de ce qui se passe dans la pratique d'un projet (Blomquist 2010, Hallgren Chp.21). En effet, cette approche préconise l'étude des pratiques et des praxis des acteurs pour ensuite dégager des théories qui seront utiles aux praticiens (Lalonde et al., 2010). Elle vise à décrire ce que font les acteurs, pourquoi ils le font et dans quel contexte.

Étudier le projet avec une approche portant une attention particulière sur les pratiques nécessite donc un changement de perspective important. Il ne s'agit plus de vérifier l'application sur le terrain, dans une vision « top-down », de meilleures pratiques (issues de modèles théoriques empruntés) pour savoir jusqu'à quel point ces dernières sont bien mises en œuvre (Blomquist et al., 2010). Une approche centrée sur les pratiques nécessite d'observer les actions des parties prenantes du projet à l'intérieur de leur contexte et de les mettre en évidence par la suite dans une approche davantage dite « bottom-up » :

Instead of investigating the efficiency of project management tools or defining best practice, a projects-as-practice approach focuses on how projects are carried out in a social and institutional context under the influence of different praxis (situated activities), practices (norms, values, and routines that are drawn upon when acting) and practitioners (the ones doing the praxis) Essentially, projects-as-practice is interested in activities that comprise the project work and it focuses on organizing rather than organization, on becoming rather than being, on theories in use rather than espoused theories, and on social and institutional embeddedness rather than tool or organization efficiency or effectiveness (cf. Blomquist et al. 2010). (Hällgren et Söderholm, 2011, p. 1 chapitre 21)

2.1.6.2 Les principaux concepts de l'approche centrée sur les pratiques (Project-as-Practice)

Comme cité précédemment, trois concepts sont à la base d'une approche centrée sur les pratiques : la praxis, le praticien et la pratique. Les paragraphes qui suivent décrivent les différentes caractéristiques et composantes associées à ces trois concepts.

2.1.6.2.1 *La praxis*

La praxis réfère à l'action, enchâssée dans l'espace-temps, posée par les différentes parties prenantes impliquées dans le projet. La recherche met l'accent sur les microactivités que ces dernières peuvent réaliser dans l'action et à travers leurs interactions dans un contexte donné (Schatzki et al., 2001). Selon Blomquist et al. (2010), la praxis est influencée par l'interprétation du contexte spécifique de l'action réalisée par le praticien. Cette interprétation est guidée par l'habitus du praticien ainsi que par les actions des autres acteurs (Blomquist et al., 2010) :

Praxis is what practitioners do, but it is also the tools they use, their interactions and intentions, and their joint episodes of activities. Taken together, a dynamic setting for action is created on the local arena where knowledge and action come together in practice. (p. 13)

2.1.6.2.2 *Les pratiques*

Les pratiques sont les normes, les règles, les valeurs et les connaissances partagées qui régissent les actions (la praxis) des acteurs (Blomquist et al., 2010; Hällgren & Söderholm, 2011). En fait, les pratiques sont à l'origine de la praxis, mais elles en sont aussi le résultat (Hällgren & Söderholm, 2011). En effet, un type de comportement routinier et partagé par un groupe s'institutionnalise et se transforme en pratique. Les normes, les valeurs, les règles et les connaissances associées à la praxis routinisée deviennent les composantes de la pratique en question. Les pratiques peuvent être explicitement énoncées à travers les documents officiels de l'entreprise ou de l'organisation (Blomquist et al., 2010). Elles se construisent aussi de façon

implicite et itérative par l'entremise des interactions entre les acteurs : ces derniers comprennent alors les comportements qui sont encouragés et ceux qui ne le sont pas (Blomquist et al., 2010)

Les pratiques ne concernent pas seulement les comportements à adopter pour réaliser une tâche spécifique. Elles définissent et caractérisent les types de relations que les différents acteurs peuvent avoir entre eux. Certaines pratiques peuvent mettre en évidence des relations de complémentarité comme elles peuvent aussi exprimer des relations de pouvoir entre les différentes parties prenantes. La notion de pouvoir, véhiculée par les pratiques, n'est pas seulement reliée à des relations de dominations. Elle peut aussi être associée à la capacité des praticiens de mettre en œuvre les actions (Giddens, 2012 c1987)

2.1.6.2.3 *Le praticien*

Le praticien est la personne qui interprète et met en œuvre la praxis et la pratique (Hällgren & Söderholm, 2011). C'est lui qui réalise l'action: qui conçoit et exécute le projet (Blomquist et al., 2010; Hällgren & Söderholm, 2011). D'ailleurs, le praticien n'est pas seulement le gestionnaire de projet, mais toutes les parties prenantes d'un projet (Hällgren & Söderholm, 2011) qui, par leurs actions, peuvent avoir un effet direct ou indirect sur le déroulement du projet.

Reckwitz (2002) considère que les praticiens sont principalement les véhicules et les porteurs des pratiques qu'ils actualisent en fonction des connaissances qu'ils possèdent, de leurs interprétations des situations et de leurs motivations. Le chercheur utilisant une approche centrée sur les pratiques tente de décrire autant les actions se déroulant dans le cadre d'un projet que les raisons sous-jacentes à leurs mises en œuvre. Pour ce faire, il doit être en mesure de bien comprendre le praticien lui-même, le contexte dans lequel ce dernier réalise l'action ainsi que son interprétation du contexte (Blomquist et al. 2010).

2.1.6.3 La pratique, la praxis et le praticien imbriqués dans leur contexte

Considérant que les actions d'une personne peuvent venir influencer les actions d'une autre personne ou modifier le contexte social ou physique dans lequel cette action se déroule

(Schatzki et al., 2001), la cohérence de l'interrelation entre la pratique, la praxis et le praticien ne peut prendre son sens qu'à l'intérieur d'un contexte spécifique : nommé «site» par Schatzki et al. (2001). Les parties prenantes d'un projet vont donc poser des actions qui sont en cohérence avec leur interprétation du contexte dans lequel elles évoluent. Ce contexte est influencé par les actions des différentes parties prenantes d'un projet, mais il est aussi influencé par les structures sociales en présence.

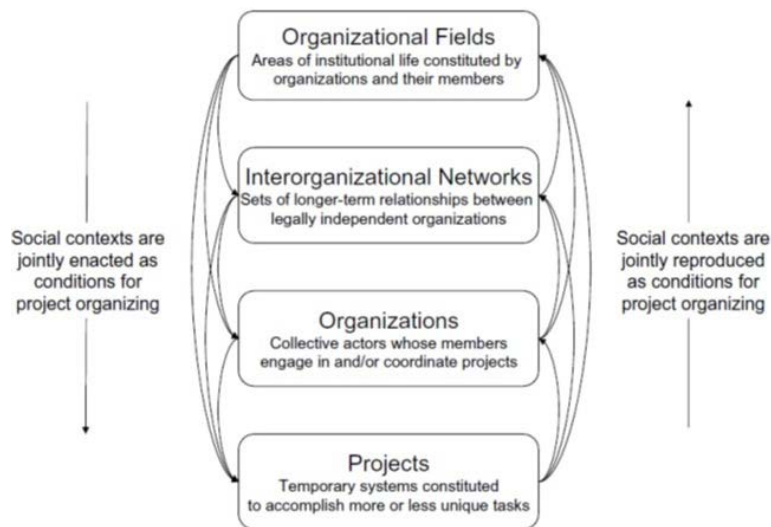
Therefore, a practice approach would emphasize how the practice is located and created in the site. However, a site is not only a physical place where a bundle of praxis occurs, but also a social and institutional context for actions or projects. A situation is, in itself, a continuously negotiated part of situated activities and social practices, the emphasis of which is not on the situation but the praxis (the situated doings), practices (the norms, values, routines, and rules that drawn upon when acting), and on the ones, that act, the practitioners. These three concepts are tied together in episodes of practice, such as meeting or a project (Hendry and Seidl 2003). In order to explain practice it is necessary to look out for episodes and the meeting between the three concepts of praxis, practices, and practitioners. (Hällgren & Söderholm, 2011, p.503)

2.1.6.4 Les pratiques d'un projet sous l'influence d'une multitude de contextes

Le projet n'évolue pas sur une île déserte (Engwall, 2003). Selon Manning (2008), le projet est imbriqué à l'intérieur d'une multitude de contextes qui s'interinfluencent (**Figure 2**). Il y a le contexte du projet, celui de l'organisation à l'intérieur de laquelle le projet se réalise, le réseau interorganisationnel dont l'organisation fait partie et le domaine dans lequel l'organisation évolue, comme par exemple celui de la santé ou de la construction. Les caractéristiques des structures sociales de chacun de ces contextes viennent faciliter ou contraindre les activités du projet (Manning (2008). À l'inverse, la réalisation du projet peut venir reproduire ou transformer les structures sociales en place à l'intérieur des différents contextes.

Figure 2

Le projet imbriqué dans un système aux multiples contextes



Note : Figure reproduite à partir de « Embedding projects in multiple contexts – a structuration perspective », par Manning, S. (2008). *International Journal of Project Management*, 26 (1), 30-37, p.33

2.1.6.5 Le projet : lieu de rencontre privilégié des pratiques et de leurs communautés respectives

Le projet peut être défini comme étant la somme d'une diversité de pratiques en constante négociation (Hällgren & Söderholm, 2011). Le projet provoque la rencontre entre une diversité de pratiques dont plusieurs sont historiquement constituées: (Florice et al., 2014). Les pratiques étant portées par des communautés (Blomquist et al., 2010), le projet constitue donc le lieu de rencontre privilégié entre ces dernières. En effet, une diversité de communautés de pratiques, représentées par les parties prenantes du projet, entreront dans une danse de négociations pour la création de nouvelles pratiques engendrant du même coup la création d'une nouvelle communauté temporaire autour du projet en question :

A (relevant) community of practice is formed around three different concepts: First, there is a need for mutual engagement of participants. This means that individuals are engaged and know that they are part of a mutual undertaking. Second, there is a joint

enterprise, in which specific content is negotiated and where there are accountability norms in place. And, finally, Wenger discussed a shared repertoire of concepts, models, roles, and rules used to perform specific activities. It is important to note that all three of these components include negotiation and may be characterized by conflict, diversity, and heterogeneity. It is, in other words, not necessarily a search for harmony that underlies the forming of a community of practice. (Blomquist et al., 2010, p. 10)

Il importe donc pour le gestionnaire de projet (et le chercheur) de bien comprendre les différentes communautés et leurs dynamiques s'il veut être en mesure d'avoir une meilleure influence sur le changement de pratiques de ces dernières. Blomquist et al. (2010) relève d'ailleurs que la communauté est la première couche du contexte dans lequel évolue la pratique :

A single action or task has no meaning without the social context in which it is enacted. Instead, communities are the first layer of embeddedness—that is, the lowest level of context in which practice is situated. Beyond the community, other layers may be found, such as historical, social, cultural, and institutional layers (Schatzki, 2005; Wenger, 1998). (Blomquist et al., 2010, p. 11)

En conclusion, une approche centrée sur les pratiques a pour but de mieux comprendre les pratiques ayant cours par et entre les parties prenantes d'un projet. La compréhension et la description de ces pratiques se font en considérant l'interdépendance entre la praxis, la pratique et le praticien, et ce en cohérence avec un contexte donné. Le projet constitue le lieu de rencontre privilégié entre une diversité de pratiques (et leurs communautés respectives) qui sont portées par une diversité de parties prenantes. Le projet est l'occasion pour ces dernières de renégocier leurs pratiques afin de mieux les arrimer et d'en créer de nouvelles qui seront davantage en adéquation avec le nouveau contexte que constitue le projet.

2.2 Le cadre conceptuel de Stones

L'analyse des pratiques et des praxis (de différenciation et d'intégration) se fera en utilisant le cadre conceptuel de la Structuration de Stones (2005). En effet, Stones (2005)

présente un cadre qui permet la description des pratiques (et des praxis) en considérant les liens entre les structures sociales (externes), les structures internes (dont l'habitus), les actions et leurs conséquences, et ce dans un contexte bien délimité. L'utilisation de ce cadre permettra au chercheur d'être guidé dans ses observations et questions afin de relever le défi de la pertinence. De plus, le cadre de la Structuration de Stones (2005) facilitera aussi la synthèse des praxis et des pratiques observées afin de créer des modèles qui seront pertinents pour la recherche et la pratique de la gestion de projet.

Avant de présenter le cadre conceptuel, nous débutons cette section en présentant un tour d'horizon de l'utilisation de la théorie de la structuration à travers la recherche en gestion de projet. Nous élaborons ensuite sur les avantages de l'utilisation de la théorie de la structuration de Stones (2005) dans le cadre de cette thèse. Enfin, nous terminons cette section en présentant le cadre conceptuel de Stones (2005) et en explicitant ses différentes composantes.

2.2.1 L'utilisation de théorie de la structuration en gestion de projet

Au cœur de la théorie de la structuration de Giddens se trouve la dualité structurelle (Giddens, 2012 c1987). Ces dernières sont à la fois le médium et le résultat des pratiques des agents (Giddens, 2012 c1987). Ces structures influencent les pratiques des agents qui à leur tour, mettent en action des pratiques qui ont tendance à venir confirmer les composantes des structures en place (normes, valeurs, règles, etc.). La reproduction des structures à travers les pratiques routinières des agents est aussi une idée forte de la théorie de la structuration de (Giddens, 2012 c1987). Avant d'explicitier comment nous allons utiliser la théorie de la structuration pour répondre à notre question de recherche, voici un tour d'horizon des différentes recherches recensées ayant utilisé la théorie de la structuration pour comprendre certains problèmes de gestion de projet et élaborer différentes avenues de solutions en cohérence avec cette théorie.

À travers la littérature répertoriée (Bresnen et al., 2004; Gauthier et St-Pierre, 2012; Greenhalgh et Stones, 2010; Manning, 2008; Windeler et Sydow, 2001), la théorie de la structuration a été utilisée notamment pour faire l'analyse de problèmes dans l'implantation de

différents projets et pour susciter l'émergence de nouvelles solutions qui prennent en considération l'interaction entre les structures et les actions des agents dans un contexte donné.

Utilisant la théorie de la structuration de Stones (2005) combinée à celle de la théorie des acteurs réseaux (ANT), (Greenhalgh & Stones, 2010) décrit empiriquement ce qui arrive au niveau macro, meso et micro lorsque le gouvernement tente d'implanter des projets informatiques dans le réseau de la santé. Ils proposent de considérer les technologies comme étant un acteur du réseau sociotechnique pouvant faciliter ou contraindre les actions et vice versa: la mise en œuvre des nouvelles pratiques technologiques peut venir affecter le réseau sociotechnique existant.

We argue, for example, that the position practice network can be a socio-technical one in which technologies in conjunction with humans can be studied as 'actants'. Human agents, with their complex socio-cultural frames, are required to instantiate technology in social practices. Structurally relevant properties inscribed and embedded in technological artefacts constrain and enable human agency. The fortunes of healthcare IT programmes might be studied in terms of the interplay between these factors. (Greenhalgh & Stones, 2010, p. 1285)

Bresnen et al. (2004, 2005), quant à eux, cherche à mieux comprendre le problème de la diffusion de nouvelles pratiques en gestion de projet à l'intérieur des projets de constructions. À partir d'études de cas, il note que les caractéristiques structurelles des projets ont une influence importante sur la transmission des connaissances et des pratiques à l'intérieur d'une entreprise de construction (qui fonctionne en mode projets). Bresnen et al. (2005) ont d'ailleurs développé un cadran d'analyse pour évaluer la possibilité d'un changement de pratique. Deux critères font partie du cadran, soit le degré d'interférence des nouvelles pratiques avec celles existantes et l'impact des nouvelles pratiques sur la distribution du pouvoir. Ils mentionnent que plus les nouvelles pratiques interfèrent avec les pratiques en place, plus les parties prenantes ont tendance à préserver les pratiques existantes. Si le changement de pratique a un effet sur la distribution du pouvoir, les parties prenantes avantagées auront davantage tendance à adopter les nouvelles pratiques.

Windeler et Sydow (2001) ont utilisé la théorie de la structuration pour décrire l'instauration de nouvelles pratiques de productions de films et d'émissions suite à des coupures importantes de budget au niveau des diffuseurs publics et de l'arrivée de diffuseurs privés en Allemagne. En effet, avec l'avènement des producteurs et diffuseurs privés et la réduction des ressources, les diffuseurs ont dû se tourner vers des équipes de productions indépendantes qui ont développé leurs réseaux de collaborations pour la réalisation de plusieurs projets (Windeler & Sydow, 2001). Cette collaboration répétée entre un ensemble de parties prenantes indépendantes a permis l'institutionnalisation de normes et de pratiques autant au niveau de leur fonctionnement collaboratif que des pratiques de productions qu'ils mettaient en place (Windeler & Sydow, 2001). Ces pratiques sont devenues normes et ont influencé par la suite les pratiques de l'industrie (Windeler & Sydow, 2001).

Gauthier et St-Pierre (2012), quant à eux, utilisent la théorie de la structuration afin de définir les conditions favorables à l'intégration des équipes de projet à partir d'un projet visant à favoriser une meilleure intégration des services entre les services d'une clinique médicale et les services spécialisés d'un hôpital. Ils notent que la réponse aux besoins des différentes parties prenantes, et ce de façon répétée, favorisent leur intégration. Ils soulignent que l'identification de ces besoins et les capacités d'y répondre de façon répétée sont tributaires d'un ensemble d'éléments issus de l'interaction entre les structures et les agents :

Il importe donc de saisir ce qui favorise ou ce qui entrave les interfaces possibles entre les groupes d'acteurs d'une équipe de projet à partir de ce qui est attendu de l'autre, de ses compétences, de ses pouvoirs et des règles sous-jacentes. Cette mise en perspective est essentielle à l'évaluation des groupes d'acteurs quant aux possibilités de réponse satisfaisante à leurs besoins et ensuite de ce qui se passe réellement dans la conduite des activités à l'égard de la satisfaction ou non de ces besoins (Gauthier et St-Pierre, 2012, p. 24)

Manning (2008) utilise la théorie de la structuration afin d'illustrer jusqu'à quel point les pratiques des parties prenantes à l'intérieur d'un projet sont contraintes ou facilitées par les structures existantes, et ce à trois niveaux : soit les pratiques de l'organisation, des relations

interorganisationnelles et les pratiques associées au domaine dans lequel évolue le projet (la santé par exemple). Les parties prenantes qui intègrent un nouveau projet doivent donc réussir à s'émanciper de leurs anciennes pratiques pour essayer d'en créer de nouvelles autour du projet. Ce processus amène nécessairement beaucoup de tensions, de conflits et de jeux de pouvoir, car chacune des parties prenantes tend à vouloir préserver ses différentes pratiques d'origines (Manning, 2008).

En résumé, en fonction de la littérature répertoriée (Bresnen et al., 2004, 2005; Greenhalgh & Stones, 2010; Manning, 2008; St-Pierre & Gauthier, 2011; Windeler & Sydow, 2001), l'utilisation de la théorie de la structuration a servi à clarifier et à préciser l'interdépendance entre les composantes structurelles (règles, normes, ressources) et la mise en action des pratiques des parties prenantes à l'intérieur des projets. Cependant, les caractéristiques structurelles semblent avoir été mises davantage de l'avant au détriment des caractéristiques et de l'influence possible des actions des agents sur les structures. Le rôle des parties prenantes (leurs connaissances et analyses des conditions d'action, leurs motivations, leurs visions du monde, habilités, etc.) dans la mise en œuvre des pratiques est peu ou pas explicité à travers les articles. De plus, outre le texte de Greenhalgh et Stones (2010) qui utilisent la structuration de Stones (2005), la motricité fine de l'interaction entre les structures et les actions des agents n'est pas détaillée. C'est donc dans l'optique de pouvoir décrire avec davantage de précision les structures, les agents et leurs interactions dans l'arrimage de leurs pratiques que nous avons décidé d'utiliser la théorie de la structuration de Stones (2005) pour cette thèse.

2.2.2 L'avantage de l'utilisation de la structuration de Stones

Cités par Stones (2005), la théorie de Giddens (2012 c1987) a essuyé plusieurs critiques, dont la difficulté d'utiliser cette théorie pour aller analyser empiriquement et avec détails cette dualité de la structure. Stones (2005) mentionne que la théorie développée par Giddens (2012 c1987) est demeurée à un niveau trop général et philosophique : permettant d'avoir un regard sur des situations globales, mais ne permettant pas de décrire avec précision les structures, les

agents et leurs interactions dans la reproduction ou le changement des pratiques et des structures:

These critics have been concerned with questions of the ‘who did what, and when’ variety (Parker, 2000, p.84, original emphasis). They have felt that issues of ‘which structures, what agencies, in what sort of sequence’ (McLennan, 1984, p.125, original emphasis) have been neglected, as have those of ‘how these agents and structures combined when and where they did so. (Stones, 2005, p. 76)

La structuration de Stones (2005) a justement été développée pour répondre à cette lacune en créant des ponts entre l’ontologie générale développée par Giddens (2012 c1987) et une ontologie-in situ facilitant ainsi l’analyse empirique des processus sociaux et des événements à l’intérieur d’une période de temps et d’un endroit bien déterminé. Les ponts créés entre les concepts abstraits issus de l’ontologie générale de Giddens (2012 c1987) et la réalité empirique sont exprimés sur un plan ontologique intermédiaire appelé le niveau méso. Ce niveau ontologique permet d’exprimer les différents concepts ontologiques d’ordre général selon une échelle de variation en concordance avec la réalité empirique vécue par les agents. Les acteurs peuvent, par exemple, avoir plus ou moins conscience des possibilités d’actions que peuvent offrir les structures sociales à l’intérieur desquelles ils se retrouvent. Ils peuvent aussi être plus ou moins conscients des motivations ayant mené à la mise en action de certaines pratiques et de leurs conséquences possibles sur les structures sociales et les pratiques.

S’appuyant sur une vision réaliste critique des structures sociales et du concept d’habitus (dispositions), Stones (2005) a développé un cadre conceptuel (

Tableau 4) permettant de décrire avec davantage de précisions la dualité des structures ayant cours à l’intérieur d’un espace-temps déterminé. Il décrit, à travers son cadre, les quatre composantes du processus de structuration (structures externes, structures internes, l’agence active et les résultats) ainsi que leurs interrelations ayant cours dans la mise en œuvre des pratiques. Le cadre, appliqué à la gestion de projets, nous permet notamment de mieux saisir et décrire:

- La composition des structures sociales à l'intérieur desquelles les parties prenantes d'un projet interagissent (en l'occurrence à l'intérieur d'un projet de santé).
- Les différentes pratiques professionnelles, organisationnelles et les praxis d'intégrations et de différenciations des parties prenantes impliquées dans un projet de santé.
- L'interaction entre les structures externes et l'interprétation des agents de ces structures (en fonction de leurs structures internes, dont l'habitus (dispositions) (dispositions)) dans la mise en œuvre des pratiques et des praxis.
- Les conséquences de ces pratiques (attendues ou non) sur les structures externes et internes qui vont produire le changement souhaité ou non.

Afin de justement pouvoir décrire avec davantage de précisions la réalité empirique, Stones (2005) clarifie les aspects méthodologiques et épistémologiques associés aux composantes ontologiques de son cadre conceptuel. La cueillette d'informations de la théorie de la structuration de Stones (2005) se base principalement sur la capacité réflexive des agents face à leurs conduites et au contexte dans lequel ils ont à mettre en œuvre leurs pratiques et leurs praxis :

Agent's conduct analysis draws upon the ontological category of knowledgeability (as part of agent's internal structures) in a way that leads us back to the agent herself, her reflexive monitoring, her ordering of concerns into a hierarchy of purposes, her motives, her desires, and the way she carries out the work of action and interaction within an unfolding sequence....By way of contrast, agent's context analysis draws on the notion of knowledgeability, in the sense of conjuncturally-specific internal structures, in order to lead us more clearly outwards into the social nexus of interdependencies, rights and obligations, asymmetries of power and the social conditions and consequence of action (see Stoness, 1991, and 1996, p.98; also see Bryant and Jary, 2001a, p.17, and 2002, p.258). (Stone, 2005, p. 122)

La réflexivité du chercheur à l'égard de la conduite et du contexte dans lequel évolue l'agent est aussi importante à considérer. C'est à partir de cette interprétation que le chercheur peut comparer et décrire les possibilités d'actions perçues par l'agent in situ versus les siennes. De plus, le chercheur doit aussi considérer qu'il interprète l'analyse faite par les agents de leurs conduites et du contexte dans lequel ils mettent en action leurs pratiques:

The external researcher is an observer of the contextual field. Also, within context analysis we have the agents' own context analysis, which means it's the researcher's analysis of the in situ agent's perspective and understanding of the contextual field. So you have to put yourself back in there to say that's your analysis of what they know. It's not raw "what they know". There's a relationship going on there as well. (Stones et Jack, 2016, p. 1148)

Le cadre conceptuel de Stones (2005) permet donc de décrire plus précisément le cycle de reproduction ou de changement des structures sociales et des pratiques pouvant avoir lieu dans le cadre de la réalisation d'un projet en général et en particulier dans un projet de santé. Cette description porte principalement sur la réflexivité des parties prenantes face à leurs conduites et aux contextes dans lesquelles elles mettent en œuvre leurs pratiques. Au cours des prochains paragraphes, nous tenterons donc de résumer les principales composantes (et leurs interactions) du cadre conceptuel de Stones (2005) tout en précisant comment il nous permettra de mieux comprendre et décrire les pratiques (et praxis) ayant cours dans la réalisation d'un projet de santé.

2.2.3 Le cadre conceptuel de Stones : La nature quadripartite de la structuration

Le processus de structuration est décrit par Stones (2005) à l'aide de son cadre conceptuel sur la nature quadripartite de la structuration (**Tableau 4**). Stones (2005) identifie quatre composantes au processus de structuration soient : les structures externes, les structures internes, la mise en action des pratiques (ou des praxis) et leurs conséquences (résultats). Les structures externes fournissent les conditions d'actions des agents. Les structures internes permettent à l'agent d'interpréter les possibilités et limites d'actions offertes par les structures

externes. La mise en action correspond à l'actualisation des pratiques (ou des praxis) par l'agent : une actualisation qui s'appuie sur les structures internes et qui produit des conséquences attendues (ou non) sur les structures externes et internes. Ces conséquences peuvent favoriser la reproduction des structures en place ou créer le changement tel que visé par la réalisation d'un projet.

Tableau 4

La nature quadripartite de la structuration

| Structures externes | Structures internes | La mise en action | Résultats |
|--|--|--|--|
| <p>Les conditions de l'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les structures sociales pouvant avoir une influence sur les actions et les interactions entre les parties prenantes d'un projet. -Ensemble de positions et de pratiques préétablies qui influencent les actions et les interactions entre les parties prenantes. | <p>La connaissance de l'agent de la conjoncture spécifique de l'action.</p> <p>Les dispositions générales-Habitus (dispositions) des agents.</p> | <p>L'action des agents qui s'appuient sur les structures internes soit de façon routinière ou de façon stratégique et réfléchie.</p> | <p>Les impacts sur les structures externes et internes :</p> <p>reproduction ou modification des structures.</p> |

Note : Tiré et adapté de « Structuration Theory » par Rob Stones. New York, NY: Palgrave Macmillan, (2005, p. 85)

Le cadre de Stones (2005) permet la combinaison des analyses des situations entre l'influence des structures sociales et les structures internes des agents, les actions et leurs conséquences. L'accent n'est pas mis sur une de ces composantes prises individuellement, mais sur le processus et la relation entre ces différentes composantes. C'est cette relation entre ces composantes qui viennent décrire le mieux les pratiques et les praxis des parties prenantes (dont

celles d'intégrations et de différenciations au cœur du problème spécifique de la présente recherche) dans un contexte donné. C'est également cette relation qui va nous permettre de mieux saisir la rencontre d'une diversité de pratiques et comment ces dernières risquent de s'arrimer ou non dans la réalisation d'un projet de santé. Afin de mieux comprendre les caractéristiques de chacune des composantes et leurs interactions, nous ferons une brève description de ces dernières dans les prochains paragraphes.

2.2.3.1 Les structures externes

En cohérence avec une position ontologique réaliste critique des structures sociales, Stones (2005) reconnaît l'existence de forces indépendantes pouvant avoir une influence sur les pratiques et praxis des agents. Comme mentionné à la section sur les fondements philosophiques, il existe un ensemble de normes, de valeurs, de règles qui préexistent et influence les actions des agents dans un contexte donné. Les composantes des structures ont été historiquement constituées par la mise en œuvre des pratiques des agents, mais elles sont aussi socialement renforcées dans l'interaction entre ces derniers : « Institutionalized positions, positional identities, the sense of prerogatives and obligations, and so on, can all be seen as the emergent properties of past practices and as the pre-existent conditions for subsequent actions » (Stones, 2005, p.63)

Stones (2005) emprunte la notion de « position-practices » de Cohen (1989) pour décrire l'une des composantes principales des structures externes. Pour Cohen (1989), il existe un ensemble de rôles (et positions) préétablis que peuvent jouer les individus se retrouvant à l'intérieur d'un système social quelconque : le rôle de pères, de médecin, de président d'entreprise par exemple. Associées à ces rôles (et positions), un ensemble de pratiques sont attendues et reconnues par les membres d'une même communauté. Dans le cadre d'un projet de santé réunissant une diversité de professionnels et d'organisations, les rôles et pratiques associées diffèrent d'une discipline à l'autre, d'un secteur de services à l'autre (urgence versus unités de soins) et d'une organisation à l'autre (hôpital versus CLSC par exemple).

Le réseau de positions et pratiques est aussi caractérisé par des pratiques relationnelles entre des individus et/ou des groupes dans un contexte donné. En effet, la relation entre un médecin et une infirmière possède ses normes et façons d'interagir historiquement établies qui guident leurs pratiques relationnelles. La relation entre les organisations (hôpital et CLSC) possède aussi leurs lots de relations typifiées instaurées avec le temps. Les pratiques relationnelles historiquement instituées (et socialement acceptées) peuvent exprimer des types de rapport complémentaire, de compétition ou des rapports de pouvoir asymétriques entre les parties prenantes d'un projet. Elles peuvent se regrouper sous forme de relations de nature horizontale (entre employés occupant différentes fonctions au même niveau hiérarchique) ou de nature verticale (entre un employeur et un employé de différents niveaux hiérarchiques à l'intérieur de l'organisation).

Les parties prenantes qui se rencontrent pour la réalisation d'un projet font donc parties à l'origine de différents réseaux de positions et pratiques établies au sein de leur milieu professionnel et organisationnel. Tout comme ces réseaux facilitent ou contraignent la mise en œuvre de leurs pratiques respectives, ces réseaux viendront aussi influencer la mise en œuvre des nouvelles pratiques qui seront développées dans le cadre du projet. En cohérence avec le principe de dualité structurelle, la mise en œuvre des nouvelles pratiques développées viendra aussi affecter les réseaux de positions et pratiques existants.

Les structures externes possèdent un certain pouvoir sur les agents (force causale indépendante), mais ce pouvoir est aussi interprété par l'agent (force irrésistible) qui juge des contraintes et des possibilités que peuvent lui offrir les structures sociales dans lesquelles ils se retrouvent (Stones 2005). Stones (2005) insiste notamment sur l'importance, comme chercheur utilisant la théorie de la structuration, d'analyser les structures en place, mais surtout l'herméneutique de ces dernières par les agents. Cette analyse permet au chercheur de mieux situer le pouvoir des agents sur les structures sociales versus la perception que les agents ont des possibilités et limites que leur offrent ces structures. En effet, selon Stones (2005), les agents qui veulent avoir un impact et résister aux pressions des structures ont besoin de trois propriétés :

1. Adequate power to resist without endangering the conditions of possibility for the realization of core commitments;
2. Adequate knowledge of alternative possible courses of action and their probable consequence;
3. Adequate critical distance in order to take up a strategic stance in relation to a particular external structure and its situational pressures (p115)

Le pouvoir des agents sur les structures en place est donc tributaire non seulement de leur réel pouvoir, mais aussi de leurs interprétations de ce pouvoir à l'égard de ces dernières: notamment, leurs distances critiques face à la pression des structures externes et leurs connaissances des autres possibilités d'actions que peuvent offrir ces structures. Cette interprétation est tributaire des structures internes des agents et de leurs dynamiques et c'est ce que nous allons décrire à l'intérieur de la section suivante.

2.2.3.2 Les structures internes

2.2.3.2.1 *La connaissance de la conjoncture spécifique*

Les agents disposent de deux types de structures internes, soient la connaissance de la conjoncture spécifique de l'action et les dispositions générales (Habitus (dispositions)) qui vont leur permettre d'interpréter le contexte dans lequel ils se trouvent et mettre en œuvre par la suite les pratiques (ou les praxis) jugées appropriées pour ce même contexte. L'interprétation de la conjoncture spécifique se base sur la connaissance des acteurs des composantes de la structure externe au moment de l'action (les conditions d'action). Elle se fait principalement en fonction de l'analyse de l'acteur (in situ) du réseau d'acteurs de la structure externes et de leurs positions et pratiques :

The knowledge that constitutes the conjuncture-specific internal structures can be analytically divided up into knowledge of the three ontologically inter-related aspects of structures picked out by Giddens. That is, knowledge of the interpretative schemes,

power capacities, and normative expectations and principles of the agents within context. (Stones, 2005, p. 91)

Cette connaissance des schèmes d'interprétation, du pouvoir et des normes associées à un réseau d'agents dans leur contexte se construit avec le temps. De plus, elle ne concerne pas seulement la réflexivité de l'agent (in situ), mais aussi l'ensemble des schèmes d'interprétation des différents acteurs d'un contexte donné. Stones (2005) mentionne que l'agent va disposer de plus ou moins de connaissances de ces interprétations, et ce sur les trois niveaux mentionnés dans la citation précédente:

- Au niveau des schèmes d'interprétation : comment certains agents positionnés vont interpréter les actions et les déclarations des autres.
- Au niveau du pouvoir des agents: connaissance de comment les autres agents perçoivent leur propre pouvoir à l'intérieur de la conjoncture spécifique.
- Au niveau du cadre normatif : connaissance de comment les agents vont décider d'agir en fonction de leur idéal normatif et comment ils subissent de la pression pour agir d'une certaine façon dans la situation.

Il est important de préciser que l'agent n'analyse pas seulement les positions et pratiques des autres agents (et leurs réflexivités) situées dans un contexte, mais il les interprète aussi en relation avec son propre positionnement à l'intérieur de ce contexte. En effet, Il interprète les actions des autres en lien avec les siennes, son pouvoir versus celui des autres, son cadre normatif d'action en parallèle avec celui des autres. Si les connaissances de la conjoncture spécifique dans laquelle un agent se retrouve influencent ses interprétations des possibilités et des contraintes à l'action dans un contexte donné, il ne faut pas oublier que ces interprétations sont aussi tributaires de dispositions générales (ou d'*habitus* pour reprendre les mots de Bourdieu).

2.2.3.2.2 *Habitus (dispositions générales)*

L'interprétation du contexte spécifique de l'action décrit plus haut et la mise en action de certaines pratiques sont donc influencées par l'habitus (dispositions) des agents. Cet habitus (dispositions) se compose d'un ensemble de schèmes d'interprétations et de pratiques qui ont été développées, avec le temps, en cohérence avec les différents champs à travers lesquels les agents ont évolué : groupes sociaux, professionnels, familiaux, etc. :

We can envisage this (habitus (dispositions)), along the same line as encompassing transposable skills and dispositions, including generalised world-views and cultural schemas, classifications, typifications of things, people and networks, principles of action, typified recipes of action, deep binary frameworks of signification, associative chains and connotations of discourse, habits of speech and gesture, and methodologies for adapting this generalised knowledge to a range of particular practices in particular locations in time and space (cf. Bourdieu, 1972/1977, pp.78-87 and 159-71, 1998; Bourdieu and Wacquant, 1992; Sewell, pp.7-8; Crossley, 2001, pp.91-119) (Stones, 2005. p.88)

Stones (2005) associe l'habitus (dispositions) à une disposition générale des individus qui est transposables à l'interprétation d'une diversité de situations. En effet, l'individu s'appuiera sur le même habitus (dispositions) pour interpréter les dynamiques sociales des parties prenantes d'un projet que pour interpréter celle d'une famille lors d'une fête familiale. Cependant, la différence d'interprétation des deux situations sera fonction de la connaissance différenciée de la conjoncture spécifique de chacune de ces situations telles que nous avons discuté précédemment. L'habitus (dispositions) concerne donc une tendance générale de l'individu à interpréter le monde et à agir d'une certaine façon, alors que la connaissance de la conjoncture spécifique s'appuie sur les connaissances du contexte particulier de l'action.

L'habitus (dispositions) est considéré par Bourdieu (1980) comme étant principalement inconscient. L'individu n'est pas vraiment conscient des caractéristiques de son habitus (dispositions). Cependant, il peut en prendre conscience lorsqu'il s'intègre à un environnement différent de celui auquel il est habitué. L'intégration dans un autre pays peut mettre en lumière un ensemble de caractéristiques particulières de l'habitus (dispositions) d'un agent. À l'instar de

Bourdieu, Stones (2005) considère cependant qu'un degré de réflexivité peut être appliqué à l'habitus (dispositions) d'un individu. En effet, ce dernier peut-être plus moins conscient de sa façon de voir le monde et d'agir et cette conscience peut augmenter en fonction des situations et des circonstances. Stones (2005) mentionne, notamment, que cet habitus (dispositions) peut être modifié par les conséquences (attendues ou non) de la mise en action des pratiques des agents. En effet, une vision d'une problématique de santé X peut être changée suite à la mise en œuvre d'une pratique dont les résultats viennent modifier cette vision.

Chaque personne possède un habitus (dispositions) distinct, mais des parties d'habitus (dispositions) peuvent être partagées à travers un groupe : « Such networks routinely rely upon a mutuality of world-views, cultural schémas, typifications, ethical precepts, principles of solidarity, and so on, that define the general-dispositionnal. » (Stone, 2005, p. 107) L'habitus (dispositions) d'un médecin et celui d'un travailleur social, par exemple, risquent de différer et cette différence risque de se manifester à travers l'analyse des situations problématiques (et des solutions à mettre en place) auxquelles ces deux groupes peuvent être confrontés. Lorsqu'une diversité de parties prenantes d'un projet de santé se rencontre pour résoudre un problème de santé, c'est donc une diversité d'habitus (dispositions) individuels et de groupes sociaux professionnels distincts qui se rencontrent et interagissent.

2.2.3.3 Action contextualisée

Cette section du cadre de Stones vise à clarifier comment les agents de façons routinière, pré-réflexive ou stratégiquement et de façon critique, s'appuie sur les structures internes pour agir (Stones, 2005). Plus spécifiquement la mise en action sera influencée par l'interprétation de l'agent de la conjoncture spécifique dans laquelle il se trouve et aussi par son habitus (dispositions). Concernant la première composante de la structure interne, l'agent analyse les possibilités, les contraintes et les résultats possibles que la conjoncture spécifique dans laquelle il se trouve peut lui offrir. En effet, à travers le réseau de relations de positions et pratiques, l'agent peut percevoir les options d'actions, le pouvoir qu'il a (en lien avec celui des autres) de les mettre en œuvre et les conséquences possibles de la mise en œuvre de ces dernières.

Lors de la réalisation d'un projet de santé par exemple, une partie prenante consciente du réseau d'acteurs (et de leurs positions-practices) dans laquelle elle se trouve peut choisir d'agir en fonction du rôle qu'on attend d'elle : une infirmière acquiescera à la vision clinique d'une problématique de santé énoncée par un médecin au lieu de la confronter par exemple. Cette non-opposition peut être inconsciente, mais peut aussi avoir été prise en connaissance de cause : l'infirmière peut avoir jugé qu'il y avait moins de conséquences négatives pour elle à confirmer la vision du médecin que de s'y opposer (garder une bonne relation avec lui lors de ses journées de travail avec ce dernier). L'infirmière peut aussi avoir jugé que le poids de son opinion clinique ne réussirait pas à contrecarrer celle du médecin auprès des autres parties prenantes et que ce combat était peine perdue. Stones (2005) mentionne que la complexité des options d'action des individus est de plus en plus grande dans nos sociétés actuelles dû à la multitude des rôles (parfois en opposition) que les individus peuvent jouer à travers une diversité d'organisations sociales.

Le choix des actions à mettre en œuvre est aussi influencé par l'habitus (dispositions) des agents, et ce de façon plus ou moins consciente. Certaines façons de faire et de voir le monde, ancré chez les agents, vont guider leurs analyses des contextes spécifiques dans lesquels ils se trouvent et leurs comportements. L'absence de confrontation de l'infirmière à l'égard du médecin, par exemple, peut aussi être influencée par une caractéristique de l'habitus (dispositions) de cette dernière qui vise à éviter le conflit le plus possible. Cette dernière peut avoir été élevée dans un milieu familial où le conflit était mal vu et où la bonne entente devait toujours être priorisée. Cette caractéristique de l'habitus (dispositions) de l'infirmière viendra donc influencer l'interprétation de la conjoncture spécifique dans laquelle l'infirmière se trouve et viendra encourager son choix de ne pas exprimer une opinion contraire au médecin par exemple.

Outre l'importance des structures internes dans le choix et la mise en action des pratiques et des praxis, Stones (2005) propose cinq autres aspects à considérer par le chercheur dans l'investigation de la conduite des agents dans un contexte donné.

- L'horizon d'action : la motivation de l'agent face à l'action et les résultats qu'il cherche à atteindre.
- Créativité, improvisation et innovation : Une action peut ne pas avoir de visée stratégique et simplement avoir été mise en œuvre de façon improvisée et réactive. Cependant, Stones (2005) précise que malgré cette apparence de spontanéité, un habitus (dispositions) bien ancré peut être à l'origine de l'action en question.
- La distance critique face à ses structures internes qui sont le médium de leurs actions. Cette distance critique peut permettre à l'agent d'agir autrement et ainsi éviter la reproduction des structures en place.
- Les motivations conscientes et inconscientes sous-jacentes à l'action des agents.
- L'ordonnancement des priorités : en lien avec les différents rôles que peut jouer un agent, il y a toujours une priorisation des actions plus ou moins consciente que les individus vont faire dans la mise en œuvre de leurs pratiques.

La mise en action des pratiques est donc tributaire des possibilités offertes et perçues des structures externes dans un contexte donné et elle est aussi fonction des volontés et ambitions individuelles des agents. Leur mise en action qu'elle soit stratégique ou non entraîne inévitablement des résultats (conséquences) sur les structures externes et internes des agents venant ainsi les reproduire ou les modifier. Nous décrirons dans la prochaine section le type de conséquences attendues ou non de la mise en œuvre des pratiques et des praxis par les agents.

2.2.3.4 Les résultats

Stones (2005) s'appesantit peu sur les résultats ou les conséquences que peuvent avoir la mise en œuvre des pratiques et des praxis. Essentiellement, il mentionne que les résultats des pratiques vont reproduire ou modifier les structures externes et internes des agents. En effet, les valeurs, normes et règles qui se dégagent des pratiques à travers leurs mises en action, viennent confirmer ou changer les composantes des structures externes et internes ayant servi de médium

à leurs réalisations. Les conséquences sur les structures peuvent avoir été espérées ou non par les agents.

Outre les impacts sur les structures existantes, la mise en action des pratiques crée des événements avec lesquels les parties prenantes devront devoir composer par la suite. L'achat de matériel insuffisant pour un projet de sensibilisation sur une problématique de santé par exemple, obligera subséquemment les parties prenantes à réduire le nombre de participants par séance de sensibilisation. Les conséquences d'une action sur le choix et la mise en action des actions subséquentes étaient d'ailleurs l'une des composantes importantes de la théorie de Giddens (2012 c1987).

En conclusion, deux types de conséquences (attendues ou non) sont au cœur de la théorie de la structuration de Stones (2005). Des conséquences sur le renforcement ou le changement des structures et pratiques existantes et des conséquences sur le contexte d'action lui-même par la création d'un nouvel événement qui influera sur les prochaines actions qui seront mises en œuvre par les parties prenantes d'un projet.

2.2.4 Description des principaux concepts utilisés pour la thèse

Avant de poursuivre avec la définition des principaux concepts utilisés pour cette thèse, il importe de rappeler ici la différence entre les praxis et les pratiques. Les praxis sont les actions enchâssées dans l'espace-temps, posées par les différentes parties prenantes impliquées dans le projet. En effet, ce sont des actions posées par des individus donnés à l'intérieur d'un contexte particulier:

Praxis is what practitioners do, but it is also the tools they use, their interaction and intentions, and their joint episodes of activities. Taken together, a dynamic setting for action is created on the local arena where knowledge and action come together in practice. (Blomquist et al., 2010, p. 13)

À l'opposé, les pratiques sont les normes, les règles, les valeurs et les connaissances partagées qui régissent les actions (la praxis) des acteurs (Blomquist et al., 2010; Hällgren &

Söderholm, 2011). En fait, les pratiques sont à l'origine de la praxis, mais elles en sont aussi le résultat (Hällgren & Söderholm, 2011). Les pratiques peuvent être explicitement énoncées à travers les documents officiels de l'entreprise ou de l'organisation (Blomquist et al., 2010). Elles se construisent aussi de façon implicite et itérative par l'entremise des interactions entre les acteurs : ces derniers comprennent alors les comportements qui sont encouragés et ceux qui ne le sont pas (Blomquist et al., 2010).

Dans le cadre de cette thèse, il est important de repréciser que notre objectif spécifique est de décrire les praxis de différenciations et d'intégrations utilisées par les parties prenantes dans le contexte de la réalisation d'un projet. Ces praxis sont observées, car elles sont considérées comme pouvant avoir un impact sur l'intégration ou la différenciation des parties prenantes et de leurs pratiques (personnelles, disciplinaires, organisationnelle, etc.). Voici donc une définition de ces deux principaux concepts utilisés dans la cadre de cette thèse.

2.2.4.1 Les praxis de différenciation

Curieusement, même si Stone ne fait pas référence aux praxis de différenciations, l'un des principaux objectifs du cadre conceptuel de Stones (2005) semble être justement de mettre en évidence la différence et la particularité de la dualité des structures vécues par chacun des agents à l'intérieur d'un contexte donné :

The reason, for example, for differentiating between different kinds of duality within the agent, as in Mouzelis 's distinction between a taken-for-granted dualité and a more critically reflective dualité, is in order to distinguish between different kinds of duality within particular agents in substantive, in-situ, cases. One can see immediately that these concepts are geared less to what all agents at all times have in common, and more toward identifying the degrees of difference between agents in their relationship to the specific internal structures that inhabit them. (Stones, 2005, p.76)

Dans cette thèse, les praxis de différenciation sont celles qui cherchent à expliciter, auprès de l'ensemble des parties prenantes d'un projet, le processus de structuration différencié

de leurs pratiques respectives (professionnelles, organisationnelles, relationnelles, , etc.). Les praxis de différenciation, vise non seulement à faire connaître et reconnaître la particularité des pratiques de chacune des parties prenantes, mais aussi à aider ces dernières à mieux comprendre les structures externes et internes qui les maintiennent en place ou qui pourraient les amener à changer.

Une diversité d'actions et de déclarations (associées aux praxis) pourra être utilisée par les parties prenantes afin de mettre en évidence les pratiques d'origines et celles en cours de réalisation d'un projet. Ces actions pourront, par exemple, venir clarifier les normes et les règles associées à une pratique d'une partie prenante ainsi que les motivations sous-jacentes à la mise en action de cette dernière dans un contexte donné. Les praxis de différenciations peuvent aussi venir expliciter les réseaux de relations de positions et pratiques existantes à l'intérieur des organisations d'origines des parties prenantes ainsi que celles se transposant dans le contexte du projet. De plus, certaines praxis de différenciation pourraient avoir comme but de mettre en valeur le classement social des individus (et de leurs pratiques) à l'égard des autres parties prenantes. Ces types de praxis-projets peuvent être associées aux pratiques de distinctions telles que définies par Bourdieu (1979). Pour les fins de cette thèse, nous considérons les praxis de distinctions comme étant un type particulier de praxis de différenciation possible pouvant être utilisés par les parties prenantes d'un projet.

Se basant principalement sur la capacité réflexive des agents à l'égard du contexte et de leurs conduites, les praxis de différenciations favorisent la réflexivité des parties prenantes sur leurs propres pratiques et sur celles des autres. En effet, elles encouragent ces dernières à expliciter davantage leurs interprétations du processus de structuration de leurs propres pratiques. De plus, les praxis de différenciation favorisent le partage de l'interprétation du processus de structuration des pratiques des autres parties prenantes. Une partie prenante peut nommer les règles et les normes qui ont influencé sa pratique tout comme elle peut partager son interprétation des règles et des normes qui semblent régir les pratiques d'une autre partie prenante dans un contexte donné.

Dans le cadre de cette thèse, les praxis de différenciations seront identifiées et décrites par le chercheur à l'aide du cadre conceptuel de Stones. La mise en action des praxis de différenciations sera reliée aux composantes de leurs structures externes et internes pouvant avoir favorisé leurs utilisations. De plus, une attention particulière sera portée sur les conséquences (attendues ou non) des praxis de différenciations sur les structures externes et internes des parties prenantes. En résumé, les praxis de différenciations visent à mettre en évidence la différence des pratiques en cours (ainsi que leur processus de structuration) à l'intérieur d'un projet de santé afin de favoriser une meilleure compréhension commune de ces dernières par l'ensemble des parties prenantes impliquées.

2.2.4.2 Les praxis d'intégration

L'intégration est vu comme étant une solution au problème du travail en silo des professionnels, de leurs départements et de leurs organisations (Contandriopoulos et al., 2001). Elle sous-tend qu'un partage d'informations, de ressources et d'expertises puisse permettre à une diversité d'acteurs d'atteindre des objectifs qu'ils ne pourraient atteindre si chacune de leurs professions ou organisations respectives travaillaient de façon isolée (Newell et al., 2006). L'intégration des parties prenantes d'un projet sous-tend également la réduction des frontières (professionnelles, organisationnelles, administratives et parfois physiques) entre les différents groupes de parties prenantes (Karrbom Gustavsson et Gohary, 2012; Zerjav, 2015) et la mise en place de pratiques de collaborations permettant d'augmenter l'efficacité et l'efficience des actions implantées par les parties prenantes d'un projet.

Afin d'atteindre les ambitions proposées par l'intégration d'une diversité de parties prenantes, ces dernières doivent réussir à conjuguer leurs buts, leurs besoins, leurs valeurs et leurs ambitions individuelles vers l'atteinte d'objectifs communs (Karrbom Gustavsson et Gohary, 2012; Urton et Murray, 2021; van der Hoorn et Whitty, 2017). Elles doivent aussi réussir à établir des modes de fonctionnement (règles) et des pratiques de collaborations communes qui leur permettront d'améliorer leurs communications, de faciliter la résolution des problèmes communs et des conflits qui pourraient survenir tout au long de la réalisation du projet (Baiden 2006 et 2011). Le **Tableau 5** de Baiden (2011) explicite certaines

caractéristiques des équipes de projet intégrées en fonction des pratiques qui témoignent de leurs niveaux d'intégration.

À l'opposé des praxis de différenciation qui cherchent à mettre en évidence et à reconnaître la singularité des parties prenantes (habitus (dispositions)/dispositions générales) et de leurs pratiques respectives, les praxis d'intégration qui seront observées dans le cadre de la réalisation de cette thèse, seront celles agissant sur l'intégration des parties prenantes et de leurs pratiques vers l'atteinte des objectifs du projet. Les praxis d'intégration peuvent donc être définies comme étant les actions et les déclarations, réalisées par des parties prenantes données dans un contexte donné, qui augmentent le degré d'intégration des parties prenantes et/ou de leurs pratiques vers l'atteinte des objectifs du projet.

L'intégration des parties prenantes n'est cependant pas un but en soi, mais c'est son lien avec la performance des équipes de projets qui la rend désirable. Baiden (2011) a notamment démontré un lien entre la performance des équipes de projet et leurs niveaux d'intégration. Il note cependant qu'une équipe peut être performante sans nécessairement être intégrée sur l'ensemble des dimensions qu'il propose (**Tableau 5**). Il conclut aussi que la pertinence et l'efficacité de certaines pratiques d'intégration peuvent être dépendantes du contexte dans lesquels elles sont utilisées, mais ne développe pas sur ce sujet dans son article.

Integration is, however, does not provide all the solutions towards teamwork effectiveness. The practices towards integration must be in the right context and within the appropriate project environment to yield desired results of improved teamwork effectiveness. (Egan, 2002; Lennard et al., 2002; Strategic Forum for Construction, 2003; Vyse, 2001; White, 2002). (Bernard K. Baiden & Price, 2011, p. 135).

De leur côté, Gauthier et St-Pierre (2012) ont réussi à identifier d'autres types de solutions à l'intégration des parties prenantes en utilisant la théorie de la structuration afin de relier davantage les pratiques à leurs contextes de déploiement. C'est principalement dans le sillage de cette considération des caractéristiques structurantes que seront prises en compte les praxis d'intégration de cette thèse.

Sans la connaissance des caractéristiques structurantes des groupes d'acteurs d'une équipe de projet, des besoins qui en ressortent, sans une réponse satisfaisante à ce besoin et sans la répétition des échanges tout au long du cycle de vie du projet afin de maintenir le bénéfice de cette réponse, le projet clinique reste une intention non réalisée et l'intégration des services de première ligne de soins dispensés par diverses organisations et différents professionnels est difficile à atteindre. (Gauthier et St-Pierre, 2012, p. 25)

L'utilisation du cadre conceptuel de Stones (2005) nous permettra donc de décrire avec davantage de précision les structures (externes et internes) impliquées dans la mise en œuvre des praxis d'intégration. Il nous permettra d'ailleurs d'évaluer les impacts de ces praxis d'intégration sur les structures en question: est-ce que les praxis d'intégration ont transformé les structures existantes afin de favoriser une meilleure intégration des parties prenantes et/ou de leurs pratiques au bénéfice du succès du projet?

Tableau 5

Matrice de l'intégration des équipes de projet

| | Evidence of practice | | |
|---|---|---|--|
| | Full integration achieved | Partial integration achieved | Existence of fragmentation |
| <i>Dimensions of integration</i> | | | |
| Single team focus and objectives | All members have the same focus and work together towards team objectives. | Members pursue individual objectives but in line with the overall project objectives. | Individually pursued objectives by members without regard or in isolation to others and project objectives. |
| Seamless operation without organisational defined boundaries | Members form a new single project team with no individual member identity or boundaries and work toward mutually beneficial outcomes. | Members operate as individuals but make efforts to collaborate with others on the project to meet individual needs. | Continued alignment and affiliation to individual organisations that make up the project team. |
| Unrestricted cross-sharing of information | Availability and access to all project information to all parties involved in the project. | Access to project information by a section or sections of the project team. | Project information only available to members with responsibility for the section of work. |
| Creation of single and co-located team | A single project team with all members located together in a common office. | Individually operated sub-teams but co-located within a single office environment. | Individually located and operated teams. |
| Equitable team relationships, opportunities and respect for all | All members are treated equal, involved in project decision-making process and significant professional capability needed on the project. | Recognition of professional competence, but mainly in their respective field of expertise. | Team members' contribution restricted to their functional project role and take decision individually. |
| "No blame" culture | Collective identification and resolution of problems. Collective responsibility for all project outcomes. | Cooperation of team members in resolving problems, but with ultimate responsibility resting with a single party. | Individual members are singled out for problems that occur on the project and for undertaking corrective measures. |

Note : Tableau tiré de Baiden, B. K. et Price, A. D. F. (2011). The effect of integration on project delivery team effectiveness. *International Journal of Project Management*, 29(2), 129. p.132

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre a pour objectif d'explicitier la méthodologie de recherche utilisée pour atteindre l'objectif spécifique de cette thèse soit de décrire les praxis de différenciation et d'intégration déployées par les parties prenantes d'un projet du secteur de la santé. Une description qui nous a permis de mieux comprendre le rôle des praxis de différenciation et d'intégration dans la structuration de l'arrimage des pratiques d'un projet de santé. Les sections suivantes seront abordées dans les paragraphes ci-dessous soient : la stratégie de recherche utilisée, la description du projet à l'étude, la stratégie d'échantillonnage et les stratégies de collecte et d'analyse des données. Le **Tableau 6** ci-dessous résume les différentes composantes de la méthodologie utilisée dans le cadre de la thèse.

Tableau 6

Description des principales composantes de la méthodologie utilisée pour la thèse

| COMPOSANTES | DESCRIPTION | DÉTAILS |
|------------------------|--|---|
| Stratégie de recherche | Ethnographie | Milieu hospitalier non connu du chercheur |
| Échantillonnage: | Dirigée Groupe de travail PPCC (20 personnes de deux hôpitaux) | Coordonnateurs SAD et unités Chefs d'unités, de services professionnels Chefs de liaison avec le SAD Conseillers cliniques DSI, DSM Conseiller bureau de projets de DQEPE |
| Collecte de données | Observation des rencontres de projet (20 rencontres) | Janvier à Juillet 2019 Durée des rencontres: 1 heure |
| | Entrevues pré-observation (16) | Décembre 2018 à Février 2019 Durée des entrevues: µ 45 minutes |
| | Entrevues post-observation (15) | Octobre 2019 à Février 2020 Durée des entrevues: µ 45 minutes |
| | Focus Group (annulé) | En raison de la Pandémie Covid 19 |
| | Courriels et documentations | Documentation du CIUSSS et du projet |
| Analyse des matériaux | Approche descriptive de Miles et al. (2014) | Utilisation des matrices et réseaux |
| Codage | Techniques proposées par Saldana (2013) | Utilisation de NVIVO |

3.1 Stratégie de recherche : l'ethnographie

L'objectif de cette thèse est de mieux comprendre les praxis d'intégrations et de différenciations utilisées par les parties prenantes, et ce notamment en fonction des structures externes et internes ayant influencé leurs mises en œuvre dans des contextes donnés et leurs impacts sur ces mêmes structures (transformation ou reproduction). Afin de mieux comprendre les actions des individus dans leurs contextes socioculturels, nous avons retenu l'ethnographie comme stratégie de recherche. Cette dernière s'appuie notamment sur l'immersion du chercheur au cœur des groupes qu'il cherche à décrire afin de lui permettre de mieux comprendre la symbolique que les individus observés donnent à leurs actions et à celles des autres dans un contexte donné (Alvesson 2003; Gobo et Molle 2017).

En l'occurrence, pour la présente thèse, l'ethnographie avait l'avantage de permettre au chercheur de réduire la distance (temporelle) entre la praxis et son étude en empruntant plusieurs stratégies de collecte de données. D'ailleurs, s'appuyer sur d'autres sources que les dire des participants est aussi une autre force de l'ethnographie (Alvesson 2003; Gobo et Molle 2017). Cependant, l'ethnographie doit s'accompagner d'une certaine distance critique (Alvesson 2003). Cette dernière lui permet de percevoir et d'explicitier certaines actions et caractéristiques du contexte qui autrement pourraient lui paraître inaperçues. Il s'agit là d'ailleurs de l'une des fonctions principales de l'ethnographie soit de rendre explicite ce qui est implicite pour les sujets à l'étude (Alvesson 2003). Dans l'objectif notamment de pouvoir préserver cette distance critique, l'ethnographie impose au chercheur une attitude réflexive en continu (Alvesson 2003; Gobo et Molle 2017). En effet, l'échantillonnage, la collecte et l'analyse des données se réalisent de façon itérative et continue et permettent ainsi au chercheur de faire partie du groupe à l'étude tout en gardant une certaine distance intellectuelle lui permettant de jouer pleinement son rôle (Alvesson 2003).

En cohérence avec l'approche ethnographique, j'ai choisi d'étudier l'implantation d'un projet dans les hôpitaux (voir la prochaine section), car il s'agissait d'une réalité socioculturelle différente de celle de mon milieu de travail habituel. En effet, travaillant en CLSC depuis quinze

ans comme travailleur social et organisateur communautaire, le contexte et le fonctionnement des hôpitaux m'étaient inconnus. Je connaissais le secteur de la prévention et de la santé publique, mais très peu celui de l'intervention clinique d'urgence comme celui des hôpitaux. De plus, afin de garder une certaine distance critique avec l'objet de recherche et nourrir mes réflexions tout au long de cette dernière, j'ai utilisé la technique du journal de bord. La section suivante décrit brièvement le projet qui a été sélectionné pour cette thèse : il sera détaillé davantage dans la section sur la présentation des résultats au chapitre 4.

3.2 Description du projet à l'étude : le projet PPCC

Le projet observé dans le cadre de cette recherche avait pour but d'implanter un modèle de planification précoce et conjointe des congés (PPCC) sur les unités de soins (20 unités) de deux hôpitaux du CIUSSS. Ce projet a été ciblé en fonction de sa correspondance avec les besoins de cette thèse d'avoir une diversité de parties prenantes, de disciplines et d'organisations différentes qui devaient arrimer leurs pratiques dans la réalisation d'un projet du secteur de la santé. En effet, il regroupait des professionnels et des gestionnaires en provenance de trois installations différentes du CIUSSS (considérées comme des organisations différentes dans la cadre de cette thèse, car ces organisations fonctionnaient de façon indépendante avant la fusion récente de ces dernières au sein du CIUSSS en 2015) : un hôpital communautaire, un hôpital universitaire et les CLSC.

Plus spécifiquement, le projet avait pour objectifs d'implanter cinq nouvelles pratiques (livrables du projet) qui allaient permettre d'améliorer l'efficacité et l'efficacé du passage du patient entre l'urgence, les unités de soins et le retour dans la communauté (souvent avec les services d'aide à domicile (SAD) des CLSC). Il visait à permettre une prise en charge plus rapide des patients dont le retour à la maison pourrait être compromis, à diminuer la demande d'hébergement à partir de l'hôpital et à limiter les réadmissions hâtives à l'hôpital. Afin d'alléger la rédaction du document, le terme « projet PPCC » sera utilisé pour désigner le projet en question. De plus, les patients dont le retour à domicile pourrait être compromis seront désignés dans cette recherche par le terme « patient PPCC ».

3.3 Stratégie d'échantillonnage

Malgré la présence de trois comités, sur trois paliers hiérarchiques, dans la gouvernance du projet (comité de direction, équipe projet et le groupe de travail PPCC unités de soins)) un seul comité a été utilisé pour réaliser les observations et les entrevues soit le groupe de travail PPCC unités de soins : composé de vingt personnes en provenance principalement de deux hôpitaux (H1, H2) (**Tableau 7**). Le groupe de travail-PPCC unités de soins se rencontrait une fois par semaine et était considéré comme étant le groupe le plus important du projet. En effet, outre la participation au développement des nouveaux outils et de la mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés, c'était le groupe qui pouvait réellement témoigner et faciliter l'adéquation des orientations et ambitions du projet avec la réalité terrain.

Dû à l'importance de pouvoir faire des liens entre les praxis d'intégrations et de différenciations observées, les structures (externes et internes) des parties prenantes les ayant mises en œuvre et les résultats des praxis déployés, les parties prenantes choisies pour les entrevues étaient les mêmes que celles observées lors des rencontres du groupe de travail-PPCC unités de soins. De plus, ce comité était le comité qui représentait le mieux la diversité des parties prenantes impliquées dans le projet.

Tableau 7*Catégorie de participants du groupe de travail PPCC unités de soins*

| TITRE D'EMPLOI | H1 | H2 | H3 | H1&H2 | ENTREVUES |
|--|-----------|-----------|-----------|------------------|------------------|
| Coordonnateur d'unités de médecine | | | | 1 | 1 |
| Coordonnateur liaison SAD en CH | | | | 1 | 1 |
| Coordonnateur des services multidisciplinaires | | | | 1 | 0 |
| Chef d'unité de chirurgie | 1 | 1 | | | 2 |
| Chef d'unité de médecine | 2 | 1 | | 1 | 4 |
| Chef Soutien à Domicile en Milieu Hospitalier | | | | 1 | 1 |
| Chef de service professionnels (nutrition, réadaptation, psychosocial) | | | | 3 | 3 |
| Conseillère clinicienne en soins infirmiers | | | | 1 | 1 |
| Conseiller clinique aux pratiques psychosociales | | | | 1 | 1 |
| Conseillère en amélioration de la performance | | | | 1 | 1 |
| Chef de services santé mentale | | | 1 | | 1 |
| Assistante Infirmière Cheffe (AIC) | 2 | 1 | | | 0 |
| Total: 20 participants au groupe de travail PPCC | 5 | 3 | 1 | 11 | 16 |

Note : La colonne **ENTREVUE** précise le nombre de participants (par catégorie) qui ont participé aux entrevues pré et post-observation. À noter qu'un seul participant a fait l'entrevue pré-observation mais n'a pas fait l'entrevue post-observation.

3.4 Stratégie de collecte des données

3.4.1 Cadre thématique

À partir du cadre conceptuel de Stones (2005) et de la définition des concepts de praxis de différenciation et d'intégration, un cadre thématique a été élaboré (Annexe 1). Le cadre thématique est divisé en quatre sections associées au processus de structuration des praxis de différenciation et d'intégration : les structures externes, les structures internes, les actions contextualisées et les résultats. En effet, pour chacune des praxis de différenciation et d'intégration déployée (actions contextualisées), des composantes des structures externes, internes et des résultats sont mobilisées. Dans le but de décrire ces différentes composantes, on utilise des catégories, des sous-catégories et des codes (Annexe 1). Les codes permettent de définir avec davantage de précisions les sous-catégories en question. C'est à partir de ce cadre thématique que les grilles d'observation (Annexes 2 et 3) et d'entrevues (Annexes 4 et 5) ont été élaborées. C'est aussi en s'appuyant sur ce cadre thématique que l'analyse des données a été effectuée.

3.4.2 Démarche de collecte des données

L'observation participante (Gobo et Molle 2017) a été privilégiée pour la réalisation de cette thèse, car elle permettait une plus grande immersion du chercheur dans la réalité des parties prenantes du projet. Cette méthode a permis au chercheur d'observer directement les actions et interactions des individus dans un contexte donné (Alvesson 2003; Gobo et Molle 2017; Lessard-Hébert et al., 1996). Dans le cadre de cette thèse, l'observation s'est réalisée lors des rencontres hebdomadaires du groupe de travail PPCC unités de soins (grille d'observation-Annexe 2) ainsi qu'à travers les échanges de courriels (grille d'observation-Annexe 3) entre les participants à ce groupe de travail. Lors de ces rencontres (ainsi qu'à travers les courriels), le chercheur notait les praxis (d'intégration et de différenciation) déployées par les différents participants. Vingt rencontres du groupe de travail PPCC ont été observées pendant une période de six mois allant de janvier à juillet 2019.

Des entrevues semi-structurées, pré (Annexe 4) et post observations (Annexe 5) ont aussi été réalisées. L'entrevue semi-structurée a comme avantage de permettre au chercheur d'aller recueillir la perception et la vision des sujets à l'égard d'une situation donnée (Lessard-Hébert et al., 1996). L'entrevue pré observation a permis au chercheur d'aller recueillir de l'information sur les différentes composantes des structures externes et sur l'habitus des différentes parties prenantes. Cette entrevue a permis au chercheur de mieux comprendre les pratiques d'origines (professionnelles, interprofessionnelles, organisationnelles et interorganisationnelles) des différentes parties prenantes (participant au groupe de travail PPCC unités de soins) ainsi que les différentes ressources et pouvoirs dont elles disposaient en début de projet. Au total, trente et une entrevues semi-dirigées ont été réalisées, entre décembre 2018 et février 2020, soit seize entrevues pré-observation et quinze entrevues post-observation (**Tableau 6**).

Dans le cadre de cette thèse, l'interprétation que les parties prenantes font de leurs conduites (et de celle des autres) ainsi que du contexte dans laquelle elles agissent occupe une place importante. L'entrevue semi-structurée post observation portait donc sur l'analyse, par les participants, des praxis de différenciation et d'intégration qui avaient été répertoriées lors de la

phase d'observation. Elle a permis de clarifier les éléments de leur structure interne ayant été suscités lors de la mise en œuvre de leurs différentes praxis d'intégrations et de différenciations. De plus, l'entrevue nous a permis de recueillir la perception des participants sur leurs motivations et les résultats de l'utilisation de ces praxis (impacts sur les structures externes et internes). La perception des participants sur les résultats des praxis (d'intégration et de différenciation) déployées par les autres participants a aussi été recueillie lors de ces entrevues.

L'analyse documentaire a aussi été utilisée comme méthode de cueillette de données (Gobo et Molle 2017; Lessard-Hébert et al., 1996). En effet, des documents élaborés et utilisés dans le cadre du projet et aussi en provenance des différentes installations et services du CIUSSS ont aussi été utilisés (compte-rendu, protocoles, politiques internes, plan d'action, organigrammes, etc.). Ces documents ont permis de mieux comprendre les pratiques d'origines des différentes parties prenantes. De plus, la documentation attribuable à la réalisation du projet (compte-rendu, plan d'action, rôles et responsabilités, etc.) a permis au chercheur de mieux comprendre et d'avoir des points de repère sur le contexte dans lesquels les praxis d'intégrations et de différenciations ont été déployées.

Un « focus group » devait être réalisé avec les participants à la fin de la phase de collecte de données, mais la pandémie de Covid 19 a forcé l'annulation de cette activité. Il devait permettre de valider certaines informations recueillies à l'aide des autres méthodes de collecte de données. Le « focus group » devait aussi permettre de recueillir la réaction des participants à l'égard des résultats issus de la cueillette de données : permettant ainsi d'identifier les écarts de perceptions des différentes parties prenantes à l'égard des différentes praxis d'intégration et de différenciations recensées (et de leurs résultats). Cependant, devant l'ampleur de données déjà recueillies par les autres méthodes, l'impact de la non-réalisation du « focus group » a été négligeable selon nous.

Les données en provenance de la collecte documentaire, des entrevues semi-structurées et des observations participantes ont été triangulées afin de s'assurer de la solidité des données observées (Alvesson 2003; Bourbonnais 2015). La triangulation a permis de vérifier les écarts

entre les données recueillies par les entrevues et celles issues des observations (Lessard-Hébert et al., 1996).

Devant la quantité importante de données de diverses sources, le choix des données pertinentes est une difficulté importante de la recherche ethnographique (Alvesson 2003). La difficulté du choix des données est moindre lorsque le phénomène à l'étude est davantage ciblé et qu'il est aussi encadré par un cadre théorique précis (Bourbonnais 2015). Dans le cas de notre recherche, ce sont spécifiquement les praxis d'intégration et de différenciation qui ont été ciblées. Le cadre conceptuel de Stones (2005) nous a permis notamment de préciser le type d'informations que l'on devait chercher afin de décrire ces praxis et les contextes dans lesquelles elles étaient mises en œuvre. Cette précision a été accentuée par l'utilisation d'un cadre thématique (issue du cadre conceptuel) et des méthodes d'analyse de données proposées par Miles et al. (2014) (qui seront décrites un peu plus loin).

3.4.3 Considérations éthiques

La recherche a exploré des dimensions personnelles (habitus) et organisationnelles, des parties prenantes, qui devaient être traitées avec respect et discrétion. À cet effet, des mesures de confidentialité ont été prises afin que seul le chercheur principal puisse faire des liens entre les praxis utilisées et les caractéristiques des structures externes et internes des parties prenantes (issues des entrevues et des observations)).

Lors de la collecte de données, le chercheur principal était un employé du CIUSSS impliqué dans cette recherche. Cependant, ce dernier était un employé d'un service qui n'avait pas de liens hiérarchiques ou de collaborations avec le projet observé et/ou les participants au projet. Le chercheur principal ne connaissait aucun participant à la recherche avant la collecte de données.

3.5 Interprétation du matériau

3.5.1 *Analyse du matériau*

L'analyse des matériaux a été réalisée à partir de l'approche proposée par Miles et al. (2014) qui préconisent l'utilisation de matrices et de réseaux pour classer l'information recueillie, la mettre en relation avec d'autres variables et lui donner un sens à l'intérieur d'un contexte donné. Plus spécifiquement, c'est l'approche descriptive de Miles et al. (2014) qui a été utilisée afin de pouvoir décrire avec le plus de précision possible les praxis d'intégrations et de différenciations utilisées par les différentes parties prenantes au cours de la réalisation du projet étudié. En effet, les matrices et les réseaux proposés par l'approche descriptive mettent l'accent sur la description des participants, leurs rôles, leurs actions et les contextes sociaux dans lesquels ces actions se déroulent. L'utilisation de ces matrices et réseaux est donc en cohérence avec notre objectif spécifique et notre cadre conceptuel.

L'élaboration des matrices et des réseaux a été faite de façon déductive et inductive en s'appuyant sur le cadre conceptuel proposé par Stones (2005). En effet, des matrices et des réseaux préliminaires ont été conçus initialement à partir du cadre conceptuel. Par la suite, suivant les préceptes de la théorisation ancrée (Corbin et Strauss, 2008), ces matrices et réseaux ont été modifiés en cours de route en fonction de ce qui était observé sur le terrain et des analyses émergentes. Le choix de la théorisation ancrée a résidé dans la préoccupation que Corbin et Strauss (2008) accordent la triade de l'action, de son contexte de réalisation et de ses conséquences. En effet, pour ces auteurs, la réalisation d'une action ne peut être désincarnée de son contexte et de ses conséquences: cette logique est en cohérence avec l'objectif de cette thèse et le cadre conceptuel utilisé.

Plusieurs types de matrices et de réseaux ont été utilisés afin de bien décrire les praxis- (de différenciation et d'intégration) et leurs liens avec les structures externes et internes des parties prenantes. L'une des étapes importantes de la recherche fut de bien décrire les caractéristiques des structures externes et les habitus des différents groupes de parties prenantes (participants à la recherche) qui intégraient le projet. La description des positions et pratiques de

chacune des parties prenantes ainsi que les différentes catégories de règles régissant les pratiques existantes des parties prenantes ont été classées et analysées à partir de la «role-ordered matrix» (Miles et al., 2014). De plus, ce type de matrice a aussi été utilisé afin de décrire et comparer les principales caractéristiques des habitus des différents groupes de parties prenantes. Les pratiques d'origine des parties prenantes ainsi que leur habitus allaient avoir une influence importante sur les praxis (d'intégration et de différenciation) qu'elles allaient déployer dans la cadre du projet. Il était donc très important de bien cerner ces caractéristiques au début de la collecte de données.

Outre la description des structures externes et des habitus des participants à l'aide des «role-ordered matrix» le « context-chart » (Miles et al., 2014) a été utilisé pour analyser les réseaux de positions et pratiques en cause dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet PPCC. Comme mentionné dans la description du cadre conceptuel, les réseaux de positions et pratiques font partie des structures externes et agissent sur les pratiques et praxis déployées. L'utilisation du «context-chart» a permis d'illustrer les caractéristiques des relations (hiérarchiques, collaborations, fonctionnelles, conflictuelles, etc.) entre les différents groupes de parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques (livrables) du projet. Ces réseaux ont subi des transformations au cours de la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet et l'utilisation du «context-chart» a permis d'illustrer ces changements.

Afin de pouvoir mettre en évidence les liens entre les praxis- (d'intégrations et de différenciations) et les autres composantes du cadre conceptuel (structures externes et internes ainsi que les résultats des praxis), la « conceptually clustered matrix charte » (Miles et al., 2014) a été utilisée. En effet, cette dernière a permis de regrouper à l'intérieur d'une même matrice (une par nouvelle pratique implantée dans la cadre du projet) l'ensemble des composantes du cadre conceptuel de Stones (structures externes, internes, praxis et résultats) afin de pouvoir voir les liens entre les praxis déployées et les autres composantes du cadre : permettant ainsi une meilleure compréhension de la structuration des praxis. De plus l'utilisation de ce type de matrice nous a permis de faire des comparaisons entre les différentes parties prenantes ayant mis en action les différentes praxis (d'intégration et/ou de différenciation). Enfin, la matrice du

« construct table » (Miles et al., 2014) a été utilisée afin d'illustrer le degré d'implantation des nouvelles pratiques du projet.

Si les matrices et réseaux proposés par Miles et al. (2014) nous a permis de classer, comparer, et donner du sens aux informations répertoriées, les méthodes de codages proposées par Saldana (2013) nous ont aidés à cibler et coder les informations pertinentes issues des entrevues, des observations et de la documentation. Plusieurs types de codages ont donc été utilisés pour la réalisation de cette thèse.

Dans le cadre du premier cycle d'analyse des données, nous avons utilisé les méthodes de codages de l'«Attribut Coding» et le «Value Coding» (Saldana, 2013) afin de bien décrire les structures externes et internes des parties prenantes du projet. Elles nous ont permis, entre autres, de bien cerner les caractéristiques des parties prenantes: leurs ressources, les normes qui régissent leurs pratiques, et les caractéristiques de leur habitus (dispositions générales).

La méthode du «Process Coding» (Corbin et Strauss, 2008; Saldana, 2013) a été utilisée pour coder les praxis de différenciations et d'intégrations répertoriées au cours de la réalisation de cette recherche. Cette méthode a été accompagnée de celle du «Versus Coding» (Saldana, 2013) afin de cibler les conflits et les luttes de pouvoir dans la mise en œuvre des pratiques existantes ainsi que dans le déploiement des praxis d'intégrations et de différenciations. Les conséquences attendues et inattendues issues des praxis (d'intégrations et de différenciations) ont été mises en évidence à l'aide de la méthode du «Descriptive Coding» (Saldana, 2013). Ces conséquences pouvaient aussi contenir des émotions et la méthode du « Emotion Coding» (Saldana, 2013) a été utilisée pour les identifier et les coder.

Suivant le premier codage des données réalisé en utilisant l'outil informatique «NVivo» (Saldana, 2013), un deuxième cycle de codage a permis de regrouper les «codes» en sous-catégories et en catégories. Cette deuxième phase a été effectuée à partir des méthodes du «Pattern Coding» et de l'«Axial Coding» (Corbin et Strauss, 2008; Miles et al., 2014; Saldana, 2013). Le « Pattern Coding» nous a permis de dégager des modèles de relations émergents des interactions entre les parties prenantes. Enfin l'«Axial Coding» (Corbin et Strauss, 2008; Miles

et al., 2014; Saldana, 2013) nous a permis de préciser davantage les différentes dimensions associées aux catégories répertoriées.

En résumé, l'ethnographie (Gobo et Molle 2017) a été identifiée comme stratégie de recherche pour aller observer les praxis de différenciation et d'intégration déployées par les parties prenantes dans la réalisation du projet PPCC. S'appuyant sur le cadre conceptuel de Stones (2005), un cadre thématique a été élaboré afin de nous permettre de cibler les données à recueillir (entrevues, observations, documentation) pour décrire la motricité fine des praxis (d'intégration et de différenciation) ainsi que leurs processus de structuration associés. Utilisant le logiciel NVIVO, les données ont ensuite été codées (Saldana, 2013) et analysées à l'aide des différentes méthodes descriptives proposées par Miles et al. (2014). Dans le prochain chapitre, nous allons présenter les principaux résultats issus de notre démarche de recherche.

CHAPITRE 4 : LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Nous débutons ce chapitre en présentant d’abord le projet PPCC et son contexte d’implantation. Dans un deuxième temps, nous présentons la gestion du projet selon les prémices du PMBOK (PMI, 2021). Enfin, en guise de comparaison avec la gestion du projet PPCC selon les prémices du PMBOK (un standard des bonnes pratiques en gestion de projet), nous terminons ce chapitre en décrivant la mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés (livrables du projet PPCC) sous l’œil de la théorie de la structuration. C’est à l’intérieur de cette dernière section que les praxis de différenciation et d’intégration sont décrites ainsi que leurs rôles dans la structuration de l’arrimage des pratiques du projet.

Afin de permettre au lecteur de mieux comprendre les résultats empiriques présentés dans ce chapitre, il est important de préciser ici que les verbatims des praxis déployées (de différenciation et d’intégration) sont issus des observations participantes alors que tous les autres verbatims proviennent des entrevues pré et post-observation.

4.1 Le projet PPCC et son contexte d’implantation

Nous débutons ce chapitre en présentant le contexte politico organisationnel du projet soit le système de santé et de services sociaux québécois. Nous décrivons ensuite l’établissement de santé (CIUSSS) à l’intérieur duquel le projet PPCC a été implanté. Enfin nous terminons avec la description du projet PPCC ainsi que de ses principaux livrables.

4.1.1 Le contexte politico organisationnel du projet: le système de santé et de services sociaux québécois

Le projet de planification précoce et conjointe de congés (PPCC) observé dans le cadre de cette thèse se déroule à l’intérieur d’un établissement du système de santé québécois. Afin de bien comprendre le contexte dans lequel le projet s’insère (et l’influence entre ceux-ci), ce chapitre vise à décrire les principales composantes de ce système. Une attention particulière est portée aux composantes du contexte pouvant avoir un impact plus important sur le projet et sa

gestion. Une brève description de la mission et des principaux défis du système de santé québécois seront d'abord présentés. Suivra une description de la structure du réseau de la santé issu de la réforme de 2015 (loi 10). Nous terminerons ce chapitre en présentant la mission et les principaux objectifs poursuivis par le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) qui est responsable de la gestion du système de santé.

4.1.1.1 Le système de santé et des services sociaux québécois et ses défis

Le système de santé et de services sociaux québécois est le résultat d'une multitude de lois et de réformes qui ont façonné sa structure, son fonctionnement et ses modes de gestions depuis une cinquantaine d'années. Institué en 1971 par l'adoption de la première Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), le système de santé et de services sociaux québécois s'inscrit dans une vision globale de la santé qui ne vise pas seulement à traiter la maladie, mais aussi à intervenir en amont sur les déterminants de la santé (prévenir la pauvreté économique et sociale par exemple) et ce avec une préoccupation pour une certaine justice sociale.

Depuis les années 1990, le ministère de la santé témoigne d'une préoccupation importante quant à l'augmentation des coûts du système québécois en parallèle avec une augmentation de la demande à l'égard du système à venir (St-Pierre, 2009). Dans les années 2000, la préoccupation autour de la performance du système de santé reste entière. L'inquiétude en lien avec la pérennité même du système de santé québécois s'installe » (St-Pierre, 2009). En effet, on assiste à une accélération de la croissance des coûts reliée principalement à l'évolution des besoins d'une population vieillissante ainsi qu'à l'ampleur de la révolution technologique dans le domaine de la santé: informatisation, équipements médicaux et médicaments (St-Pierre, 2009).

La recherche d'un équilibre entre la réponse grandissante aux besoins en santé des Québécois et la capacité de payer de ces derniers devient une priorité grandissante. L'augmentation de l'efficacité des services de santé devient alors une avenue privilégiée pour atteindre cet équilibre. Plusieurs initiatives ont été tentées dans les dernières années afin

d'insuffler une culture de la performance dans le réseau de la santé (organisation du travail, chantiers d'optimisation, Lean santé, etc.) (MSSSQ, 2017b) et les différentes réformes du système appuieront d'ailleurs leur argumentaire autour de la recherche de cette efficience comme le met en exergue cet extrait du plan stratégique 2015-2020 du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSSQ):

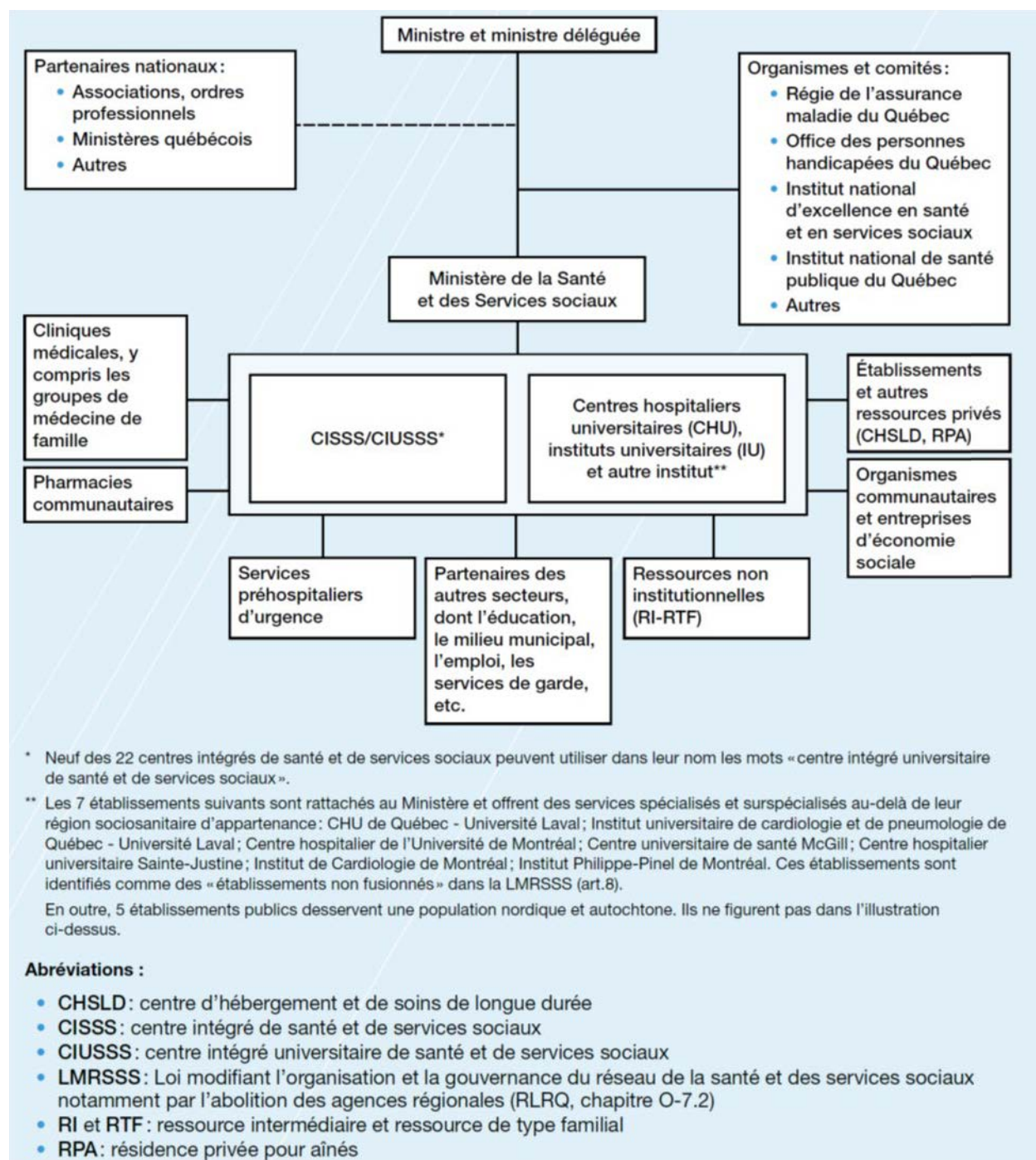
Offrir les soins et les services de manière efficiente prend une importance particulière quand on considère que, de 2003-2004 à 2013-2014, les dépenses publiques annuelles en santé ont crû de 5,6 % en moyenne, pour atteindre près de 49 % des dépenses de programmes de l'État en 2014-2015, en excluant le service de la dette. De surcroît, on anticipe un écart significatif entre la croissance des revenus de l'État et celle des coûts de santé. Il importe donc de tendre vers un usage optimal des ressources humaines, financières et technologiques disponibles. (MSSSQ, 2017b, p. 7)

4.1.1.2 La structure du réseau de la santé du Québec

La dernière réforme (celle de 2015) de la santé est double : à la fois légal et organisationnelle. Sur le plan législatif, la réforme de 2015 a donné naissance à la Loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales de santé et services sociaux (MSSSQ, 2017a). Sur le plan organisationnel, la réforme se caractérise par la création de méga établissements de la santé : 182 établissements ont été fusionnés pour en créer 34 (MSSSQ, 2017a). En effet, des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des Hôpitaux ont été regroupés au sein de Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou de Centre intégrés Universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) avec la responsabilité des services et de la santé de la population sur de plus vastes territoires. Cette réforme et sa loi parasol devait permettre une meilleure intégration et continuité entre les services de première (services de proximité du CLSC et de GMF), deuxième (services médicaux, sociaux et de réadaptation spécialisée) et troisième ligne (services de santé et sociaux surspécialisés.) (MSSSQ, 2017b).

De plus, avec l'ambition d'optimiser les ressources, cette réforme avait pour but de diminuer le nombre de postes-cadres dans le réseau de la santé ainsi que le nombre de paliers hiérarchiques entre le ministère et les établissements de santé par l'abolition des Agences de santé et de services sociaux (MSSSQ, 2017a). De tous ces travaux de rénovation du réseau de la santé résulte un système de santé centralisé et composé de différents types de partenaires privés, institutionnels et communautaires (**Figure 3**) qui collaborent avec les différents établissements de santé (dont les CIUSSS) et/ou avec le MSSS. En effet, les services préhospitaliers (ambulance par exemple), les cliniques médicales, les organismes communautaires ainsi que des ressources d'hébergement privées ou semi-privées sont des partenaires et collaborateurs dans le déploiement des services de santé auprès de la population.

À ces partenaires s'ajoutent aussi différents groupes d'intérêts, de régulation (ordre professionnel) et consultatifs (institut national de santé publique par exemple) qui vont venir influencer ou guider le MSSS dans ses orientations et prises de décisions. De plus, même si la majorité d'entre eux travaillent dans le système public, les médecins sont aussi considérés comme des partenaires du réseau étant donné leur statut de travailleur autonome. En conclusion, ces différents types de partenaires et de groupes d'intérêts ont donc le potentiel d'être des parties prenantes aux projets conçus, planifiés et implantés dans le réseau de la santé québécois.

Figure 3*Structure du système de santé et de services sociaux*

Note : Reproduit à partir de (MSSSQ, 2017a, p. 5)

La centralisation du système de santé québécois a conduit à une redéfinition des rôles et des responsabilités entre le MSSS et les mégaétablissements : les CISSS (et CIUSSS). En somme, le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) est responsable de la gestion du système de santé du Québec. De plus, comme mentionné précédemment, le MSSS doit poursuivre sa mission dans un contexte où il y a une forte pression sur les ressources existantes. En résumé, le MSSS doit permettre au système de santé de veiller à :

- « **L’accessibilité de ses soins et services**, ce qui suppose de fournir les soins et les services requis, à l’endroit et au moment opportun, mais également d’assurer un accès équitable à ceux-ci, en fonction des seuls besoins des personnes, sans égard à des caractéristiques personnelles comme le revenu, l’éducation, le lieu de résidence, etc. ;
- **La qualité des soins et des services offerts**, ce qui implique que ceux-ci soient efficaces (c’est-à-dire de nature à améliorer la santé et le bien-être) et sécuritaires. On doit aussi pouvoir les adapter aux attentes, aux valeurs et aux droits des usagers (réactivité) et les fournir de manière coordonnée et intégrée (continuité) ;
- **L’optimisation des ressources**, ce qui demande de savoir utiliser les ressources disponibles de façon efficiente, mais aussi d’une manière à en assurer la pérennité (viabilité). » (MSSSQ, 2017b, p. 7)

Ces trois objectifs du système de santé sont en adéquation avec les objectifs du projet observé dans le cadre de cette thèse. Le projet PPCC vise essentiellement à améliorer la fluidité et la continuité des services à travers la trajectoire de soins des personnes plus vulnérables (dont le retour à domicile peut être complexe et compromis) et ce dans un contexte de ressources limitées. Un projet qui se déroule à l’intérieur d’un CIUSSS dont les rôles, les responsabilités et l’organisation sont décrits dans la prochaine section.

4.1.2 Description du milieu d’implantation du projet

Cette section vise à décrire les missions (orientations) et la structure de gouvernance du CIUSSS servant d’écrin au projet PPCC. Par ailleurs, le projet vise une harmonisation des pratiques entre plusieurs lieux physiques (aussi appelés des installations) du CIUSSS.

Conséquemment, il importe de bien décrire les particularités de ces différentes installations et c'est ce que nous allons également faire dans cette troisième partie du présent chapitre.

4.1.2.1 Missions et principales orientations du CIUSSS

Le CIUSSS hôte du projet PPCC offre des services de santé et de services sociaux à une population de plus de 500 000 habitants répartis sur un vaste territoire et compte près de 15 000 employés. Il se compose principalement de trois hôpitaux, dont un institut universitaire en santé mentale, de huit centres locaux de services communautaires (CLSC) et de quinze centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Le CIUSSS hôte a pour mandat principal d'offrir à la population des services généraux et spécialisés en fonction des quatre missions issues des différents établissements nommés dans le **Tableau 8**.

Tableau 8

Les quatre missions du CIUSSS en fonction des différents types d'installations

| Installation | Mission |
|--|--|
| CLSC Centre local de services communautaires (CLSC) | La mission d'un CLSC est d'offrir, en première ligne, des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion. (p.3) La mission d'un tel centre est également de réaliser des activités de santé publique sur son territoire, conformément aux dispositions prévues dans la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2). (p.3) |
| Centre hospitalier (CH) de soins généraux et spécialisés (CHSGS) Centre hospitalier de soins psychiatriques (CHPSY -mission régionale); | La mission d'un CH est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. Il existe deux classes de CH, soit : • centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ; • centre hospitalier de soins psychiatriques (CHPSY). (p.4) |
| Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) | La mission d'un CHSLD est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage. (p.4) |

Note : Les définitions sont issues de MSSSQ (2016)

Le CIUSSS a à relever le défi de l'intégration des différents services sur son territoire (MSSSQ, 2017a). Outre le respect des missions de ses différentes installations et de son mandat d'intégration des services de santé sur son territoire, le CIUSSS hôte du projet a pour directive d'opérationnaliser la planification stratégique du MSSS (MSSSQ, 2017b): une planification stratégique qui vise à ce que les établissements de santé et services sociaux offrent des soins et services accessibles et efficaces qui s'adaptent aux besoins de la population (MSSSQ, 2017b). Le CIUSSS doit donc tendre vers l'actualisation de la planification stratégique du MSSS tout en respectant ses obligations légales et budgétaires de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) qu'il a signé avec ce dernier.

4.1.2.2 La gouvernance du CIUSSS

Comme illustré à la **Figure 3**, le CIUSSS (et plus spécifiquement sa gouvernance) est en lien direct avec le MSSS. En effet, le CIUSSS dispose d'un conseil d'administration (CA) majoritairement nommé par le ministère de la Santé et des services sociaux du Québec (MSSS) (Québec, 2015). Des représentants de différents comités consultatifs sont aussi présents sur le CA dont des conseils professionnels (CMDP⁴, CII⁵ et CM⁶), des représentants de différents établissements (hôpitaux, CHSLD, etc.) du CIUSSS ainsi qu'un représentant du comité des usagers (Québec, 2015). Le CIUSSS dispose d'un commissaire aux plaintes et à la qualité qui est sous la responsabilité du CA du CIUSSS. Le président-directeur général du CIUSSS (PDG) est nommé et est sous la responsabilité directe du ministre et du sous-ministre de la Santé (Québec, 2015). La gouvernance du CIUSSS et par conséquent la gestion des projets en son

⁴ Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

⁵ Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

⁶ Conseil multidisciplinaire (CM)

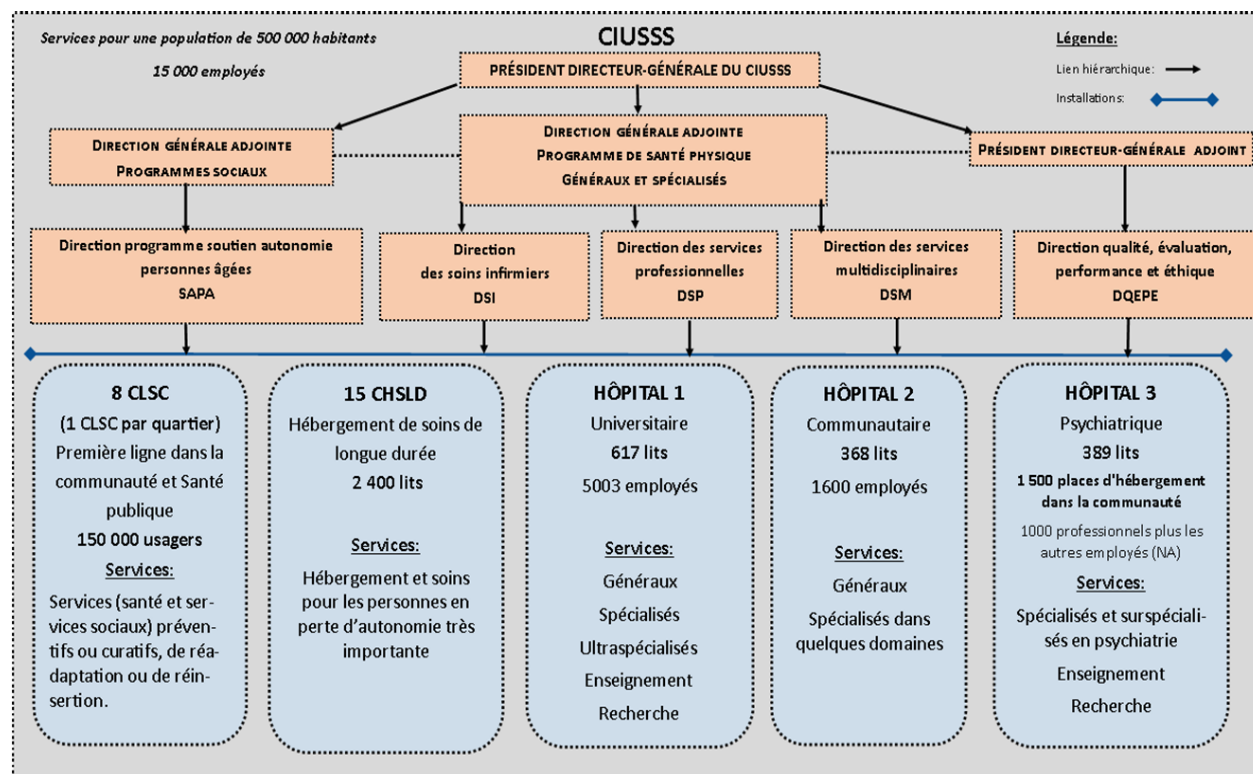
sein se retrouvent donc sous forte influence ministérielle. La gouvernance du CIUSSS est représentée par l'entremise de son organigramme à l'Annexe 7.

Nous avons mentionné précédemment que le CIUSSS est un réseau d'installations dont les différents services relèvent de différentes directions. Ce qui fait en sorte que les services (les services infirmiers par exemple) peuvent être donnés à l'intérieur de plusieurs installations, mais être sous la responsabilité d'une seule direction (la DSI dans cet exemple). On ne retrouve donc pas une autorité par installation (un directeur général par exemple) qui supervise tous les services de ladite installation (comme un hôpital par exemple). La gouvernance des services du CIUSSS se fait donc par direction et non par installation : ce qui aura un impact sur le modèle de gouvernance du projet PPCC ainsi que sur sa gestion.

À la **Figure 4**, nous illustrons les différentes directions et installations impliquées dans le projet PPCC ((DSI, DSP, SAPA, DSM, DQEPE). La direction des soins infirmiers (DSI) est responsable de l'ensemble des soins infirmiers à l'intérieur des trois hôpitaux et d'une partie de ceux prodigués en CLSC. De leur côté, la direction des services aux personnes âgées en perte d'autonomie (SAPA) est responsable de cette clientèle à travers l'ensemble des 8 CLSC, mais aussi à travers les 15 CHSLD de son territoire. De plus, la direction SAPA gère certaines équipes à l'intérieur des hôpitaux, dont celle de gériatries, de gérontopsychiatrie et les équipes de soutien à domicile en milieu hospitalier qui se situent aux urgences et qui tentent de créer des passerelles entre les clientèles vulnérables et les services dans la communauté dont les CLSC. Le **Tableau 9** ci-dessous explicite les mandats des directions impliqués dans le projet PPCC.

Figure 4

Organigramme du CIUSSS en fonction des installations et des directions impliquées dans le projet PPCC

**Tableau 9**

Mandats des directions du CIUSSS impliquées dans le projet PPCC

| Directions du CIUSSS | Mandats |
|--|--|
| Direction des services professionnels (DSP) | La Direction des services professionnels assure la supervision des départements médicaux et coordonne ainsi l'offre de services des soins et services médicaux, dentaires et pharmaceutiques du CIUSSS. (p.14) |
| Direction des soins infirmiers (DSI) | La Direction des soins infirmiers a pour mission d'assurer le leadership organisationnel dans le maintien et l'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers dispensés dans l'établissement. Ce leadership s'exerce notamment par l'encadrement de la pratique, la surveillance, le contrôle et l'évaluation de la qualité des soins infirmiers, le développement ainsi que le maintien des compétences cliniques. (p.15) |
| Volet opérationnel | |
| Volet développement des pratiques professionnelles | |
| Direction des services multidisciplinaires (DSM) | La Direction des services multidisciplinaires offre des services-conseils et du soutien aux directions cliniques et aux professionnels membres du conseil multidisciplinaire. De ce fait, elle assure la qualité et la sécurité |

| Directions du CIUSSS | Mandats |
|--|---|
| Volet opérationnel Volet développement des pratiques professionnelles | des services à la population par le développement de pratiques professionnelles efficaces et efficientes ainsi que par le développement, le maintien et le transfert des compétences des professionnels. (p.15) |
| Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) | La Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées a pour mandat d'élaborer, de dispenser et d'évaluer des programmes ainsi que des activités de promotion et de prévention aux personnes âgées en perte d'autonomie. Elle est responsable du soutien à domicile, de la gestion des lits post aigus, du continuum des services en soins palliatifs, des centres d'hébergement de soins de longue durée, des ressources non institutionnelles et des services gériatriques de même que du partenariat avec les CHSLD privés conventionnés. (p.16) |
| Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) | La Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique a pour mission de soutenir l'organisation dans l'amélioration continue de la performance pour atteindre l'excellence au bénéfice de l'expérience usager. Pour ce faire, elle soutient et accompagne les différents niveaux de gestion dans la réalisation des activités de planification et d'organisation des services, de gestion des opérations, d'amélioration continue, de gestion de projets, de mesure et d'évaluation et de pérennisation. (p.18) |

Note : La description des mandats est tirée du plan d'organisation du CIUSSS (2019) impliqué dans le projet

4.1.2.3 Les installations du CIUSSS impliquées dans le projet PPCC

Ce n'est pas toutes les installations du CIUSSS qui étaient impliquées dans le projet observé. En effet, le projet observé devait se réaliser initialement à l'intérieur des trois hôpitaux. Ces derniers se distinguent par leurs missions, le type de services et de ressources pour rendre ces dits services (rectangles bleus tout en bas de la **Figure 4**). Cela dit, la différence de l'hôpital 3 avec les deux autres hôpitaux (1 et 2) est tel qu'il en a résulté une implantation du projet PPCC qu'au sein des hôpitaux 1 et 2. En effet, outre la mission de l'hôpital 3 (psychiatrique) et la particularité des services offerts, c'est principalement la culture de l'organisation quant à l'implantation des projets qui posait problème : le projet PPCC allait se déployer d'abord sous forme de projets pilotes sur quelques unités des hôpitaux 1 et 2, alors que le succès du projet à l'hôpital 3 aurait été davantage assuré par une implantation sur toutes les unités en même temps selon certains participants.

Il y a deux unités qui étaient ciblées à l'institut [hôpital 3] et finalement, on ne va pas les faire là. C'est trop compliqué pour eux autres en ce moment, ils n'ont pas le bon timing. L'équipe médicale est très réfractaire à tous les changements qu'ils font ... et, en plus, par expérience, pour les gens qui sont à l'institut, c'est que quand ce n'est pas un mouvement qui concerne l'institut au complet, c'est dur de faire bouger les pratiques d'une unité... ou deux unités sur l'ensemble de l'œuvre, tu sais. (Participant M)

Par ailleurs, les deux hôpitaux (1 et 2) à l'intérieur desquels le projet PPCC s'est implanté se caractérisent par plusieurs différences (**Figure 4**). En effet, l'hôpital 2 est reconnu par les participants comme étant un hôpital communautaire, offrant des services plus généralistes à une clientèle plus homogène et souvent plus âgée. Les équipes de professionnels (travailleurs sociaux, physiothérapeute, nutritionniste, etc.) qui suivent les patients pouvant avoir des enjeux de retour à domicile (après hospitalisation) sont déployées principalement par unité de soins. L'hôpital 1, quant à lui, est doté d'une mission universitaire et offre des services qui sont davantage spécialisés. Il est de plus grande envergure que l'hôpital 2 et les professionnels sont déployés par spécialité médicale : ces derniers se déplacent sur plusieurs unités pour offrir des services très circonscrits. Ils ont été historiquement associés à des disciplines médicales dû à la structure particulière de l'hôpital 1 avant la réforme de 2015.

... avant la création du CIUSSS, l'hôpital [1] fonctionnait [avec des directions par] spécialité médicale. ... par exemple la direction de la médecine, une direction de l'oncologie, la direction de l'urgence Donc, c'était des directions qui étaient gérées indépendamment une de l'autre avec des structures de gestion propres. ... chacune de ces directions-là embauchait leurs propres professionnels, faisait le choix d'embaucher x nombres de travailleurs sociaux ou x nombres de physiothérapeutes dépendamment de l'évaluation qu'ils avaient fait de leur clientèle, de leurs besoins. ... un travailleur social était embauché en oncologie et ne pouvait pas se déplacer d'un département à l'autre, à moins d'appliquer sur un poste qui s'ouvrait ailleurs. Avec la création du CIUSSS, ils ont aboli les directions par spécialité médicale pour aller vers des DSI, DSM, DSP. (Participant F)

Le projet PPCC devait aussi établir des collaborations avec les services de la communauté, dont ceux des CLSC principalement. Ces derniers offrent des services de premières lignes et de santé publique auprès de tous les groupes d'âge. À l'opposé de l'hôpital 1 qui offre des services spécialisés à des patients pouvant provenir de partout à travers la province, les CLSC offrent des services principalement aux résidents des quartiers dans lesquels ils sont implantés. Le projet devait établir des collaborations principalement avec le SAPA qui offre des services à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie et aussi de l'hébergement de soins de longues durées (CHSLD).

Bien que la réforme de 2015 vise l'intégration (organisationnelle, des services et corolairement l'harmonisation des pratiques) des installations de santé avec la création de mégaétablissements (CISSS et CIUSSS), les installations du CIUSSS hôte du projet observé sont restées très différentes (et même indépendantes). La citation d'un des gestionnaires du projet PPCC témoigne justement de cette différence en lien avec l'implantation du projet observé:

Mais, quand même, on déployait sur deux milieux hospitaliers [1 et 2] qui n'ont pas des missions similaires, tu sais, une mission universitaire, une mission communautaire. Avec des historiques très différents, des professionnels qui travaillaient vraiment de façon très ... différente, et là fallait harmoniser tout ça aussi. (Participant M)

Au chapitre 3, nous avons présenté sommairement le projet. Dans les prochains paragraphes, nous décrivons plus en détail en quoi consiste le projet PPCC et à l'intérieur de quelles balises ce dernier a été implanté.

4.1.3 La description du projet

Commençons par décrire les problèmes auxquels le projet devait répondre.

4.1.3.1 Les problèmes reliés à la planification des congés

La trajectoire de soins des patients à travers les services intrahospitaliers du CIUSSS est relativement standard. Les patients qui arrivent à l'urgence, si leurs conditions de santé le nécessitent, seront envoyés sur les unités de soins (médecine ou de chirurgie) afin d'y recevoir les soins et les services professionnels nécessaires pour leurs rétablissements. Dans la majorité des cas, le retour à domicile des patients n'implique pas d'enjeux particuliers. Cependant, pour certains d'entre eux, le retour à domicile peut comporter des risques pour leur santé et nécessite davantage de préparation et une organisation des services dans la communauté (dont les soins à domicile ou l'hébergement en CHSLD par exemple). Non seulement ces patients nécessitent un bon arrimage entre les services de l'hôpital avec ceux de la communauté, mais ils ont besoin aussi d'une bonne coordination des pratiques à travers l'ensemble de leurs parcours de soins intrahospitaliers. Sans cette coordination des pratiques intra et extrahospitalière que nous appelons ici planification des congés, les patients peuvent demeurer plus longtemps que prévu sur les unités de soins. À l'inverse, ils peuvent être retournés trop hâtivement à leur domicile et revenir rapidement à l'hôpital, car leur santé s'est dégradée trop rapidement par manque de services autour d'eux. Avec le temps, différentes pratiques se sont développées dans les hôpitaux du CIUSSS autour de la planification des congés. Cependant, ces pratiques de planification des congés n'étaient pas optimales selon la direction du CIUSSS.

À la suite de ces constats, et inspiré par un modèle de planification précoce et conjointe des congés (PPCC) d'un autre CIUSSS, une démarche de consultation a eu lieu afin d'avoir un meilleur portrait des pratiques et des problèmes entourant la planification de congés (PC). Un questionnaire d'évaluation de la PC a été rempli par les chefs d'unités de soins ciblées par le projet. Un bilan recensant les bonnes pratiques de PC, les problèmes (dont les délais) et leurs causes a ensuite été réalisé. Notons ici que cette analyse a eu lieu avant la phase de cueillette de données de la présente recherche, mais que nous avons eu accès aux documents en question. De plus, plusieurs de ces problèmes ont aussi été soulevés par les participants lors de la cueillette de données. Les paragraphes qui suivent décrivent donc les principaux problèmes associés à la

planification des congés tirée de cette démarche de consultation ainsi que des témoignages des participants lors des entrevues et des observations des rencontres.

4.1.3.1.1 *Des délais dans le parcours des patients à travers les services.*

Comme illustré dans la **Figure 5**, plusieurs types de délais sont identifiés dans le parcours des patients vulnérables⁷ à travers les différents services de l'hôpital : de son entrée à l'urgence, en passant par les unités de soins et jusqu'à leurs sorties vers les services de la communauté. Sur les unités de soins, on retrouve des délais de prise en charge des patients par les équipes médicales ainsi que par les différentes catégories de professionnelles (travailleurs sociaux, physiothérapeutes, infirmières de liaisons, nutritionnistes, etc.). L'implication de ces derniers auprès des patients vulnérables est souvent de mise afin de favoriser leurs réhabilitations et/ou pour travailler l'arrimage avec les services de la communauté afin que ce retour soit sécurisé et éviter une réadmission hâtive des patients à l'urgence. Dans certains cas, ce retour à domicile est impossible (dû à l'état de santé du patient) et la liaison doit alors se faire avec des ressources d'hébergements adaptés où le patient pourra être hébergé et recevoir l'encadrement et les soins nécessaires à sa situation. Que ce soit pour l'accès aux services à domicile ou pour celui à l'hébergement, des délais importants sont soulevés faisant en sorte que des patients demeurent plus longtemps que prévu sur les lits des unités de soins (mesuré par la DMS⁸ et le taux NSA⁹). Ces différents délais retardent donc la sortie des patients de l'hôpital et créent par le fait même un engorgement des patients au niveau des urgences des hôpitaux : ces derniers peuvent alors y demeurer longtemps en attendant d'avoir accès à un lit disponible sur les unités de soins.

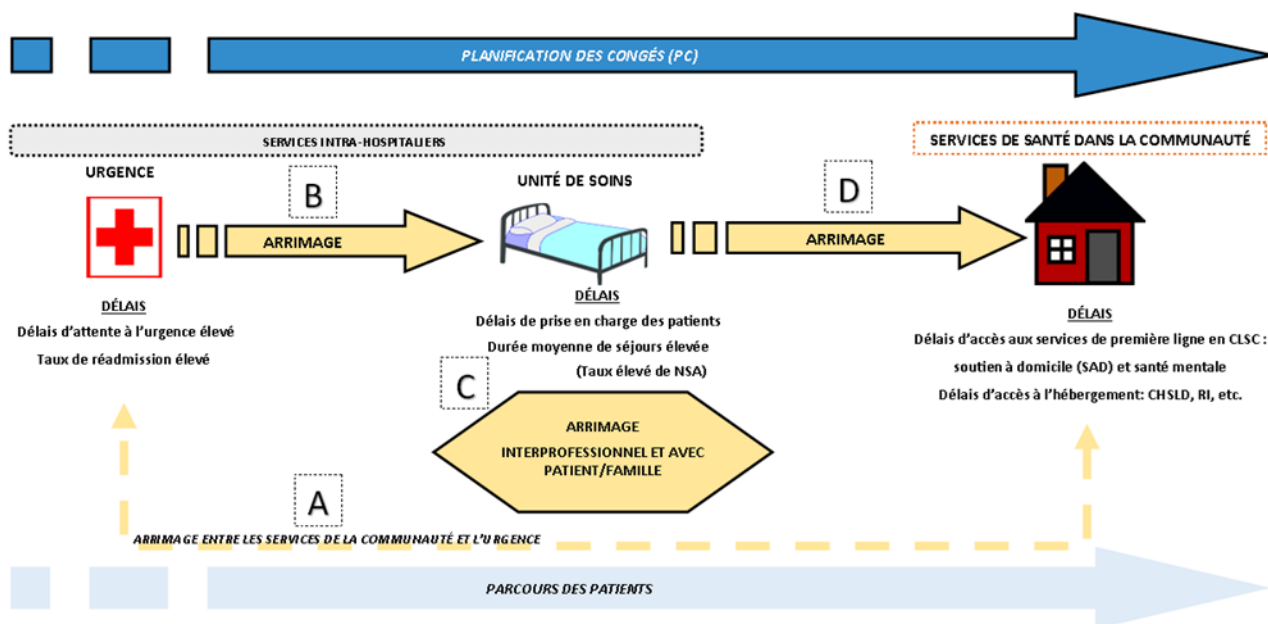
⁷ Patients vulnérables : fait référence, dans cette thèse, aux patients qui arrivent à l'urgence et qui sont à risque d'avoir un retour à domicile compromis.

⁸ DMS : indicateur de performance mesurant la durée moyenne de séjours des patients sur une unité de soins.

⁹ Taux NSA (niveau de soins alternatifs) : Pourcentage de patients sur les unités de soins qui n'ont plus besoins de soins de l'hôpital et qui sont en attente d'un transfert vers le domicile ou vers des services d'hébergement.

Figure 5

Les délais dans le parcours des patients vulnérables dont le retour à domicile peut être compromis



4.1.3.1.2 Des délais reliés au manque de ressources.

À travers les consultations citées précédemment et les témoignages recueillis, plusieurs causes sont à l'origine de ces différents délais. Certaines de ces causes sont liées à un manque de ressources (humaines, matérielles et techniques) à travers les différents services. Des ratios de patient/professionnel (ou infirmière) trop élevés sont identifiés comme une source des délais dans la prise en charge des patients. Le manque de personnel et de services dans la communauté dont ceux du soutien à domicile (SAD) sont aussi soulevés comme facteur pouvant retarder la sortie des patients de l'hôpital. Le peu de disponibilité des lits en hébergement de soins de longue durée (CHSLD) retarde aussi la sortie des patients. En effet, certains patients, en raison de leur état de santé, ne peuvent pas retourner à domicile (après une hospitalisation) en attendant une place en CHSLD : ils occupent alors des lits sur les unités de soins. L'accès à du matériel adapté (barres d'appui, siège de douche antidérapant, planche de bain, etc.) pour le retour à domicile est aussi mentionné comme facteur pouvant avoir un impact sur les délais de séjour.

Enfin, la diversité et le manque d'uniformité des systèmes informatiques pour faciliter l'accès et le transfert des informations sur les patients et les services qu'ils reçoivent font défaut tout au long du parcours de soins des patients.

Parce que comme ici, je n'ai pas d'infirmière de liaison. Mes infirmières n'y arrivent plus là à faire les soins aux patients plus la liaison [avec le CLSC]. Ça ne marche pas dans l'horaire, elles ne prennent pas leur temps de dîner, elles finissent en temps supplémentaire presque tous les jours. (Participant D)

Un des enjeux majeurs, c'était la communication de l'information de nos logiciels qui ne se parlent pas...mais ça c'est majeur là ... la désuétude de notre système de communication entre nous, c'est majeur. (Participant N)

4.1.3.1.3 *Des délais reliés à la déficience des pratiques de planification des congés*

Outre le manque de ressources, les causes des délais sont aussi identifiées comme étant reliées aux pratiques existantes de planification des congés (PC) ou à leurs absences. Ces pratiques de PC (ou leurs absences) seraient à la base de problèmes d'arrimage des pratiques entre les services et les professionnels, et ce autant au niveau intra qu'extrahospitalier. En effet, on souligne des problèmes quant à l'accès et au partage d'informations sur les patients (et les services qu'il reçoivent), des doublons dans les interventions sont observés entre les services, les communications interprofessionnelles sur les unités de soins sont à optimiser ainsi que celles (interorganisationnelles) ayant cours dans le transfert des patients de l'hôpital vers les services de la communauté. Examinons les problèmes d'arrimage des pratiques à travers tout le parcours de soins au patient.

4.1.3.1.4 *Les problèmes d'arrimage tout au long du parcours de soins du patient*

4.1.3.1.4.1 A) Des pratiques entre l'urgence et les services de la communauté.

Parmi les problèmes d'arrimage identifiés, nous retrouvons ceux relatifs à la transmission des informations sur la santé du patient ainsi que sur le suivi des services et interventions effectuées et à venir auprès de ce dernier. Ce problème d'accès et de circulation de l'information se retrouve à travers tout le parcours de soins du patient. Lors de son arrivée à l'urgence, le personnel en place dispose de peu d'informations en lien avec les services que le patient peut recevoir (ou avoir reçu) dans la communauté (GMF, CLSC, CHSLD, etc.) ainsi que sur les particularités de son état de santé globale. Il faut noter ici que la multiplicité des systèmes informatiques qui regroupent de l'information sur le patient rend cet accès à l'information particulièrement difficile. Dans ce contexte, le personnel de l'urgence doit alors recueillir de l'information auprès du patient afin de déterminer les services dont il aura besoin à l'hôpital. Cette collecte de données est qualifiée d'insuffisante, non uniforme ou parfois inexistante. Elle est orientée principalement vers les services urgents dont le patient a besoin et non en fonction des difficultés qu'il pourrait avoir à retourner à domicile après son hospitalisation.

Tout le monde a cette volonté de dire oui, c'est vrai, des fois, on signe un congé, puis le patient il dit bien non, je ne peux pas retourner à la maison, il y a 24 marches pour me rendre chez moi, puis on ne s'en ai pas rendu compte avant. Tu sais, personne n'a posé la question la journée qu'il est arrivé. (Participant A)

4.1.3.1.4.2 B) Les problèmes d'arrimage des pratiques entre les urgences et les unités de soins.

Outre cette difficulté de collecte d'informations, la transmission de cette information fait aussi défaut dans le transfert du patient entre l'urgence et les unités de soins. En effet, on observe une perte d'information sur le patient ainsi que sur les interventions réalisées auprès de ce dernier. Conséquemment, des doublons sont observés sur les unités de soins au niveau de la collecte de données (évaluation du patient) ainsi qu'au niveau des interventions réalisées auprès de ce dernier. La répétition de ces interventions sur les unités de soins entraîne des délais qui auraient pu être évités si des pratiques de collecte et de transfert d'information étaient plus solidement implantées. De plus, le repérage des patients vulnérables à l'urgence qui ne se rend

pas aux personnels des unités de soins retarde la mise en œuvre des actions nécessaires pour éviter leurs sorties tardives des unités.

... le patient arrive de l'urgence souvent puis nous [à l'urgence], on commence quelque chose, bien, comment vous [les unités de soins] pouvez poursuivre ce qu'on a fait. Parce que ce que j'entendais, ce n'est pas qu'ils poursuivaient [ce qui a été fait à l'urgence], ils recommençaient. (Participant G)

4.1.3.1.4.3 C) Les problèmes d'arrimage des pratiques sur les unités de soins.

4.1.3.1.4.3.1 *Le dédoublement des interventions*

Des doublons dans les interventions sur les unités de soins sont aussi constatés avec les services de la communauté notamment ceux du soutien à domicile (SAD) offert par les CLSC. En effet, le patient peut avoir des services professionnels du SAD (travailleur social, physiothérapeute, nutritionniste, etc.), mais par manque d'arrimage entre l'hôpital et ces services, le personnel¹⁰ sur les unités de soins et les professionnels¹¹ vont refaire des évaluations et des interventions qui avaient déjà été réalisées dans ces services.

Puis s'il est connu (du CLSC), la veille on est peut-être allé adapter son domicile avec plein d'équipements, on a peut-être mis 35 h de services à domicile. Ne réinventez pas la roue à l'hôpital là. Traitez le médical, puis on (les services de SAD) va s'occuper du reste. (Participant G)

4.1.3.1.4.3.2 *Les problèmes d'arrimage des pratiques avec le corps médical*

¹⁰ Le personnel des unités de soins fait principalement référence ici à l'assistante infirmière chef (AIC), aux infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires et adjoints administratifs dont le travail est dédié aux patients d'une unités de soins.

¹¹ Les professionnels font références ici aux différents types de professionnels qui seront appelés à intervenir (en plus des soins médicaux et infirmiers) pour faciliter la réhabilitation des patients pour un retour à domicile ou en hébergement : travailleurs sociaux, physiothérapeutes, nutritionnistes, infirmières de liaison, etc.

Outre les problèmes de dédoublement des interventions, les pratiques interprofessionnelles sur les unités de soins bénéficient de leurs lots de difficultés. On observe notamment des problèmes de référencement entre le corps médical et les équipes de services professionnels (travailleurs sociaux, physiothérapeutes, nutritionniste, infirmières de liaisons, etc.). En effet, pour favoriser la réhabilitation du patient ou les liaisons avec les services de la communauté, le médecin fera une requête de services professionnels auprès de ces derniers. Seul le médecin a le pouvoir d'émettre ou annuler une requête et les professionnels ne peuvent pas s'investir auprès des patients sur les unités avant d'avoir reçu la requête en question. Plusieurs de ces requêtes sont évaluées comme étant non pertinentes, faites au mauvais moment et imprécises. En effet, par prudence, manque de temps ou pour accélérer l'implication des professionnels auprès d'un patient, certains médecins peuvent demander automatiquement une évaluation par plusieurs types de professionnels alors qu'elles ne sont pas toujours nécessaires. À l'opposé, à travers le parcours du patient dans les services, de nouvelles informations sur ce dernier émergent et le besoin de consultations professionnelles peut se faire sentir en cours de route. Les équipes en place doivent donc demander et attendre une nouvelle requête du médecin afin que cette consultation puisse avoir lieu: ce qui peut provoquer un prolongement du séjour du patient à l'hôpital.

Outre les problèmes au niveau des requêtes professionnelles, d'autres difficultés d'arrimage avec le corps médical sont soulevées à travers les écrits et les témoignages recueillis lors des entrevues. L'une de ces difficultés est l'annonce tardive par le médecin du congé médical du patient¹². En effet, les professionnels et le personnel de l'unité organisent le déploiement de leurs interventions et la préparation au congé de l'hôpital en fonction de l'annonce du congé médical par le médecin. Les professionnels de l'hôpital qui ont souvent des listes d'attentes planifient leurs horaires d'interventions en fonction de la date du congé médical. Certaines interventions peuvent se faire avant cette annonce, mais d'autres nécessitent la

¹² Le congé médical signifie que la condition médicale du patient est stabilisée alors que le congé de l'hôpital signifie que le patient est prêt à quitter l'unité de soins pour aller à domicile ou vers les services de la communauté.

stabilisation médicale du patient avant d'intervenir. En plus d'entraîner des problèmes de planification, l'annonce tardive des congés médicaux entraîne aussi des délais dans la sortie de l'hôpital des patients.

Donc, le médecin décide. S'il veut, il va partager son plan de match ... pour savoir un peu comment il planifie la sortie [du patient] ou du moins le délai d'hospitalisation. [Si le médecin] ne le planifie pas ou. [autres] ... il n'est pas obligé de le dire ... que pour ce patient-là, il prévoit que ça va être 8-10 jours ou 2 jours... . Il y a des médecins qui collaborent mieux ... , mais en général on a de la misère à avoir de l'information de la part des médecins. (Participant F)

Tel que mentionné précédemment, le personnel des unités de soins et particulièrement les assistantes-infirmières-chefs (AIC) qui gèrent les entrées et les sorties des patients sur les unités de soins doivent aussi planifier (et réaliser) un ensemble d'activités afin de s'assurer d'une sortie sécuritaire des patients de l'hôpital vers son domicile ou un centre d'hébergement par exemple. L'annonce tardive du congé médical du patient peut entraîner des délais dans la réalisation de ces différentes tâches ou entraîner des problèmes de coordination, car le personnel de l'unité subit une pression importante pour sortir le plus rapidement possible les patients de leurs unités et libérer des lits. Des problèmes dans l'organisation des transports des patients sont d'ailleurs soulevés comme source de délais. La citation ci-dessous illustre l'ensemble des tâches que l'AIC et le personnel doivent faire pour préparer le départ des patients.

...[L'AIC] va traiter les personnes qui rentrent, admettons les dossiers des personnes qui rentrent au département, elle s'assure ... que les enveloppes de congé soient complètes, puis que toutes les informations au départ du patient soient bien intégrées, soient bien faites, que les enseignements sont faits. Elle va valider auprès des infirmières si toutes les informations sont correctes pour le départ du patient. (Participant A)

4.1.3.1.4.3.3 Les problèmes d'arrimage des pratiques entre les professionnels

Outre les problèmes d'arrimage entre le camp médical et les professionnels (et/ou le personnel des unités de soins), des difficultés d'arrimage interprofessionnelles sont aussi observées. En effet, pour être efficace dans leurs interventions, une plus grande concertation entre les différents professionnels (travailleurs sociaux, physiothérapeute, infirmières de liaisons, nutritionniste), ainsi qu'avec le personnel des unités de soins, permet d'avoir un portrait plus global de la santé du patient et des besoins d'interventions pour faciliter sa réintégration dans la communauté. Cet arrimage interprofessionnel est considéré sous optimal par les participants rencontrés et plus particulièrement ceux de l'hôpital 1. En effet, contrairement à l'hôpital 2 où les professionnels sont distribués par unité de soins, les professionnels de l'hôpital 1 sont répartis par spécialité médicale : faisant en sorte que les professionnels se promènent sur plusieurs unités de soins et ont par conséquent plus de difficultés à échanger entre eux (et aussi avec le personnel de l'unité de soins) sur la situation du patient. Les propos suivants des participants B et E témoignent des impacts de la distribution des professionnels par unité (hôpital 2) versus par spécialité (hôpital 1).

Ils [hôpital 2] ont des bureaux, c'est physique ..., ils ont des locaux interdisciplinaires. ... ils se retrouvent dans la même pièce à écrire leurs notes. ... les échanges sont beaucoup plus [fréquents]... (Participant B)

Avant [le projet PPCC] il y avait des infirmières de liaison qui ne faisait que de l'hébergement : ...[elles] faisaient tout l'hébergement de l'hôpital 1. Il y en avait qui faisait que de la reloc. [relocalisation] : ... [elles] faisaient toute la reloc. de l'hôpital. ... fait que tu te retrouvais avec 5-6 infirmières de liaison qui venaient une fois de temps en temps ici [sur l'unité de soin de l'hôpital 1]) dans la semaine, qu'on n'avait pas de lien direct avec la liaison. (Participant E)

Les communications interprofessionnelles transigent d'ailleurs principalement par l'AIC et ce autant pour la transmission d'informations entre les professionnels que celles entre ces derniers et les médecins. Cette pratique de communication entraîne une certaine perte d'informations sur la situation du patient et aussi une surcharge de travail de la part de l'AIC qui doit s'occuper de faire le suivi de l'information entre ces derniers. D'ailleurs, pour faciliter cette

communication, des rencontres interdisciplinaires ont lieu environ une fois par semaine. Malheureusement, ces rencontres hebdomadaires ne suffisent pas pour suivre l'évolution de la planification des congés des patients vulnérables. De plus, la participation à ces rencontres est variable de la part des médecins et les patients vulnérables peuvent nécessiter une plus forte intensité de concertation pour s'assurer d'avoir un congé de l'hôpital efficace et efficient. Une déficience dans cette communication interprofessionnelle peut donc entraîner des délais dans le congé du patient.

Outre les difficultés de communications interprofessionnelles, la méconnaissance et une certaine confusion dans la répartition de certaines pratiques de planification de congés occasionne des problèmes d'efficience dans le parcours des patients. On souligne notamment que plusieurs infirmières de chevet ne connaissent pas le rôle qu'elles pourraient jouer dans la planification des congés. Pour ce qui est des autres professionnels, certaines tensions existent entre ces derniers concernant les pratiques visant à faire un meilleur arrimage avec les services de la communauté.

[J']...ai ... des infirmières qui font les deux rôles là [soins et gestion], des fois elles sont assistantes [infirmière-chef], des fois elles sont sur le plancher [soins], là, on le voit, elles sont bien plus alertes Tu sais, elles intègrent beaucoup plus la planification de congés dans leur pratique au quotidien. La fille qui vient de finir l'école, son but ultime c'est que son patient respire là, tu sais. Fais que là, ... elle est stressée, puis elle veut juste s'assurer que le cœur va bien, que le patient respire bien, puis il faut qu'elle donne ses antibiotiques au bon moment. (Participant E)

Bien, dans ces rencontres-là [gestion nominative des longs séjours] qui sont une fois par semaine à hôpital 1, une fois par semaine à hôpital 2, avec des coordonnateurs, avec des chefs, puis les chefs d'unités, ils nous amènent leurs enjeux en lien avec des congés. Souvent, ce qui ressortait c'est qu'on attend des nouvelles du CLSC ou on attend après une requête TS ou on attend après l'infirmière de liaison. Puis là, l'infirmière de liaison ne veut pas s'impliquer parce qu'elle dit que c'est plus TS, la TS ne veut pas y aller vu que c'est plus l'infirmière de liaison. (Participant G)

4.1.3.1.4.3.4 *L'arrimage des pratiques avec les patients et les familles*

Les pratiques de planification des congés doivent tenir compte de l'arrimage avec les patients et leurs familles. Ces derniers doivent pouvoir être au courant et s'impliquer dans certaines prises de décisions en lien avec les services qu'ils reçoivent ou pourraient avoir. Des problèmes ont été soulevés concernant l'orientation des patients (après leur hospitalisation), d'une part, et d'autre part quant à l'implication des patients et des familles dans le parcours de planification des congés. En effet, les patients et les familles peuvent être en désaccord avec l'orientation post-hospitalière choisie (un hébergement en CHSLD par exemple) ou changer d'avis à la dernière minute alors que des démarches avaient déjà été entreprises : « les familles retardent souvent le congé, car elles ont beaucoup de difficulté à accepter la perte d'autonomie nécessitant un hébergement tant privé que public » (Participant D).

De plus, des patients ou des familles peuvent être peu impliqués dans la réalisation des démarches à réaliser à travers la planification des congés ou suivant la période d'hospitalisation. Des propositions d'amélioration ont été soulevées à cet effet dans le questionnaire d'évaluation de la planification des congés réalisé avant le démarrage du projet : « Améliorer la communication avec le patient et la famille (pour que le patient-famille se sentent plus impliqué et mieux renseigné) et l'amener à se responsabiliser et s'impliquer dans ses soins.» (Participant E). Il faut aussi prendre en considération les limites des services de la communauté et de l'hébergement qui peuvent contraindre le choix des patients et des familles à l'égard de l'orientation post-hospitalière.

4.1.3.1.4.4 D) Les problèmes d'arrimage des pratiques des unités de soins avec les services de la communauté.

Des problèmes sont aussi soulevés en lien avec la sortie des patients de l'unité de soins vers les services de la communauté (SAD des CLSC, Hébergement en CHSLD, RI, etc.). En effet, cette sortie peut être retardée en raison d'un manque de services dans la communauté (ou de disponibilité d'hébergement), mais aussi en raison de difficultés d'arrimage avec les différents services existants. L'obtention de ces services peut s'inscrire dans des démarches

lourdes et fastidieuses. Les évaluations hospitalières des patients en vue de l'obtention de services peuvent être incomplètes ou remises en question par le personnel des services de la communauté.

Outre les difficultés d'accès aux services de la communauté, les participants soulignent que le personnel des hôpitaux (1 et 2) n'a pas l'habitude de communiquer avec le CLSC pour vérifier la possibilité d'organiser des services qui permettront au patient de retourner à domicile. Ils soulignent aussi une méconnaissance et une méfiance du milieu hospitalier vis-à-vis des capacités de la 1re ligne (CLSC) à assurer un retour à domicile sécuritaire. Dans le cas où cette communication est établie, cette dernière doit pouvoir se faire à l'avance (ce qui peut faire défaut) afin de permettre au personnel du SAD (du CLSC) d'organiser les services en fonction de l'état de santé du patient. D'ailleurs, dans l'optique d'aider à faire le pont avec les services de la communauté, un chef de services SAD en milieu hospitalier aide les intervenants de l'hôpital à faire l'arrimage avec les services de la communauté que ce soit pour l'accès à l'hébergement ou pour les services à domiciles. Malgré sa présence, son service demeure sous-utilisé par les professionnels des hôpitaux (1 et 2). De plus, une culture de demande d'hébergement (en CHSLD par exemple) à partir de l'hôpital (1 et 2) est soulignée alors que les options de services à domiciles n'avaient pas été complètement explorées.

... tout ce qui est demande d'hébergement public à partir de l'hôpital, c'est moi [chef SAD en milieu hospitalier) qui s'en occupe. Ça doit être autorisé par le chef SAD en milieu hospitalier. Donc, les travailleurs sociaux aux unités, quand ils ont une demande d'hébergement, ils doivent m'appeler, puis moi mon objectif, c'est de les « challenger ». Puis, quand je parlais de tourner le bateau, bien c'est un peu ça, c'est de changer les façons de faire, puis de ne pas penser tout de suite que c'est un cas d'hébergement à partir de l'hôpital (1 et 2) ou de résilier le bail ou de dire que c'est trop lourd ou qu'on est rendu là ou... peu importe les expressions qu'ils utilisent. Fait que moi, c'est de les « challenger », c'est de voir est-ce qu'il est connu, non connu du CLSC? S'il est connu, est-ce que tu as fait le lien avec le CLSC, le SAD qui le connaît peut-être plus que toi là? Il est peut-être connu, il vient peut-être d'être évalué par une ergothérapeute, peut-être

qu'il a un lit d'hôpital à la maison, un lève-personne, il a peut-être [des] heures de services par semaine... Fait qu'il y a peut-être beaucoup ... de services en place, fait que là je fais le lien, m'assurer que ça a été fait avec le CLSC, puis s'ils sont non connus, bien on a avantage à les faire connaître ... (Participant G)

Ces difficultés d'arrimage avec les services de la communauté augmentent le temps de présence des patients sur les unités de soins (DMS) alors que ces derniers ne nécessitent plus de soins de la part de l'hôpital (NSA¹³). À l'opposé, si l'arrimage des services dans la communauté n'est pas fait et que le patient quitte trop rapidement l'hôpital, la santé de ce dernier peut se dégrader rapidement et favoriser ainsi un retour hâtif à l'urgence de l'hôpital. Le taux de réadmission à l'hôpital (dans les 7 jours et 30 jours) est d'ailleurs un indicateur suivi par l'hôpital et qui est aussi élevé à l'heure actuelle.

Plusieurs causes sont donc à l'origine des problèmes d'efficience et d'efficacité de la planification des congés (PC) dans les hôpitaux (1 et 2) du CIUSSS. Des enjeux reliés aux ressources disponibles autant au niveau intra qu'extrahospitalier sont soulignés. D'autres problèmes seraient davantage attribuables à la déficience (ou l'absence) de certaines pratiques de planification des congés à travers le parcours des patients dans les différents services. Cette déficience au niveau des pratiques de PC se reflète notamment à travers des problèmes de partage d'informations, de dédoublement d'interventions, de manque d'efficience et d'efficacité dans les collaborations interprofessionnelles et interorganisationnelles. Le projet PPCC aura donc comme ambition de répondre à certains de ces enjeux et c'est ce que nous explorerons à travers la description du projet dans la prochaine section.

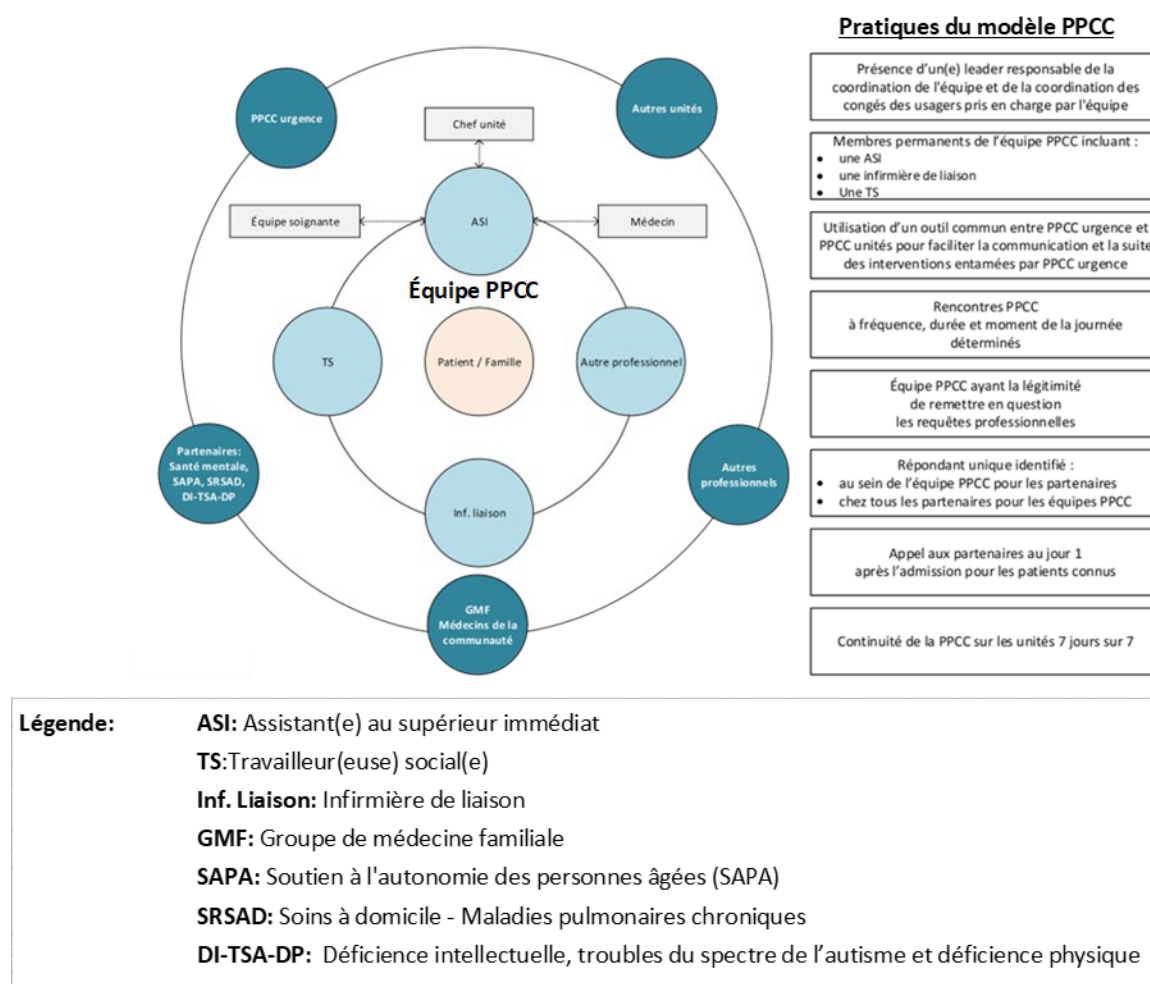
¹³ NSA (niveau de soins alternatifs) : qualifie les patients qui ne nécessitent plus de soins de l'hôpital, mais qui occupe un lit de l'unité. Les patients NSA sont suivis par un indicateur du même nom le taux de NSA/sur les unités de soins. Un taux que le personnel tente de garder le plus bas possible.

4.1.3.2 Les objectifs du projet PPCC

Le projet sous la loupe dans la présente recherche a pour but d'améliorer l'efficacité de la planification des congés des patients dont le retour à domicile pourrait être compromis : les patients identifiés comme nécessitant une planification précoce et conjointe des congés (Patient PPCC). Ledit projet vise à assurer une planification optimale des congés hospitaliers en repérant systématiquement les patients PPCC, tout en augmentant la concertation de l'équipe interdisciplinaire des unités de soins, des partenaires de l'urgence et de la communauté. Plus précisément, il consiste à implanter une approche de planification précoce et conjointe des congés (PPCC) sur 20 unités de soins de l'hôpital 1 et 2. Cette approche (**Figure 6**) sous-tend l'implantation d'un ensemble de nouvelles pratiques qui viendront favoriser un meilleur arrimage des pratiques professionnelles et organisationnelles à travers le parcours de soins des patients PPCC.

Figure 6

Approche de planification précoce et conjointe des congés sur les unités de soins



Note : Tiré du document : Forum participatif pour le déploiement d'une équipe PPCC sur les unités de soins.

Tel qu'illustré à la Figure 5 (cercle bleu pâle), l'approche PPCC repose sur une équipe (nommée quatuor) se composent habituellement d'une assistante-infirmière-chef (AIC (ou ASI)), d'un travailleur social (TS), d'une infirmière de liaison (IL) et d'un professionnel des services de réadaptation (un physiothérapeute, un ergothérapeute, etc.). Ces derniers peuvent changer en fonction des problématiques de santé et des services spécifiques de l'unité de soins.

Une nutritionniste peut parfois se joindre au quatuor en question. Dans certains cas, on parlera d'un quinto, car plusieurs professionnels sont requis pour faire le suivi des patients PPCC.

À l'hôpital 1, la mise en place des équipes PPCC a été facilitée par le déploiement des professionnels par unité de soins (autre projet du CIUSSS, mais réalisé en cohérence avec le projet PPCC). Contrairement à l'hôpital 2 où les professionnels étaient déjà répartis par unités de soins, les professionnels qui travaillaient à l'hôpital 1 étaient répartis par spécialité médicale et offraient des services à des patients répartis sur plusieurs unités de soins. Le déploiement des professionnels par unité favorisait donc l'implantation des équipes PPCC sur les unités de soins.

[...] il y a le projet de PPCC, mais comme je disais parallèlement il y a tout le projet de répartition des professionnels par unité de soins. Parce que pour avoir un PPCC qui fonctionne avec des quatuors, parce que le principe du PPCC c'est d'avoir des quatuors d'intervention qui, par unité, qui suit les 40 patients de l'unité au niveau des délais de prise en charge, puis des planifications de sortie. Donc, pour pouvoir faire ça, bien il faut répartir nos professionnels par unité parce que les professionnels en étant répartis par spécialité, peuvent se promener sur 5-6 unités différentes là. (Participant F)

Le projet PPCC n'a pas pour ambition de résoudre l'ensemble des problèmes de planification des congés énumérés dans la section 4.3.1. Notamment en raison du fait qu'aucun ajout de ressources (humaines, matérielles et financières) n'a été octroyé au projet. Par exemple, une partie des délais dans la PC peuvent être diminués en raison d'une bonification des pratiques, mais certains délais de prise en charge des patients sont aussi attribués à un ratio de patients/ressources humaines parfois trop élevé.

... ce n'est pas comme on ajoute des TS [travailleurs sociaux], on ajoute des ergo[thérapeutes], on ajoute des physio[thérapeutes], on ajoute de la liaison ... et là on prend 100% de la clientèle et on les suit pas à pas... ce n'est pas ça là [l'approche PPCC], on n'a pas d'ajout de ressources. Et on revoit, le processus, on voit la façon de faire et la façon de travailler et ce qu'on veut. [Ce] qu'on a établi dans le fond [c'est] une hiérarchisation des besoins de la clientèle ... on va établir qui ont plus de besoins à

cause de leur précarité et là, eux, on va concerter davantage l'interdisciplinarité pour justement ne pas les échapper dans des mailles de filet ... (Participant M)

Enfin, même si l'approche PPCC implique la création de liens avec les urgences et les services de la communauté, son implantation sera surtout concentrée sur les unités de soins. Des pratiques de PPCC avaient d'ailleurs été implantées quelques années auparavant aux urgences afin que le personnel puisse rapidement faire des liens avec les services de la communauté et référer les patients de l'urgence en conséquence : limitant ainsi les hospitalisations. L'implantation du projet PPCC sur les unités de soins s'inscrit donc dans la continuité du projet qui avait été lancé aux urgences (PPCC urgence).

En ce qui concerne les objectifs spécifiques visés par le projet, ils sont au nombre de quatre et convergent tous à résoudre les différents problèmes d'arrimage des pratiques de planification des congés relevés à la section précédente :

A) **Standardiser les pratiques de planification des congés à travers chacune des étapes du parcours de soins des patients.** En effet, tel qu'illustré à la **Figure 7**, différentes tâches et responsabilités sont attribuées à différents membres du personnel (médecins, équipe soignante, AIC, etc.) et ce en fonction de moments précis dans la trajectoire de soins des patients : de leur arrivée à l'urgence jusqu'à la sortie de l'unité de soins vers les services de la communauté. Certaines pratiques étaient déjà présentes, mais le projet PPCC visait à les bonifier et à systématiser leur utilisation tout au long du parcours de soins. Notons que les patients et leurs familles sont aussi impliqués dans cette trajectoire.

B) **Améliorer la collecte et la circulation de l'information sur le patient et ses services.**

Afin de repérer rapidement les patients PPCC et d'éviter la perte d'information, notamment entre l'urgence et les unités de soins, une nouvelle pratique de collecte de données a été implantée à l'urgence. Cette collecte de données devait être bonifiée sur les unités de soins et faciliter ainsi le choix des interventions à entreprendre auprès des patients. La collecte d'informations visait aussi à être bonifiée par l'entremise d'une plus grande utilisation des systèmes informatiques existants.

C) Augmenter la concertation interdisciplinaire autour des patients PPCC.

À la section 4.1.3.1.4.3.3 plusieurs problèmes au niveau de la concertation interdisciplinaire ont été soulevés au niveau des unités de soins (**Tableau 10**). L'amélioration de cette concertation devait être favorisée notamment par la mise en place d'une équipe interdisciplinaire sur les unités de soins (équipe PPCC) qui se rencontrait de façon régulière (en caucus) pour discuter des suivis et des orientations des patients PPCC. Ces rencontres devaient être bonifiées par l'utilisation d'un nouvel outil centralisé de suivis des patients. De plus, des changements à la pratique des requêtes professionnelles ont été apportés afin d'obtenir une meilleure adéquation entre les services professionnels demandés et les besoins des patients.

D) Améliorer l'arrimage des services de l'hôpital avec ceux des services de la communauté notamment avec les services à domicile du CLSC. Par l'entremise notamment de la pratique du rôle de répondant, une communication plus rapide avec les services de la communauté a été préconisée afin d'obtenir plus rapidement de l'information sur le patient, d'éviter les dédoublements d'interventions et faciliter le retour du patient (après son hospitalisation) vers ces services.

4.1.3.3 Description des principaux livrables du projet PPCC

Afin d'atteindre les objectifs spécifiques ci-dessus, cinq nouvelles pratiques (livrables) ont été mises en œuvre : (1) la collecte de données sur le patient, (2) l'utilisation d'un outil de suivi centralisé des patients PPCC, (3) les rencontres d'équipe PPCC (caucus), (4) la démocratisation des requêtes professionnelles ainsi que (5) la nouvelle pratique du rôle de répondant.

Au **Tableau 10** est présenté dans une première colonne les zones d'arrimages, une synthèse des problèmes d'arrimages retrouvés dans chacune des 4 zones, un résumé des objectifs du projet PPCC présenté à la section précédente rattachée à chacun des problèmes d'arrimages et enfin, les principaux livrables que nous allons détailler dans les paragraphes qui suivent.

Figure 7

Processus de planification précoce et conjointe des congés (PPCC) sur les unités de soins



Tableau 10

Les objectifs et les nouvelles pratiques de planification des congés (livrables du projet PPCC) en lien avec les problèmes d'arrimage des pratiques identifié

| Zone d'arrimage | Problèmes d'arrimage des pratiques | Objectifs du projet | Nouvelles pratiques (livrables) |
|---|--|---|---|
| A. Entre l'urgence et les services de la communauté | <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté d'accès des urgences aux informations sur le patient de la 1^{re} ligne (CLSC) • Manque d'information dans la collecte de données sur le patient à l'urgence. | Améliorer la collecte et la circulation de l'information sur le patient et ses services | Collecte de données à l'urgence avec repérage des Patients PPCC |
| B. Entre l'urgence et les unités de soins | <ul style="list-style-type: none"> • Perte d'informations sur le patient dans le transfert entre l'urgence et les unités de soins. • Dédoublage des évaluations et interventions faites à l'urgence et sur les unités de soins. | Améliorer la collecte et la circulation de l'information sur le patient et ses services | Collecte de données à l'urgence avec repérage des Patients PPCC |
| C. Entre les professionnels des unités de soins | <ul style="list-style-type: none"> • Requêtes professionnelles au mauvais moment / non pertinentes / imprécises • Annonce tardive, du médecin, du congé médical du patient • Communication interprofessionnelle sur le suivi du patient difficile. • Communication / transmission d'informations difficile avec l'équipe médicale. • Ambiguïté des rôles en lien avec la planification des congés. • Difficile collaboration de la famille en lien avec l'orientation du patient. • Documentations en prévision du congé tardives et parfois incomplètes. | <p>Améliorer la collecte et la circulation de l'information sur le patient et ses services</p> <p>Augmenter la concertation interdisciplinaire autour des patients PPCC</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Poursuite de la collecte de données initiée à l'urgence • Utilisation d'un outil de suivi centralisé des patients PPCC • Rencontre des équipes PPCC sur les unités de soins (caucus). • Démocratisation des requêtes professionnelles. |

| Zone d'arrimage | Problèmes d'arrimage des pratiques | Objectifs du projet | Nouvelles pratiques (livrables) |
|--|---|--|--|
| D. Entre l'unité de soins et les services de la communauté | <ul style="list-style-type: none"> • Communication difficile avec les services de la communauté • Duplication des rôles entre les professionnels de l'hôpital et ceux de la première ligne (SAD) pour un même usager. • Sortie parfois trop hâtive des patients sans arrimage optimal avec les services de la communauté=réadmission. • Démarche lourde et fastidieuse pour avoir des services. • Remise en question, par les services de la communauté, des évaluations de l'hôpital. | Améliorer l'arrimage des services de l'hôpital avec ceux des services de la communauté | La nouvelle pratique du Rôle de répondant. |

4.1.3.3.1 *La collecte de données sur le patient.*

Dans l'objectif de bonifier la cueillette d'information sur le patient PPCC et d'éviter le dédoublement des interventions entre l'urgence et les unités de soins, une nouvelle pratique de collecte de données sur le patient a été mise en place. Cette pratique prend appui sur une ressource (un outil multidisciplinaire) permettant d'identifier les différents facteurs de vulnérabilité du patient ainsi que les services qu'il reçoit actuellement pouvant compromettre un possible du retour à domicile du patient et d'informer le personnel des unités de soins en conséquence.

La collecte de données est idéalement initiée par les membres de l'équipe PPCC des urgences et complétée ensuite par le personnel de l'unité de soins. Avant le projet PPCC, la pratique de la collecte de données n'était pas faite de façon systématique. De plus, chaque unité de soins avait son propre mode et outil de collecte de données sur les patients. La collecte de données développée dans le cadre du projet PPCC visait une certaine standardisation de la pratique autant en ce qui concerne le type d'informations à aller recueillir que le moment, dans le parcours de soins, que cette collecte de données doit être faite. Notons ici que le nouvel outil de collecte de données a fait l'objet d'une consultation auprès des patients partenaires du CIUSSH qui l'ont baptisé ensuite comme étant le « questionnaire pour mieux vous connaître et vous accompagner ». Un terme qui sera parfois employé dans les propos des participants de la recherche.

4.1.3.3.2 *L'Utilisation d'un outil de suivi centralisé des patients PPCC.*

Avant le projet PPCC, chaque unité de soins avait sa propre façon et ses outils pour faire le suivi des patients. Globalement, l'assistante infirmière-chef (AIC) était responsable de faire le suivi des patients de son unité en communiquant avec les professionnels et les médecins pour savoir où en était le suivi de chacun des patients et leur congé potentiel de l'hôpital. Au cours du projet, il y a eu la création d'une nouvelle ressource : un outil de suivi des patients PPCC à l'aide d'un tableau Excel. Cet outil vise à uniformiser la façon de colliger l'information sur les patients pour le suivi de leur hospitalisation. Il vient ainsi transformer et standardiser les

pratiques ayant trait aux communications interprofessionnelles. Au lieu que toute l'information transige par l'AIC, l'information est colligée dans nouvelle ressource (un tableau Excel commun) où chaque professionnel doit aller remplir la section qui le concerne dans le tableau. L'AIC peut donc obtenir des informations sur le suivi des patients à travers cette ressource sans devoir communiquer directement avec le professionnel en question. Elle peut aussi transmettre l'information au médecin à l'aide de cette ressource. L'outil de suivi commun (le tableau Excel) sert aussi pour les rencontres de caucus PPCC (15-20 minutes) sur les unités où un quatuor de différents professionnels avec l'AIC se réunit pour faire le point sur la planification de congés des patients PPCC.

4.1.3.3.3 *Les rencontres de l'équipe PPCC (caucus).*

Avant le projet PPCC, les différents professionnels (travailleurs sociaux, infirmière de liaison, physiothérapeute, nutritionniste, etc.) avec les assistantes-infirmières-chefs (AIC) tenaient des rencontres interdisciplinaires pour discuter du suivi des patients sur l'unité. La participation des médecins à ces rencontres était très variable. Ces rencontres pouvaient durer entre 1h et 1h30 et avaient lieu environ une fois par semaine dans le cas de l'Hôpital 1 alors qu'elle pouvait se tenir de façon plus fréquente à l'hôpital 2 en raison d'un déploiement des professionnels par unité. Le projet PPCC visait à implanter la pratique des caucus sur les unités de soins. Il s'agit de rencontres éclairées de 15-20 minutes (entre 3 à 5 fois par semaine) où les différents membres du quatuor se rencontrent pour faire le suivi des patients PPCC sur leur unité. Ces derniers, s'appuyant sur l'information recueillie à travers la collecte de données sur les patients ainsi qu'à travers les informations inscrites dans le tableau Excel commun, discutent du suivi des patients ainsi que de leur orientation. C'est aussi lors de ces rencontres que les membres du caucus vont élaborer des requêtes professionnelles pour les patients. De plus, ils vont aussi prendre le temps de discuter sur les requêtes des médecins et annuler celles qu'ils jugent non nécessaires.

4.1.3.3.4 *La démocratisation des requêtes professionnelles.*

Un changement de pratique important apporté par le projet PPCC est la démocratisation des requêtes professionnelles. Avant le projet PPCC, seulement les médecins avaient le pouvoir de faire ou d'annuler une requête afin d'obtenir des services professionnels (travailleurs sociaux, infirmière de liaison, physiothérapeutes, nutritionnistes, etc.) pour un patient. Ce pouvoir exclusif octroyé aux médecins obligeait l'AIC (et les chefs d'unité) à faire plusieurs allers-retours dans leurs communications avec les médecins afin d'obtenir les requêtes professionnelles nécessaires ou à l'inverse, demander au médecin de justifier ou d'annuler des requêtes qu'il avait faite et dont les professionnels et le personnel de l'unité jugeaient non nécessaires. La démocratisation des requêtes professionnelles va permettre aux membres des caucus (quatuor) de pouvoir faire et aussi d'annuler des requêtes faites par les médecins initialement, et ce sans attendre leurs recommandations à cet effet. Une nouvelle ressource a été développée (un formulaire de requête) afin d'aider les professionnels et les médecins à mieux cibler leurs demandes de requêtes professionnelles auprès des patients PPCC.

4.1.3.3.5 La nouvelle pratique du rôle de répondant.

Le répondant est le professionnel, identifié par l'équipe PPCC, qui a pour mandat de faire le pont entre les services de l'hôpital et ceux de la communauté, et ce durant toute la durée de l'hospitalisation du patient. Il va notamment communiquer avec les services de la communauté (CLSC) pour les informer de la présence du patient PPCC à l'hôpital et pour récupérer de l'information sur les services offerts par la communauté (si c'est le cas). À l'inverse, il agit aussi à titre de répondant du patient PPCC pour les professionnels du CLSC qui ont des questions sur le patient ou qui veulent organiser une visite du patient à l'hôpital. Le répondant transmet l'information à l'équipe PPCC lors des rencontres de caucus et initialement par la ressource qu'est le tableau Excel. Avant la fin du séjour du patient, le répondant contacte les services de la communauté (CLSC) pour transmettre l'information nécessaire sur le patient et s'assurer de l'organisation des services en conséquence. Il a notamment la responsabilité de s'assurer que les demandes de services interétablissements ont été réalisées auprès des établissements concernés.

Le rôle de répondant a créé beaucoup de confusions et de résistance au début du projet. Plusieurs tentatives ont été réalisées afin de réajuster le rôle de répondant ainsi que sa mise en œuvre définitive. À la suite de ces tentatives, le rôle de répondant a été ajusté et renommé comme étant l'intervenant principal¹⁴ à la fin avril 2019. L'intervenant principal est le premier intervenant à intervenir auprès du patient : il doit communiquer avec les services de la communauté (CLSC par exemple) pour les informer de la présence du patient à l'hôpital et pour récupérer des informations sur sa situation de santé et les services qu'il reçoit. Toutes les autres responsabilités octroyées au rôle de répondant initialement ont été redistribuées entre les différents professionnels. Bref, l'intervenant principal ne joue plus le rôle d'intervenant pivot (du patient) comme prévu initialement avec le rôle du répondant : cette responsabilité a été transférée à tous les membres de l'équipe PPCC responsable du patient PPCC.

Il faut considérer que les différentes ressources (outils) reliées à ces différents livrables ont été travaillées en sous-comité avant d'être déployées sur les unités de soins. Les outils et pratiques développés initialement ont fait l'objet de plusieurs ajustements et modifications tout au long de la période d'implantation des projets pilotes observés.

En somme, et à la lumière des objectifs et les livrables qui en découlent, le projet PPCC a consisté à mettre en œuvre l'approche PPCC en implantant et en standardisant/uniformisant l'utilisation de nouvelles pratiques de planification des congés à travers tout le parcours des patients en portant une attention particulière à celles sur les unités de soins des hôpitaux 1 et 2. Des pratiques qui viendront améliorer la circulation de l'information sur les patients, bonifier la concertation interdisciplinaire et renforcer l'arrimage des services entre l'hôpital et ceux de la communauté (principalement ceux des CLSC).

¹⁴ Malgré le fait que le rôle de répondant a été modifié pour devenir l'intervenant principal, certains participants ont eu tendance à conserver le terme de répondant dans leurs propos lors des entrevues.

Examinons maintenant les balises à l'intérieur desquels le projet PPCC a été réalisé : les facteurs de contingences pour reprendre l'expression phare de la gestion de projet.

4.1.3.4 Les contingences au projet PPCC

Dans cette section nous faisons porter l'attention sur 4 facteurs de contingences : les délais, les ressources, la gouvernance, les indicateurs de performance.

4.1.3.4.1 *La période de réalisation du projet (délais)*

Le projet a débuté au printemps 2018 et devait se terminer en avril 2020. La conception du projet et la mise en place de sa gouvernance se sont réalisées en 2018. À partir du mois de février 2019, et ce pendant une période de trois mois, le projet a d'abord été implanté sur trois unités de soins des hôpitaux 1 et 2. Par la suite, trois autres unités ont été ciblées pour implanter le projet. En juillet 2019, six projets pilotes sur vingt avaient été implantés. Rappelons que c'est l'implantation de ces six projets pilotes qui a fait l'objet de la période d'observation de cette thèse. L'implantation des 14 autres unités devait se faire entre septembre 2019 et avril 2020. Malheureusement, l'arrivée de la pandémie de la Covid-19 a retardé la finalisation du projet.

4.1.3.4.2 *Les ressources attribuées au projet*

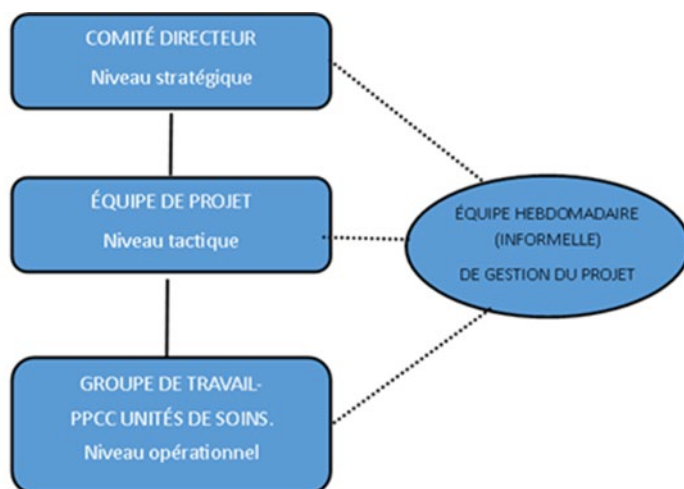
La réalisation du projet devait se faire sans l'ajout de ressources humaines, financières et matérielles (au niveau informatique principalement). L'implantation du modèle PPCC sur les unités de soins devait donc se faire avec les ressources existantes. Cependant, des coûts indirects ont été générés par le projet, notamment ceux associés à la participation du personnel aux différentes réunions du projet et dans la conception des outils/formulaires. En effet, les membres du personnel des unités de soins qui participaient aux activités et réunions du Projet PPCC nécessitaient d'être remplacés pendant ces activités afin d'éviter les bris de services sur les unités de soins. La réalisation du Projet PPCC a donc entraîné des coûts indirects qui ont été absorbés à même le budget d'opération des différentes directions du CIUSSS.

Tu sais, dans le fond, il n'y a pas de ressources qui ont été dédiées uniquement pour le projet. Toutes les ressources qu'on utilise, bien tu sais, les ressources humaines qu'on utilise, c'est des ressources qu'on va puiser, tu sais, à même les ressources de base de l'organisation dans le fond qui viennent prioriser le PPCC dans leur direction, leur affaire là, ils le mettent comme premier dans leur direction. (Participant M)

.... financier oui parce qu'il y a un coût de main-d'œuvre ; le fait de la libérer [AIC], je suis obligé de la remplacer, donc ça, ça a un coût. Je suis soit avec du TS [temps supplémentaire] ou une autre personne que je prends en plus, mais elle aussi je la paie sur mon budget à moi, ce n'est pas le budget de la PPCC. (Participant C)

4.1.3.4.3 *La gouvernance du projet PPCC*

Le projet PPCC est porté principalement par la direction des soins infirmiers (DSI) en collaboration avec la direction des services aux personnes âgées en perte d'autonomie (SAPA). Les deux gestionnaires principaux du projet viennent d'ailleurs de chacune de ces directions. Outre ces deux porteurs principaux, le projet implique la collaboration de presque toutes les directions du CIUSSS : DSAPA, DSI, DSM, DSP, DSMD, DSI-PP, DSM-PP, DQÉPÉ, DRHCAJ (voir liste des abréviations et des sigles). L'ensemble de ces directions font partie de la gouvernance du projet qui est répartie sur trois paliers. La **Figure 8** illustre la structure de gouvernance du projet PPCC.

Figure 8*Structure de gouvernance du projet PPCC*

Le comité directeur est le premier palier. Il est l'organe qui dirige le CIUSSS et qui détermine les grandes orientations et paramètres du projet. Il constitue le niveau stratégique du projet. Il est composé principalement des directeurs de l'organisation (ou de leur direction adjointe), de représentants du bureau de la performance et des gestionnaires du projet PPCC. Sur un plan plus tactique (second palier), on retrouve l'équipe de projet qui est responsable de la planification et du suivi de la mise en œuvre du projet. Elle est majoritairement constituée de coordonnateurs des différentes directions impliquées (dont quatre médecins), des gestionnaires du projet et de représentants du bureau de la performance (DQÉPÉ). Enfin, au troisième palier on retrouve le groupe de travail-PPCC unités de soins dont le principal mandat est l'implantation du projet, et corolairement la mise en œuvre de pratique de PPCC, sur les unités de soins. Participent à ce groupe, les chefs d'unité de soins (médecine et chirurgie), les chefs des services professionnels (réadaptation, psychosociale, nutrition et infirmières de liaison), des conseillères-cadres au développement des pratiques (soins infirmiers, processus cliniques), des responsables du bureau de la performance et les gestionnaires du projet. De plus, les assistantes-infirmières-chefs (AIC) des projets pilotes (en implantation) participaient au groupe de travail lors de l'implantation de leurs projets sur leurs unités respectives.

Le groupe de travail-PPCC unités de soins était selon certains participants, le groupe le plus important du projet. En effet, outre la participation au développement des nouveaux outils et à la mise en œuvre de nouvelles pratiques de planification des congés, c'était le groupe qui pouvait réellement témoigner et faciliter l'adéquation des orientations et ambitions du projet avec la réalité terrain. Si les membres de ce groupe n'adhéraient pas aux nouvelles pratiques, donc au livrables du projet PPCC, et ressources (outils) à mettre en place, ledit projet ne pourrait pas s'implanter concrètement.

À mon avis... le plus important, c'est [le] groupe de travail, c'est celui dans lequel tu (le chercheur) es. À cause ... de ma lorgnette à moi de dire qu'on a beau avoir les projets les plus beaux sur papier, mais si ça ne marche pas avec la réalité dans la vraie vie, ça ne nous donne rien de le faire. (Participant M)

En parallèle à ces trois paliers de gouvernance officielle du projet, il y avait une équipe hebdomadaire (informelle) de gestion du projet. Cette équipe était composée des gestionnaires du projet et de membres de la DQÉPÉ. Il s'agissait d'une certaine façon du comité de pilotage du projet qui soutenait les gestionnaires de projet dans leurs différents mandats et dans la préparation des rencontres avec les équipes des trois niveaux de gouvernance. De plus, pour le développement de différents outils et formulaires reliés aux nouvelles pratiques mises en œuvre, des équipes ad hoc ont été formées. Ces équipes pouvaient inclure des membres du groupe de travail avec des professionnels terrain qui avaient l'habitude d'utiliser les outils en question.

4.1.3.4.4 *Les indicateurs de résultats poursuivis*

Le projet PPCC vise à réduire différents délais dans le parcours de soins des patients PPCC dont la durée moyenne de séjour (DMS) sur les unités de soins, ainsi que le taux de réadmission des patients à l'urgence. Cette diminution de la DMS sur les unités de soins est tributaire de d'autres d'indicateurs qui doivent aussi être améliorés par l'entremise du projet PPCC:

- Le délai de prise en charge des patients par les différents professionnels de l'hôpital;
- Le délai pour déterminer l'orientation clinique du patient;

- Le délai de prise en charge des patients par les intervenants de la communauté (services de soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie par exemple).

Le projet PPCC devrait réduire l'ensemble de ces types de délais ainsi que le taux de réadmission des usagers hospitalisés dans les 30 jours. Outre ces indicateurs de nature quantitative, le projet vise globalement une amélioration de la qualité des services et la satisfaction des usagers.

4.2 La gestion du projet PPCC

La présente section a pour but de décrire comment a été géré le projet PPCC. Pour ce faire, nous allons prendre appui sur les principaux référents du guide PMBOK : un référentiel reconnu mondialement qui regroupe l'ensemble des bonnes pratiques, principes, outils et méthodes considérés comme essentiels pour gérer efficacement un projet (PMI, 2021). Cette description permettra, d'une part, de mieux comprendre les actions déployées pour favoriser la mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés (livrables du projet) et ce tout au long du cycle de vie du projet. Une attention particulière sera dédiée à la gestion des parties prenantes étant donné leur impact majeur sur la mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés. Notons au passage que la gestion du projet PPCC a bénéficié d'un support de la part du bureau de projet du CIUSSS.

D'autre part, cette description de la gestion du projet PPCC servira de point d'appui à celle qui sera présentée à la section 4.3 (*La mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés du projet PPCC sous l'œil de la théorie de la structuration*) et qui utilisera le cadre conceptuel de la théorie de la structuration de Stones (2005). Elle permettra notamment de comparer les facteurs de succès (ou d'échecs) des livrables du projet (mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés) en fonction de la lunette d'analyse utilisée : le guide PMBOK (PMI, 2021) versus la théorie de la structuration de Stones (2005).

Rappelons ici que la période d'observation du cas étudié concerne la portion d'implantation du projet PPCC sur les six premières unités de soins (phase de projets pilotes) et

ce pendant une période de six mois. Cependant, la documentation disponible et les entrevues avec les participants ont permis d'avoir de l'information sur les phases initiales du projet ainsi que sur les phases subséquentes. En raison de l'arrivée de la pandémie en 2020, le déploiement complet du projet n'a pu se réaliser sur l'ensemble des unités de soins prévues.

4.2.1 La conception du projet PPCC

La conception du projet s'est réalisée principalement en trois étapes qui ont mobilisé différents groupes de parties prenantes. Une première étape avec le comité directeur et les gestionnaires du projet afin d'identifier le projet qui pourrait venir pallier aux différents problèmes d'efficience des hôpitaux du CIUSSS dans la trajectoire des patients PPCC. Une deuxième étape ayant pour but de recueillir l'opinion des chefs d'unités de soins sur les principaux problèmes de planification des congés sur leur unité ainsi que leurs suggestions d'amélioration. À la suite de ces deux étapes, une grande consultation (forum participatif) auprès du personnel terrain (troisième étape) a eu lieu à l'automne 2018 afin de recueillir leurs commentaires sur le projet proposé. Dans les paragraphes ci-dessous, nous décrivons les principales actions ayant eu cours à l'intérieur de ces trois étapes ainsi que sur les principales conclusions issues de ces étapes. Le **Tableau 11**, présente une synthèse des faits saillants de la conception du projet PPCC.

4.2.1.1 Étape 1 : Une charte de projet, mais une absence d'études de faisabilité

Une charte de projet a été élaborée par les différentes directions du CIUSSS lors de la première étape de conception. Cette charte a été ajustée tout au long de l'implantation du projet PPCC. Elle mettait en lumière plusieurs enjeux et risques, en lien avec le succès du projet, qui se sont concrétisés lors de son implantation. Voici une liste des principaux enjeux et risques identifiés :

- Dû à l'importance de leur pouvoir dans le CIUSSS, **le non-ralliement des médecins** au projet avait été nommé comme étant un facteur de risque majeur pour le succès du

projet. Des expériences passées avaient montré que sans leur support, les projets étaient souvent voués à l'échec.

- Il y avait aussi une préoccupation à l'effet que la réalisation du projet exigerait une **utilisation des ressources humaines déjà très sollicitées** dans l'opérationnalisation des services réguliers de l'hôpital. Le temps disponible du personnel, à la réalisation des activités reliées au projet, était donc très limité.
- Des inquiétudes ont aussi été nommées à l'effet que **le projet ne disposait d'aucune ressource (humaines et financières) supplémentaire** et qu'il devait être à coût zéro : des outils informatiques (autres que ceux existants) ne pourraient pas être développés pour faciliter la mise en œuvre des nouvelles pratiques.
- **L'ancrage des pratiques cliniques et organisationnelles existantes** a été soulevé comme étant un défi important à relever pour la mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés - livrables du projet. Des expériences passées avaient démontré qu'il était très difficile pour le personnel de changer leurs pratiques.

Contrairement à l'analyse des enjeux et des risques, il n'y a pas eu d'analyses de faisabilités (technique, matérielle et financière). D'ailleurs, la réalisation du projet entraînait certains défis logistiques, financiers et cliniques. En plus de la libération du personnel des unités de soins (pour la participation aux activités du projet) évoqué plus haut qui entraînait des coûts, la mise en place de rencontres interdisciplinaires et le déploiement des professionnels sur les unités de soins entraînaient des besoins de locaux, d'ordinateurs et d'espace de rencontres.

... ceux qui écopent de ça [le déploiement des professionnels par unité de soins] présentement ce sont les médecins consultants, parce que les médecins consultants étaient habitués quand ils venaient sur l'unité d'avoir accès facilement à des ordinateurs, mais là on a une infirmière de liaison dédiée ici, on a deux TS [travailleurs sociaux] dédiés ici, on un physio [physiothérapeute] qui passe beaucoup de temps ici. Fait que ces quatre personnes-là s'approprient chacun, ou à peu près tous, un ordinateur. Fait que,

souvent, tu sais, j'ai peut-être en tout, j'ai peut-être six ordinateurs qui sont dédiés à tous les médecins consultants, tous les professionnels qui passent. Sur les six ordinateurs, j'en ai peut-être trois ou quatre de mobilisés presque à la journée longue par un professionnel. (Participant E)

Outre l'absence d'analyse de faisabilité, il n'y a pas eu d'évaluation des impacts négatifs possibles de l'implantation du projet sur les services. En effet, certains participants mentionnaient que l'augmentation des tâches interdisciplinaires et administratives liées aux nouvelles pratiques de planification des congés du projet PPCC pouvait avoir un impact sur le temps disponible pour les pratiques cliniques et par conséquent sur le temps de prise en charge des patients. D'autres s'inquiétaient du temps qui allait rester pour intervenir auprès des autres patients qui n'étaient pas identifiés PPCC.

.... c'est comme si on proposait quelque chose [nouvelles pratiques de planification des congés du projet PPCC] sans mesurer l'ampleur de ce qu'on proposait, fait que c'est comme si on proposait comme si ça allait passer comme dans du beurre vraiment en disant... bien, et moi, je crois que je me disais, bien il y a des enjeux cliniques ici qu'on n'a pas... ciblé et qu'on sous-estime. (Participant K)

Je me la pose la question, je n'y réponds pas là, mais est-ce que le fait de concentrer toutes les énergies sur les patients PPCC, est-ce qu'on ne va pas se retrouver un moment donné avec des retards de congé dans les autres patients? (Participant B)

4.2.1.2 Étape 2 : Réalisation d'un portrait de la situation sur la planification des congés

Une démarche de consultation a eu lieu afin d'avoir un meilleur portrait des pratiques et des problèmes entourant la planification de congés (PC). Un questionnaire d'évaluation de la PC a été rempli par les chefs d'unités de soins ciblées par le projet. Un bilan recensant les bonnes pratiques de PC, les problèmes (dont les délais) et leurs causes a ensuite été réalisé. Les problèmes de planification des congés (deuxième étape) ayant déjà fait l'objet d'une description

dans une section précédente (4.1.3.1), nous n'allons pas aller plus loin dans la description de cette étape.

4.2.1.3 Étape 3 : Grande consultation auprès du personnel terrain impliqué dans la planification des congés

Même si le projet PPCC (et ses nouvelles pratiques de planification des congés) s'inspirait principalement d'un projet ayant été déployé dans un autre hôpital du Québec, il a fait l'objet d'une consultation (automne 2018) sous la forme d'un forum participatif auprès du personnel (200 personnes) impliqué dans la PC. L'objectif de cette consultation n'était pas de remettre en cause le projet, mais d'explorer si des modulations aux nouvelles pratiques de planification des congés pouvaient être considérées en fonction de la réalité particulière des différentes unités de soins à l'intérieur des hôpitaux du CIUSSS: « ... le comité directeur nous a demandé d'implanter quelque chose qui serait assez pareil d'une unité à l'autre, mais avec de la flexibilité pour que ça rencontre le besoin clinique. » (Participant M). Les principaux modulables extraits du rapport du forum participatif se situaient au niveau de la composition des équipes PPCC (caucus), de la fréquence et de la durée des rencontres (caucus) de l'équipe PPCC. À la suite de cette consultation, le projet a été quelque peu modifié et a fait l'objet de présentation auprès de différents groupes de parties prenantes à l'intérieur du CIUSSS.

... on n'allait pas refaire un autre forum participatif en février (2019), tu sais, pour expliquer au monde c'était quoi les changements qu'on avait intégrés finalement. Fait que là on est allé plus comme dans une vague de communication plus ciblée, à des groupes qu'on fait vraiment avec, que les professionnels avec les infirmières de liaison, parce que là c'était deux groupes qui allaient être beaucoup touchés dans le projet... et après ça, on est allé rencontrer les syndicats puis les conseils professionnels.

[...]

on avait préparé une présentation PowerPoint là. Et on est allé les rencontrer et on leur a expliqué vraiment le projet, qu'est-ce qu'il est en train de devenir après le forum participatif, etc. (Participant M)

Notons que le personnel terrain impliqué dans la PC a été consulté principalement en ce qui a trait à l'opérationnalisation du projet. En effet, le forum participatif n'avait pas pour ambition de remettre en cause le projet lui-même, mais bien de voir comment les pratiques de ce dernier pourraient s'actualiser sur les unités de soins.

Tableau 11

Faits saillants de la conception du projet PPCC

| ACTIONS | FAITS SAILLANTS |
|---|--|
| Réalisation d'une charte de projet avec une analyse de risques | <p style="text-align: center;"><u>Risques et enjeux identifiés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ancrage possible des pratiques existantes. ○ Opposition possible des médecins au projet. ○ Ressources humaines très sollicitées par les services actuels. ○ Absence de ressources (humaines, matérielles et financières) dédiées au projet. |
| Absence d'études de faisabilités et d'analyse d'impacts du projet sur les ressources et les pratiques existantes. | <p style="text-align: center;"><u>Impact de la mise en place des nouvelles pratiques de planification des congés sur les ressources :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Présence de coûts indirects du projet : remplacement du personnel qui participe aux activités du projet. ○ Surutilisation, par le projet, des ressources humaines existantes. ○ Besoins d'ajustements des installations et matériels pour la mise en œuvre des nouvelles pratiques : ordinateurs, locaux pour les bureaux et rencontres par exemple. <p style="text-align: center;"><u>Impacts possibles de la mise en place des nouvelles pratiques de planification des congés sur les pratiques existantes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Diminution du temps clinique au profit des tâches interdisciplinaires. ○ Diminution du temps disponible pour les patients réguliers versus les patients PPCC. |

| ACTIONS | FAITS SAILLANTS |
|--------------------|--|
| Forum participatif | <p><u>Identification des aspects modulables (par unité de soins) des nouvelles pratiques de planification des congés du projet PPCC :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Composition des équipes PPCC (caucus). ○ Fréquence des rencontres de caucus. ○ Durée des rencontres de caucus. |

4.2.2 La planification du projet PPCC

La planification initiale du projet PPCC a été élaborée en cohérence avec les principales phases du cycle de vie des projets du guide PMBOK (PMI, 2021). On y retrouve la phase de conception du projet qui visait à définir le projet et à l'adapter aux caractéristiques du CIUSSS. La phase d'implantation impliquait principalement le déploiement du projet sur les différentes unités de soins : un déploiement qui se faisait par vague de 3 à 4 unités de soins à la fois. Les deux premières vagues d'implantation du projet faisaient office de projet pilote. C'est au cours de ces vagues que les livrables du projet PPCC (nouvelles pratiques de planification des congés) étaient testés et ajustés afin qu'elles soient davantage en adéquation avec la réalité terrain. Le contrôle et le suivi du projet se faisaient au fur et à mesure de la mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés. La clôture du projet était précédée d'une analyse des résultats du projet ainsi que des apprentissages apportés par ce dernier. La planification du projet prévoyait aussi la réflexion sur les futurs mécanismes de pérennisation du projet PPCC.

Cette planification a changé en cours de réalisation du projet et a fait l'objet de différents ajustements. En effet, la fin du projet était initialement prévue pour la fin décembre 2019. À la suite de l'implantation du projet sur les six premières unités de soins (phase pilote), le projet devait s'implanter sur l'ensemble des autres unités de soins (14) pendant la période de l'automne 2019. La charge de travail sur les responsables du projet a été jugée trop importante pour l'automne 2019. Il aurait aussi manqué d'accompagnateurs sur les unités de soins pour supporter les équipes dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés.

du projet PPCC. Les quatorze unités restantes ont donc été déployées par vagues successives de trois à quatre unités à la fois.

Outre la phase de conception du projet déjà décrite dans la section précédente, les autres phases de déploiement du projet seront décrites de façon plus détaillée dans les prochaines sections. Malgré cette phase de planification initiale, le projet s'est développé et ajusté bien au-delà de ce qui avait été planifié et c'est ce que nous décrirons dans les prochains paragraphes.

4.2.3 L'implantation du projet PPCC

L'implantation du projet s'est déroulée suivant une approche ressemblant à celle du développement hybride (prédictive et adaptative) du guide PMBOK (PMI, 2021). Une phase de développement prédictive où les paramètres du projet PPCC ont été définis au départ. Les gestionnaires du projet connaissaient les nouvelles pratiques de planification des congés à déployer et avaient élaboré une planification assez détaillée pour les implanter. Cependant, le développement de ces nouvelles pratiques n'était pas terminé et il existait beaucoup d'incertitude quant à la réception et à l'engagement des différentes parties prenantes pour les implanter sur les unités de soins.

C'est un projet qu'on a développé dans l'action. Fait qu'on partait, on fait l'atelier d'appropriation, on partait la semaine d'après, mais tous nos documents étaient en test, tous nos processus étaient en test ... fait qu'on était juste dans l'inconnu là
...(Participant M)

De plus, l'implantation du projet devait se réaliser dans un contexte de surcharge des services en raison des impacts de la grippe saisonnière ainsi que de plusieurs autres défis déjà présents au CIUSSS: Éclosion aussi, roulement de personnel, pénurie, setting, temps supplémentaires obligatoires, nomme-le, sont pris (les hôpitaux) avec toutes ces affaires-là. (Participant N). Une approche de développement plus adaptative a donc été préconisée afin de faire face à cette incertitude quant à l'engagement des parties prenantes ainsi qu'à la complexité de l'environnement dans lequel les nouvelles pratiques de planification des congés

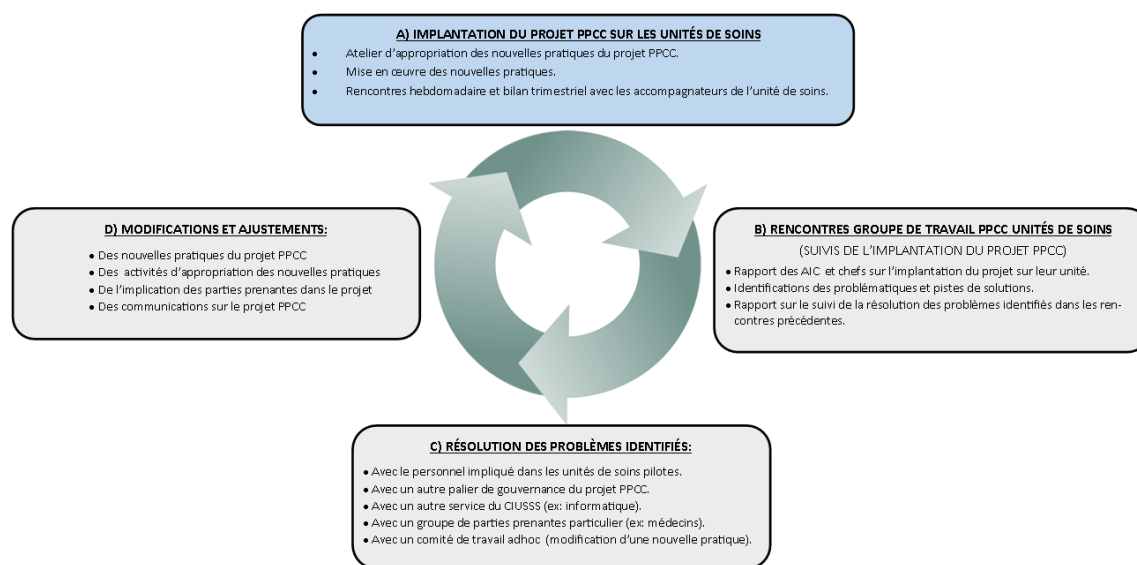
devaient s'implanter. Les prochains paragraphes serviront à décrire plus précisément le processus d'implantation du projet PPCC.

4.2.3.1 Le processus d'implantation du projet PPCC

La mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés a fait l'objet de plusieurs itérations. La **Figure 9** ci-dessous illustre le déroulement de la mise en œuvre des nouvelles pratiques pendant la phase pilote. Une mécanique de mise œuvre en forme de boucles d'amélioration continue : action, évaluation, ajustement et retour à l'action.

Figure 9

Processus d'implantation du projet PPCC



Note : la figure 8 a été créée par le chercheur en fonction des données empiriques recueillies.

Les nouvelles pratiques de planification des congés, livrables du projet PPCC, étaient d'abord utilisées par le personnel travaillant sur les unités de soins ciblés (voir rectangle A). Un rapport de cette implantation était ensuite présenté au groupe de travail PPCC sur les unités de soins (voir rectangle B) afin d'identifier les enjeux d'implantation des pratiques. Les problèmes identifiés étaient par la suite rapportés aux groupes de parties prenantes concernées ou à un autre palier de gouvernance du projet afin de favoriser leurs résolutions (voir rectangle C). Parfois,

des groupes Ad hoc étaient formés afin de corriger des problèmes dans la conception des nouvelles pratiques. Enfin des modifications étaient apportées soient auprès des pratiques elles-mêmes ou des activités visant à favoriser leur appropriation (voir rectangle D). À la fin de cette période d'implantation (2 mois et demi), un bilan a été réalisé avec le personnel des unités de soins et c'était ensuite au tour du deuxième groupe d'unités de soins (3 unités) à débiter la mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés. Dans le but de poursuivre l'amélioration de la mise en œuvre des différentes pratiques, les chefs des unités de la première vague sont demeurés dans le groupe de travail PPCC pendant l'implantation sur les unités de la deuxième vague.

À l'hiver [2019] là, quand on a fait la première vague [groupe d'unités de soins implantant le projet] et la deuxième vague et que là on a gardé les chefs [des services professionnels et des unités de soins] de la première vague dans la deuxième vague, parce que là on voyait bien qu'il restait encore tant à faire. Tu sais, dans les outils, dans le processus, etc., il y avait encore beaucoup d'affaires qui avaient des problématiques et qu'il fallait continuer de retravailler. Mais... force est d'admettre que ... rendu au mois de juin on avait vraiment fait un travail colossal de vraiment finir de finaliser complètement ce projet-là, tu sais. Il [le projet] était assez solide après pour être déployé tel quel. (Participant M)

À la suite de l'implantation des deux premières vagues de projets pilotes (six unités de soins), plusieurs ajustements avaient été réalisés aux livrables du projet PPCC (nouvelles pratiques de planification des congés) et des actions nécessaires à leurs mises en place. Une cartographie du processus de planification précoce et conjointe des congés (Annexe 8) a été réalisée afin d'identifier les rôles et responsabilités des différentes parties prenantes tout au long du parcours des patients PPCC. Un processus qui explicitait aussi quand utiliser les nouvelles pratiques de planification des congés du projet PPCC.

... on a traité l'atelier d'appropriation et tout le déroulement avant le déploiement qui nous a permis vraiment d'établir là, un beau support là. On a vraiment un document, tu sais, pour les trois dernières vagues qui restaient à faire là, c'est vraiment facile là, c'est

une recette là, on part de ce document-là et on a tous nos échéanciers et les To do et tout ce qu'on a à faire, etc. pour se rendre à la fin de la vague de déploiement. (Participant M)

Des ajustements logistiques ont dû être faits sur les unités de soins, car les réunions du projet pouvaient entrer en conflit d'horaire avec celles des unités de soins et avoir ainsi un impact sur leurs pratiques courantes de planification de congé. Malgré les bouleversements et l'énergie que pouvaient exiger les rencontres hebdomadaires du groupe de travail PPCC, plusieurs participants ont mentionné que cette cadence des rencontres était nécessaire pour faire les ajustements requis reliés à l'implantation du projet PPCC.

...c'est intéressant quasiment tous les chefs de service qui étaient présents [aux rencontres du groupe de travail PPCC], c'est sûr c'était intense le vivre (intercom) toutes les semaines les groupes de travail, et après ça toutes les semaines le suivi avec le DQÉPÉ [sur les unités de soins], les 3 rencontres par semaine [de caucus], la rencontre inter [interdisciplinaire], ça faisait beaucoup de rencontres. Faut pas se le cacher que c'était vraiment intense quand on l'a vécu et quand on l'a fait, je pense que c'était important parce que ça nous a permis, au moins, de bien le canner au début du projet pour qu'on puisse continuer dans le même train et on s'est senti quand même soulagés quand les rencontres ont fini...(Participant A)

Un effet de vase communicant s'est fait aussi sentir entre les unités de soins pilotes et les autres unités et services des hôpitaux. En effet, même si les nouvelles pratiques de planification des congés étaient implantées sur les unités de soins pilotes, ces dernières pouvaient aussi affecter le travail des autres unités de soins. Le transfert de patients d'une unité (avec le projet PPCC) à une autre pouvait impliquer un transfert des nouveaux outils et des informations particulières recueillies dans le cadre du projet PPCC. De plus, étant donné le mouvement de personnel entre les unités de soins, une infirmière (ou un professionnel) qui venait faire un quart de travail sur une unité de soins du projet pilote PPCC devait tout d'un coup mettre en œuvre des nouvelles pratiques sans avoir été formé au préalable. Plusieurs initiatives ont donc eu lieu afin que les communications autour du projet PPCC se fassent auprès de l'ensemble du personnel des hôpitaux et non seulement auprès du personnel impliqué dans les unités de soins

pilotes. De plus, cette stratégie de communication allait aussi faciliter l'implantation du projet sur les autres unités de soins.

Bien, c'est sûr que quand on est arrivé aux autres pilotes par la suite, tu sais, plus ça allait, plus les gens ils en avaient entendu parler de la PPCC, tu sais, ça se préciser de plus en plus, là. Tu sais, l'atelier d'appropriation ..., le premier là, hey, les gens n'avaient aucune idée de quoi qu'on parlait. Tu sais, c'était lourd, c'était difficile, on s'obstinait un peu sur chaque mot et tout ça, tu sais les, c'était comme si les gens n'avaient pas été préparés à ça, alors que les suivants plus tard ils arrivaient et, ah oui, mes collègues m'en ont parlé [du projet], je sais un peu c'est quoi la PPCC et c'était plus de l'appropriation (Participant J)

L'implantation du projet s'est donc réalisée suivant une approche de développement hybride. Une approche qui a permis de suivre de très près la mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés et de faire les corrections nécessaires au fur et à mesure. Une implantation qui a cependant demandé beaucoup d'énergie et de temps aux membres personnels et gestionnaires impliqués et qui a aussi exigé différents ajustements logistiques. Une implantation concentrée sur les unités de soins pilotes, mais qui devait à la fois considérer l'ensemble du personnel des différents hôpitaux. Dans la prochaine section, nous traiterons plus spécifiquement de la gestion des parties prenantes du projet.

4.2.4 La gestion des parties prenantes du projet PPCC

La gestion des parties prenantes est un des domaines de connaissance centrale dans la gestion des projets selon le guide PMBOK (PMI, 2021). En effet, l'identification des parties prenantes, l'analyse de leurs impacts possibles sur le projet (positif ou négatif) et la mise en œuvre des actions et communications pour susciter leur engagement à l'égard du projet font partie des facteurs de succès des projets (PMI, 2021). La gestion des parties prenantes a été au cœur de la gestion du projet PPCC. En effet, outre l'importance de leur adhésion au projet, le succès du projet reposait aussi sur leur implication dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques proposées. Sans un engagement soutenu du personnel terrain à utiliser les nouvelles

pratiques de planification des congés, l'implantation de ces dernières n'aurait pas lieu. Cette section décrit donc la gestion des différents groupes de parties prenantes ayant eu cours durant le projet. À noter que l'**Annexe 9** dresse la liste des groupes de parties prenantes, leurs impacts potentiels sur le projet PPCC, les enjeux vécus par ces derniers ainsi que les actions mises en œuvre pour les impliquer positivement dans le projet.

4.2.4.1 La gestion des gestionnaires impliqués dans la gouvernance du projet

Au niveau des gestionnaires impliqués dans la gouvernance du projet PPCC, des tensions entre les représentants des différentes directions du CIUSSS sont nommées, et ce autant en lien avec des visions différentes du projet (ou de ses livrables) qu'avec le mode de gestion pour faire son implantation. De plus, la présence de trois paliers de gouvernance autour du projet PPCC amène aussi son lot de défis. En effet, des initiatives proposées par le comité directeur du projet peuvent entrer en contradiction avec la réalité opérationnelle vécue par le groupe de travail PPCC unité de soins qui se situe à un niveau de gouvernance inférieur (plus près du terrain) et vice versa. Les gestionnaires du projet rapportent que beaucoup de négociations ont été nécessaires avec chacun des paliers de gouvernance (et entre les types de professionnels présents dans chacune des différentes directions) afin d'arrimer les différentes visions du projet et de son implantation.

Bien, peut-être que ce qui fait un petit peu la complexité du projet, c'est que c'est des gens justement de différentes directions. Donc, ... il y a la direction SAPA, DSI, DSM, dont différents professionnels des unités relèvent. Donc, ça... dans le fond, il faut que tous ces gens-là s'entendent ensemble ... pour développer le projet, pour qu'on ait un modèle qui soit suffisamment commun entre toutes ces unités-là. Il y a des tensions des fois-là entre les différentes directions. (Participant J)

... il faut que je sois confortable pour aller vendre tout ce qui a été développé dans le groupe de travail [PPCC], qui a été repeaufiné ou remodifié ou modulé par l'équipe projet. Puis là, je sais que j'ai un consensus, admettons, dans ces deux groupes-là. Mais là, il faut que je réussisse à aller le vendre là parce que c'est eux autres [comité directeur]

qui vont me dire au final si c'est correct ou si ce n'est pas correct, puis ce qu'on peut faire là, tu sais. (Participant M)

4.2.4.2 La gestion des médecins

L'un des groupes de parties prenantes très influents était les médecins, et ce autant pour l'acceptation du projet que pour l'adhésion aux nouvelles pratiques de planification des congés. En effet, les médecins disposent d'un pouvoir très important dans le CIUSSS. Un refus du projet de leur part et c'était la fin du projet PPCC. Il faut spécifier ici que les médecins ne constituent pas un groupe homogène (il y a plusieurs spécialités médicales) et qu'ils bénéficient d'un statut de travailleur autonome : ils ne sont donc pas soumis à des directives hiérarchiques comme le reste des employés du CIUSSS. Leur adhésion est donc vraiment tributaire de leur vision des avantages qu'ils peuvent percevoir du projet PPCC. Il faut aussi considérer leurs disponibilités limitées à s'investir dans les projets combinés aussi à un certain roulement des résidents (en médecine) sur les unités de soins.

Finalement, bien je pense que ça a été... parce que si les médecins n'avaient pas embarqué, le pouvoir des médecins, surtout à [l'hôpital 1], il est immense. Donc, s'il y a un projet, peu importe la légitimité du projet, il peut être tout ficelé, bien organisé si les médecins font un blocus, puis ils disent non ça ne passe pas. (Participant B)

Plusieurs initiatives ont été réalisées tout au long de l'implantation du projet pour aller chercher l'approbation et la collaboration des médecins au projet, et ce malgré la présence de certains d'entre eux dans la gouvernance du projet PPCC. Il a notamment été difficile pour les gestionnaires du projet de disposer des bonnes tribunes et occasions de rencontres pour bien expliquer le projet PPCC au médecin avant le début de son implantation. De plus, en cours de route, il a fallu que les gestionnaires de projet refassent une mise au point avec les médecins afin de bien leur expliquer les paramètres du projet. Des rappels ont aussi été faits à quelques reprises concernant la présence des nouvelles pratiques de planification des congés et de l'importance d'utiliser les nouveaux formulaires à cet effet. Suite aux difficultés de communications vécues à travers l'implantation du projet sur les six premières unités, les

gestionnaires du projet ont pris l'initiative de rencontrer les médecins de chacune des unités qui démarraient le projet pour leur expliquer le modèle PPCC. Une approche de communication plus personnalisée, mais aussi plus exigeante en termes de temps pour les gestionnaires.

Quand le projet, les pilotes, est parti, on a manqué notre coup. Vraiment. Parce que, je pense que les docteurs [médecins] n'avaient pas réalisé ce que c'était pour avoir comme impact dans leur vie. Ils n'avaient pas réalisé qu'on pouvait demander des requêtes sans eux, qu'on pouvait annuler leurs requêtes, en les informant naturellement. Ils n'avaient pas réalisé que, ils perdaient leurs professionnels. Parce que, ils disent, eux c'est leurs professionnels... Sur mon unité particulièrement, un des docteurs qui a parti une cavale assez incroyable. En me tapant sur ma tête à moi aussi (rire), au passage. Ça, ça été dur. Fait que ça, on a manqué notre coup, la structure médicale, on ne l'a pas eu pantoute.

[...]

Ça été présenté [le projet], mais ils [les médecins] ne nous écoutent pas. Ils [les gestionnaires du projet] ont eu 10 minutes, [Participant N et M], pour présenter ça dans un comité directeur de docteurs fait que... et ils n'ont pas compris, fait que, ils ont pété une coche (rire) quand ça commencé. Là ils ont réagi, et là on s'est réajusté, et là la DSM à retiré des TS par unité et les a remis par spécialité. Jusqu'à ce jour, ils sont encore par spécialité. (Participant D)

... le chef de la chirurgie et le chef de la médecine, mais tu sais, c'est quoi... c'est quoi le niveau d'informations qui descende après aux autres médecins là, tu sais... c'est difficile à dire là, tu sais. Et on a fait des notes de service en masse, on a fait les PPCC en action [journal interne] et, etc. C'est envoyé là, les médecins reçoivent tout ça, mais est-ce que les médecins prennent du temps pour lire toutes ces affaires-là... ça, tu sais... fait que, ça reste marginal là, fait que... fait que, tu sais l'enjeu de communication avec les médecins était vraiment important du début à la fin.

[...]

Fait que notre plan de comm. [communication] avec les médecins était vraiment difficile à instaurer. Fait qu'après ça là, je suis parti avec mon bâton de pèlerin, et je suis allé spécialité par spécialité. Fait que, chaque fois qu'on développait une unité de soins là, mettons si on déployait en neurologie, bien là, j'interpellais le chef de la neurologie pour y demander de m'inviter dans une de ses rencontres avec ses médecins de la neuro. (Participant M)

4.2.4.3 La gestion des professionnels impliqués dans le suivi des patients

Les professionnels (travailleurs sociaux, physiothérapeutes, Infirmières de liaison, nutritionnistes, etc..) étaient un groupe de parties prenantes pouvant avoir un impact élevé sur le projet et sur l'utilisation des nouvelles pratiques de planification des congés. En effet, comme mentionné précédemment, le déploiement par unité des professionnels de l'hôpital 1 provoquait un changement important dans leurs pratiques. De professionnels spécialisés se déplaçant sur plusieurs unités, ces derniers devaient devenir des généralistes attirés à une (parfois deux) unité de soins. De plus, certains d'entre eux, dont les physiothérapeutes et les nutritionnistes, devaient intégrer de nouvelles pratiques interorganisationnelles (rôle de répondant) en lien avec les liaisons à faire avec les services de la communauté. Contrairement aux médecins et soumis à une autorité hiérarchique plus forte, peu d'actions ont été nécessaires (ou répertoriés) pour favoriser leur engagement au projet. Notons par contre, que les travailleurs sociaux (très attachés à leur spécialité médicale) ont fait alliance avec les médecins pour ne pas être déployés par unité.

... des travailleurs sociaux ... se disent spécialistes dans une spécialité médicale, par exemple en gériatrie ou en néphrologie ou en hémato-oncologie... Puis, ils ne vont pas se partager les sites de cancers là parce qu'un cancer du sein ce n'est pas la même chose qu'un cancer de l'intestin. Tu sais, ça va jusque-là. Fait qu'ils se disent très, très, très spécialisé dans une pathologie, puis pour eux, ils se voient très mal intervenir dans d'autres pathologies. (Participant F)

4.2.4.4 La gestion des assistantes infirmières-chefs (AIC)

Les assistantes infirmières-chefs (AIC) étaient un autre groupe de parties prenantes pouvant avoir un impact important sur le projet et surtout sur la mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés. Elles étaient considérées comme étant les leaders de la planification des congés (PC) et pouvaient jouer un rôle primordial dans l'opérationnalisation des nouvelles pratiques du projet PPCC sur leurs unités de soins respectives. En effet, ce sont elles qui allaient mettre en application les nouvelles pratiques et encourager les autres professionnels à le faire. L'un des enjeux à considérer dans l'engagement des AIC était la surcharge existante qu'elles portaient en raison de leurs rôles sur les unités de soins. L'implication dans le projet PPCC apportait une charge supplémentaire pour les AIC, mais la mise en œuvre des nouvelles pratiques allait avoir comme effet de diminuer cette charge de travail. Considérant cet enjeu et l'importance de leur rôle dans l'implantation des pratiques, la participation des AIC au projet a donc fortement été soutenue par les gestionnaires du projet. Elles étaient présentes au groupe de travail PPCC pour faire les rapports hebdomadaires de la mise en œuvre des nouvelles pratiques sur les unités de soins. De plus, elles ont été consultées pour régler certaines problématiques autour de la conception des nouvelles pratiques dont le rôle de répondant par exemple. La prise en considération des AIC dans le projet PPCC a été nommée par plusieurs participants comme ayant été un facteur de succès important.

...je ne voulais pas qu'on travaille sur un projet qui était développé par des gestionnaires. Si on veut que ça fasse du sens pour les cliniciens, fallait qu'ils soient impliqués dans le projet et déjà qu'on ne pouvait pas s'asseoir avec tous les intervenants, l'assistante, c'est la seule représentante de toute l'équipe interdisciplinaire, à la suite de leur rencontre qui avait lieu une fois par semaine sur leur unité de soins. Fait que c'est la moindre des choses, qu'elle soit là, qu'elle participe et qu'elle participe à élaborer des pistes de solutions pour passer des écueils qu'on rencontrait sur notre chemin, tu sais.
(Participant M)

4.2.4.5 La gestion du groupe des services à la communauté

Un groupe de parties prenantes qui a été peu impliqué dans l'implantation du projet a été celui des services à la communauté. En effet, il y avait seulement un représentant des services de premières lignes au groupe de travail PPCC. De plus, les informations sur le projet et son implantation ont fait défaut auprès de ce groupe selon les participants. Pourtant, plusieurs problèmes de la planification des congés tournaient autour de l'arrimage avec ces différents services soit du CLSC ou en hébergement par exemple. Cependant, après la période des projets pilotes, il y aurait eu quelques contacts avec les services du CLSC pour faciliter les référencements. Une initiative intéressante, mais certains participants auraient donc aimé que les services de premières lignes prennent davantage de place qu'un rôle secondaire dans l'implantation du projet PPCC : « Fait que la première ligne, j'aurais aimé ça qu'on soit plus entendus, impliqués, mais... on est encore deux solitudes. » (Participant N)

Fait que la DSIE¹⁵ simple a été créée et on a adouci des affaires, on a retravaillé aussi avec le mécanisme d'accès. Pour leur faire comprendre aussi qu'il fallait qu'ils arrêtent de nous demander 300 millions d'affaires là, tu sais. Parce qu'ils... tu sais, dans la DSIE, la communauté veut avoir des fois beaucoup, beaucoup, beaucoup d'affaire, là. Mais, en fait, maintenant, en 2019, ils ont accès au dossier clinique, et tout ça, là. Fait que, tu sais, eux autres aussi peuvent faire un petit peu de recherches, ils peuvent aller chercher des affaires (informations sur le patient). C'est à partir du moment où tu donnes la base, s'ils veulent avoir +++ d'informations, ils peuvent continuer leurs recherches par eux-mêmes même, fait qu'on a travaillé ce bout-là aussi avec eux autres. Fait qu'au final, on arrive quand même à un résultat qui est aidant pour les équipes, tu sais. (Participant M)

¹⁵ DSIE : Demande de services inter établissements : pratique de référencement entre les établissements du CIUSSS comme par exemple entre l'hôpital et les services de soutien à domicile du CLSC. La demande implique la complétion d'un formulaire.

4.2.4.6 La gestion du personnel de l'urgence

L'arrimage du projet PPCC avec le personnel de l'urgence a été peu exploité. Surtout par rapport au fait que quelques années auparavant, un projet PPCC urgence avait été mis en place pour faciliter (à partir de l'urgence) les liens des patients avec les services de la communauté. De plus, il y avait aussi des problèmes de transfert d'information et de dédoublement d'intervention entre l'urgence et les unités de soins. Une meilleure connaissance des pratiques du personnel de l'urgence (par les autres parties prenantes du projet) aurait facilité le développement et la mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés, livrables du projet PPCC, selon un des participants. De plus, un seul représentant des services de l'urgence était présent au groupe de travail PPCC.

Bien moi, c'était un peu ça mon idée, puis je me disais, à la limite, dans les rencontres qu'on faisait de suivis, ça aurait été intéressant de dire ; puis, comment ça a été la visite à l'urgence ? Le rôle de l'infirmière répartitrice. Tu sais, parce que là... Puis, ça aurait été intéressant de faire un retour pour dire OK, à partir de là, pas un copié-collé, c'est vrai que l'urgence ce n'est pas la même réalité que les unités, mais de dire OK, ils fonctionnent comme ça, comment on peut... Le voir plus macro là au niveau de la trajectoire, tu sais. Là, je trouve qu'on a comme mis un peu de côté l'urgence, puis on s'est concentré beaucoup [sur les unités de soins], mais on a comme travaillé à l'envers pour finalement réaliser au mois d'août, bien finalement, on va y aller voir qu'est-ce qu'ils font [à l'urgence]. Mais là, c'était parti les pilotes puis tout là, c'était comme bizarre la séquence là. Fait qu'en rencontre, c'était une préoccupation.

[...]

Fait que ça, je sais que je revenais (rire). J'avais la chirurgie qui me préoccupait avec une autre trajectoire différente, mais j'avais aussi le fait que, considérant que le patient arrive de l'urgence souvent puis nous, on commence quelque chose, bien, comment vous pouvez poursuivre ce qu'on a fait. Parce que ce que j'entendais, ce n'est

pas qu'ils poursuivaient, ils recommençaient. En tout cas... Ça, j'avais un souci de dire écoutez, il y a quelque chose qu'on passe à côté. (Participant G)

4.2.4.7 La gestion des patients partenaires

Les patients, par l'entremise du programme de patients partenaires, ont aussi été considérés dans la gestion des parties prenantes. Ils n'avaient pas de représentants au groupe de travail PPCC unités de soins. Par contre, certains d'entre eux ont participé au forum consultatif lors du démarrage du projet. Ils ont aussi été consultés en lien avec le développement de l'outil de collecte de données auprès des patients. Cependant, aucune information ou témoignage ne mentionnent si des patients ont participé à mieux clarifier les problèmes d'implication des patients et des familles dans le traitement et les choix d'orientation des patients après leur hospitalisation. Le manque de collaboration de ces derniers dans la PC avait d'ailleurs été identifié dans la documentation comme étant un facteur pouvant causer des délais importants quant à la PC.

4.2.4.8 La gestion du groupe des syndicats

Il ne faut pas oublier les syndicats comme groupe de parties prenantes à considérer dans l'implantation du projet. En effet, la mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés aurait pu avoir des impacts sur les conditions de travail des employés et entraîner ainsi une forte résistance de la part des syndicats. Cependant, aucun événement à cet effet a été relaté pendant la cueillette de données. Il n'y avait pas de représentant syndical dans la gouvernance du projet, mais les groupes syndicaux ont fait partie des groupes consultés avant le début de l'implantation du projet sur les unités de soins.

4.2.4.9 Conclusion de la section sur la gestion des parties prenantes

En résumé, la gestion des parties prenantes a donc été au cœur de la gestion du projet PPCC. Beaucoup d'efforts ont été déployés pour informer et impliquer les parties prenantes les plus influentes dans le projet. À commencer par les membres de la gouvernance du projet dont les points de vue sur l'implantation du projet pouvaient différer en fonction de leurs disciplines

(et directions) et du palier de gouvernance dans lequel ils se situaient. Les médecins et les travailleurs sociaux ont été les groupes les plus difficiles à rallier au projet. Le déploiement des professionnels par unité a été l'un des enjeux majeurs à considérer, car il faisait passer les professionnels du rôle de spécialiste à celui de généraliste : avec une modification des pratiques en conséquence. L'approche itérative d'implantation des nouvelles pratiques de planification des congés sur les unités et la forte implication des AIC ont été considérées comme des facteurs de succès importants pour le projet. Cependant, les efforts ont été centrés principalement autour du personnel et professionnel des unités de soins. L'arrimage avec les services de l'urgence et celui avec les services de la communauté ont été moins investis.

4.2.5 Contrôle et suivis du projet PPCC

Comme mentionné dans la section sur l'implantation du projet, les rencontres hebdomadaires sur les unités de soins ainsi que celles du groupe de travail, permettaient de contrôler et de faire le suivi de l'implantation du projet. À ces rencontres s'ajoutaient celles des autres paliers de gouvernance (équipe de projet et comité directeur) qui avait aussi pour mandat de suivre l'implantation du projet, mais à travers des rencontres moins fréquentes.

Les chefs d'unités de soins avaient donc des audits à réaliser chaque mois afin de suivre le degré d'application des nouvelles pratiques de planification des congés du projet PPCC. Outre ces indicateurs de processus, des indicateurs de résultats (comme la DMS par exemple) étaient aussi tirés des tableaux de bord existants afin de vérifier si l'implantation du projet avait les effets escomptés et de prendre les mesures de corrections nécessaires le cas échéant.

... c'est des audits de processus que les unités font là, c'est les chefs d'unité qui les font. Pourcentage de patients repérés qui est présent au tableau des lits et pourcentage de patients dépistés qui est présents sur l'outil de suivi PPCC. ... c'est vraiment les chefs qui les font et là, ici là, on a nos résultats de DMS et nos durées, hum... nos délais de prise en charge professionnelle. Fait que là, comme ça on est capable de regarder vraiment nos résultats mensuellement avec chacune de nos unités de soins, tu sais...

c'est ce qui nous a permis par exemple avec [Hôpital 2] de dire, oh tout à coup, on avait eu des gains ... (Participant M)

Au moment de terminer la collecte de données pour cette recherche, des réflexions avaient lieu sur la mise en place de plan de mesure plus structuré qui allait permettre d'évaluer l'implantation du projet, mais aussi la pérennisation ce dernier dans le temps. Un plan qui servirait pour la phase de consolidation et d'amélioration continue prévue à la fin de l'implantation du projet sur l'ensemble des unités de soins.

On essaye de trouver dans tous ces indicateurs-là, lequel est plus important pour nous parler de la consolidation de la pérennisation du projet. Fait que, tu sais, si tout à coup ce résultat-là, mettons, se dégrade, bien ... là, on cible ... qu'est-ce qui est vraiment important pour nous autres dans le projet. Tu sais, qu'est-ce qu'on ne veut plus... fait que, mettons, ça prend des rencontres. Tu sais, ça prend des rencontres de caucus, faut que l'outil de suivi soit alimenté, hum... tu sais, fait qu'on essaye de cibler des affaires comme ça qu'on se dit, si ça, ça disparaît, c'est que là ça nous montre que les gens ne sont plus en train de contribuer là, ils ne sont plus en train de le faire, fait que là on a peut-être un problème. (Participant M)

Le suivi de l'implantation du projet se faisait donc de façon continue par l'entremise des différentes rencontres ainsi que par la mise en place d'audit mensuel sur l'implantation des pratiques sur les unités de soins. La section suivante fait un tour d'horizon des résultats obtenus par l'entremise du projet PPCC.

4.2.6 Les résultats du projet PPCC

Le projet PPCC devait résulter en la réduction des délais de la durée moyenne de séjour ainsi que la mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés (les livrables du projet PPCC listés à la dernière colonne du **Tableau 10**). Certaines incertitudes quant aux impacts possibles du projet sur les services courants (réguliers) du CIUSSS ont aussi été nommées et seront abordées à la fin de cette section. Ces résultats ont été rapportés par les

participants (lors des entrevues post-observation) alors que l'implantation du projet n'avait pas été complétée sur l'ensemble des unités de soins ciblées. Le **Tableau 12** ci-dessous résume les principaux résultats identifiés par les participants.

Tableau 12

Les principaux résultats du projet PPCC identifiés par les participants

| DIMENSIONS | DESCRIPTION | EXTRAIT DES PARTICIPANTS |
|--------------------------------|--|---|
| Durée moyenne de séjours (DMS) | <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la DMS à l'hôpital 1. • Maintien de la DMS de l'hôpital 2 en chirurgie. • La DMS sur les unités de médecine de l'hôpital 2 demeure longue. | <p>Mais, au final, à date, on est quand même content là. Tu sais, il y a des résultats sur la DMS [à l'hôpital 1], vraiment, les patients, il y a vraiment une action sur la durée moyenne de séjour là. Les patients sont vraiment moins longtemps. Fait qu'on a diminué certaines unités jusqu'à 2.5 jours de DMS mensuellement. C'est énorme là, tu sais, c'est un travail qui n'avait pas été fait avant.</p> <p>[...]</p> <p>Et, à Hôpital 2, on est une petite affaire plus bas, mais, tu sais, c'est vraiment marginal. En chirurgie, la DMS n'était vraiment pas très longue, en chirurgie, ok, fait que ça n'a pas, tu sais, ils n'ont pas détérioré leur DMS, même qu'ils l'ont amélioré une petite affaire... Mais, en médecine, la DMS était très longue et elle n'a pas améliorée beaucoup.</p> <p>[...]</p> <p>Dre [nom de la médecin] a accepté de participer plusieurs semaines à la rencontre des longs séjours pour voir un peu, qu'est-ce qui ressortait des cas complexes vers Hôpital 2. Elle a été capable de dénouer quand même une coupe d'affaires et tout le kit, entre autres en lien avec la santé mentale... ça nous a permis d'établir une cascade d'interventions aussi avec les médecins et, ça, c'est la première fois qu'on travaillait vraiment avec les médecins pour voir la cascade d'intervention ou de communication là. Fait que là, on était capable d'établir à ce moment-là avec ces deux-là comment on devrait escalader les problématiques. (Participant M)</p> |

| DIMENSIONS | DESCRIPTION | EXTRAIT DES PARTICIPANTS |
|--|--|---|
| Degré de mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés | <ul style="list-style-type: none"> • Plus grand degré de mise en œuvre des pratiques à l'hôpital 1 qu'à l'hôpital 2. • Le degré de mise en œuvre diffère d'une unité de soins à l'autre. • Le degré de mise en œuvre diffère en fonction des pratiques. • Plusieurs ajustements des pratiques pour les adapter aux spécificités des différentes unités de soins. | <p>Mais, je me suis demandé jusqu'à quel point ça ... ne les avait pas justement confortés dans le fait de dire : « Ah, bien, nous- autres (hôpital 2), c'est déjà fait chez nous ça là, c'est hôpital 1 qui vont le faire astheure, nous autres on est déjà tous comme ça là », tu sais. Alors que ce n'est pas vrai, il y avait quand même beaucoup de changement dans le projet et là, c'est ça, un moment donné qui nous a amenés à faire ça, parce que là, hôpital 2 qui nous disait tout le temps ; il n'y a pas de nouveau pour nous autres, il n'y a pas de nouveau pour nous autres, c'est déjà ce qu'on faisait, c'est déjà ce qu'on faisait, tu sais. Bien quand on a fait cette espèce de feuille là où on amenait c'était quoi tous les changements qui étaient liés à PPCC, bien là, on voyait bien qu'il y avait bien des affaires qui concernaient hôpital 2 là-dedans, là, tu sais, que ce n'était pas ce qu'ils faisaient avant et que c'était ce qu'ils avaient à faire maintenant. (Participant M)</p> <p>... étant (hôpital 2) plus proche du modèle, on est quasiment déjà rendu là, ce qu'on fait on le fait déjà bien... vous nous proposez des changements on essaye un peu, plus ou moins, plus ou moins d'accord, ça allait bien, fait qu'on revient à ce qu'on faisait (anciennes pratiques). Hôpital 1 ne faisait pas du tout ça, beaucoup plus de changements, voit la plus-value (du projet). Et comme on a changé du tout pour tout, en tout cas pas tout pour tout, mais pour beaucoup, bien on ne revient pas (avec les anciennes pratiques).</p> <p>[...]</p> <p>....je pense qu'il faut être réaliste quand je dis qu'il y a certaines unités qui vont revenir à leur façon de faire (anciennes pratiques). Moi, en tout cas, c'est peut-être mon côté réaliste de dire qu'on ne l'aura peut-être pas à 100% ce changement de pratique, et c'est peut-être normal ça, dans tout changement et si on l'a à 60%, 70%, bien, ce sera déjà ça et ce sera déjà très bien. Fait que je pense que faut peut-être</p> |

| DIMENSIONS | DESCRIPTION | EXTRAIT DES PARTICIPANTS |
|------------|-------------|--|
| | | <p>s'ajuster au niveau des ... attentes à la mesure de ce qu'on peut vraiment faire... (Participant K)</p> <p>... ce serait embêtant de dire le nombre de modulables, mettons, parce que finalement, il y en a beaucoup des modulables, tu sais, parce qu'à peu près chaque unité de soins avait ses affaires. Tu sais, je pense à la neurologie qu'on a développée cet automne, mais là, la neuro [neurologie], eux autres, ils avaient déjà des rencontres éclairs spécifiquement pour la clientèle AVC [accident vasculaire cérébrale]. Ok. Et là, nous autres, on arrive avec d'autres rencontres pour le PPCC. Fait que là, il a fallu moduler, il a fallu arranger les affaires, il a fallu revoir leur façon de faire avec ... les rencontres éclair pour l'AVC. On a fusionné les rencontres, on a fait une partie des rencontres qui est juste pour la clientèle AVC, et après ça tout le reste de la rencontre qui est pour tous les autres cas de PPCC, parce que leur clientèle AVC de toute façon, il y en a presque 90% qui se retrouve clientèle PPCC ... (Participant M)</p> |

| DIMENSIONS | DESCRIPTION | EXTRAIT DES PARTICIPANTS |
|--|---|--|
| Impacts du projet PPCC sur les services réguliers. | <ul style="list-style-type: none"> • Risque de diminution des interventions sur les patients non PPCC. • Augmentation des tâches interdisciplinaires qui peut entraîner une diminution du temps disponible pour les pratiques cliniques. • Redistribution des professionnels par unité (pour le projet) qui entraîne des manques de ressources humaines pour les services réguliers. | <p>Et les clients [patients] qui ne sont pas PPCC, je m'inquiète. Tu sais, au niveau des pratiques, c'est qu'on délaisse finalement l'organisation des congés des patients qui ne sont pas PPCC alors qu'il faut les orchestrer eux autres aussi. (Participant B)</p> <p>Avec la répartition des... avec les nouvelles répartitions des tâches que le PPCC a amenées, où on est plus pivot finalement... les professionnels de la réadapt [réadaptation] sont plus pivot qu'ils l'étaient avant. Effectivement, ça demeure une inquiétude pour moi. Pour moi c'est comme un... sans nécessairement être un iceberg, mais c'est comme quelque chose qui nous attend au détour, qui va nous frapper. [moins de temps pour les pratiques cliniques] . (Participant K)</p> <p>Mais j'avais demandé 4 infirmières de liaison de plus, parce que, tu sais, nous autres on les a assignées par secteur là [par unité de soins] , nos infirmières de liaison et c'est sûr que ça nous vulnérabilise un petit peu, parce qu'on couvre les unités de soins, mais on ne couvre pas juste les unités de soins. On fait, on sert les soins intensifs, qui ne sont pas dans le projet, on sert toutes les cliniques externes, qui ne sont pas dans le projet, on sert l'oncologie, qui n'est pas dans le projet. (Participant M)</p> |

4.2.6.1 L'impact du projet PPCC sur la durée moyenne de séjour (DMS).

L'impact du projet sur l'amélioration de la durée moyenne de séjour (DMS) sur les unités de soins a été plus marqué à l'hôpital 1 qu'à l'hôpital 2. Comme indiqué au **Tableau 12**, certains participants associent cette différence au fait que l'hôpital 1 a intégré davantage les nouvelles pratiques de planification des congés du projet PPCC que l'hôpital 2. D'autres mentionnent qu'il était plus difficile d'améliorer la DMS de l'hôpital 2, car une partie du modèle PPCC était déjà implanté sur les unités.

Devant cette incertitude, des démarches ont été entreprises auprès de l'hôpital 2 afin de comprendre pourquoi la DMS des unités de médecine demeurait longue. Ces démarches ont d'ailleurs permis de développer des nouvelles pratiques de planification des congés soit de communications et de résolutions de problèmes avec les médecins dans le cas de situations problématiques avec des patients.

4.2.6.2 Le degré de mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés.

4.2.6.2.1 *En fonction des hôpitaux.*

Le degré de mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés (livrables du projet PPCC) diffère entre les deux hôpitaux. En effet, même si au départ du projet, le fonctionnement des unités de l'hôpital 2 était plus près du modèle PPCC, c'est l'hôpital 1 qui semble avoir le mieux implanté les nouvelles pratiques. Deux points de vue sont fournis par les participants pour expliquer ce phénomène (voir **Tableau 12**). Le personnel de l'hôpital 2 aurait porté moins d'attentions aux changements que le projet PPCC amenait, car ils avaient l'impression qu'ils appliquaient déjà le modèle sur leurs unités. Le projet PPCC comportait cependant des nuances et des changements de pratiques qui n'étaient pas en place sur les unités de l'hôpital 2. La deuxième explication aborde le fait que les bouleversements sur le plan des ressources humaines (transfert des professionnels par unité) et des pratiques étaient plus grands

à l'hôpital 1 et qu'il était alors plus difficile pour le personnel de cet hôpital de revenir à l'utilisation des anciennes pratiques de planification des congés.

4.2.6.2.2 *En fonction des unités de soins.*

Malgré cette différence de mise en œuvre entre les hôpitaux, le degré de mise en œuvre a varié aussi d'une unité à l'autre, et ce à l'intérieur d'un même hôpital. De plus, plusieurs modifications ont dû être réalisées aux nouvelles pratiques de planification des congés afin de développer une meilleure adéquation entre ces dernières et la réalité des différentes unités de soins. En effet, si la réalisation du forum participatif a permis d'identifier peu de modulables avant le début de la période de mise en œuvre des pratiques en janvier 2019, plusieurs modifications ont finalement dû être faites pendant la période de mise en œuvre afin de s'assurer d'une meilleure adéquation des nouvelles pratiques avec les caractéristiques particulières des différentes unités de soins. À lui seul, le forum participatif n'avait donc pas été un exercice suffisant pour bien identifier les particularités des unités de soins à considérer dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques.

4.2.6.2.3 *En fonction des pratiques mises en œuvre.*

Outre la différenciation de mise en œuvre par hôpitaux et par unité de soins, le degré de mise en œuvre de certaines pratiques a été plus important que d'autres. Le **Tableau 13** décrit le degré et les principales caractéristiques de la mise en œuvre de chacune des nouvelles pratiques de planification des congés, livrables du projet PPCC.

Tableau 13

Tableau sur le degré de mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés (livrables du projet PPCC)

| LIVRABLES | DEGRÉ DE MISE EN ŒUVRE | DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE |
|--|------------------------|---|
| Caucus (rencontre équipe PPCC) | Bon | <ul style="list-style-type: none"> • Corresponds à un changement de pratique important pour l'hôpital 1 • Les rencontres s'intègrent dans la routine des membres de l'équipe PPCC (quatuor) • Augmentation des communications interprofessionnelles. • Communications interprofessionnelles plus structurées à l'intérieur des rencontres. |
| Requêtes professionnelles | Bon | <ul style="list-style-type: none"> • Corresponds à un changement de pratique important pour les deux hôpitaux. • Diminution des communications (allers-retours) avec les médecins pour la gestion des requêtes professionnelles. • Prise de décisions plus rapide par les membres du caucus sur l'activation ou l'annulation des requêtes. |
| Outil de suivi des patients (fichier Excel) | Moyen | <ul style="list-style-type: none"> • L'uniformisation de l'outil pour chacune des unités est le changement principal ici. • Mise en œuvre variable d'une unité à l'autre. • Pour les unités qui ont implanté la pratique, facilite la prise de décision sur l'orientation des patients et diminue les sollicitations d'information auprès des AIC. • Les médecins n'ont pas la routine de consulter l'outil. • Difficultés techniques avec l'utilisation d'un fichier Excel qui est partagé. • Obtention de fonds et de support techniques pour développer un outil informatique plus adapté et sécuritaire (en termes de confidentialité). |
| Collecte de données sur les patients | Faible | <ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle pratique que l'on cherche aussi à uniformiser. • Flou au niveau de la mise en œuvre de la nouvelle pratique. • Difficulté de complétion et de transfert de l'information de l'urgence vers les unités de soins. • Difficulté de complétion sur les unités par les infirmières soignantes. • Durée de séjour et état de santé des patients qui affectent la complétion de l'outil. • Roulement des infirmières soignantes qui affectent aussi sa complétion. |
| Rôle du répondant (intervenant principal) | Faible | <ul style="list-style-type: none"> • TS et IL plus habitués par cette pratique qui vise à faire des ponts avec la communauté. • Correspondant à un changement de pratique pour les professionnels de la réadaptation et les nutritionnistes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Manque de formation pour mettre en œuvre la nouvelle pratique. ○ Ancrage et résistance au changement de pratique. |

4.2.6.2.3.1 La mise en œuvre des rencontres de caucus et la démocratisation des requêtes professionnelles.

La rencontre de caucus et la démocratisation des requêtes professionnelles sont deux pratiques interreliées qui semblent s'être bien implantées. La rencontre de caucus, avec l'aide du déploiement des professionnels par unité (sauf les TS), semble avoir eu des impacts importants sur les communications interprofessionnelles de l'hôpital 1 principalement. En effet, ces communications sont plus fréquentes dû à la présence des professionnels sur les unités et à la fréquence des rencontres de caucus. Quant à la démocratisation des requêtes professionnelles, cette pratique facilite les prises de décisions sur l'orientation des patients lors des rencontres de caucus : les membres du caucus peuvent faire eux-mêmes des requêtes (ou les annuler) sans attendre après le médecin. Cette nouvelle pratique diminue ainsi le besoin, pour les AIC et les chefs d'unité, de faire des allers-retours dans leurs communications avec les médecins pour la gestion des requêtes professionnels.

... aujourd'hui, ils ont hâte de dire : « Ah ben tantôt on va se parler, faut que je te parle d'un cas, je vais attendre, on va se voir en PPCC tantôt ». ... maintenant c'est dans leur routine ... ces petites 15 minutes là, 15 – 20 minutes qu'on prend quatre fois par semaine. (Participant D)

...c'est venu donner un plus, parce qu'on peut faire des requêtes, on peut annuler des requêtes. Souvent, nous, on le faisait déjà avant. On appelait le médecin : « Hey, lui [le patient], bien, il n'a pas de mise en charge. Donc, il n'a pas besoin de requête de physio » ; « Ah, ok, ok. C'est bon. Donc, annulez la requête ». Ou : « Ah, lui il aurait besoin d'une requête travailleur social » ; « Oui, c'est bon, vous pouvez la faire ». Tu sais, c'est dans ce sens-là, tu sais, que je te disais que l'assistante [infirmière-chef] avait beaucoup un rôle au niveau de la planification de congé auprès des médecins, que c'est souvent elle qui planifiait les choses, mais c'était vraiment par rapport à ça. (Participant C)

4.2.6.2.3.2 La mise en œuvre de l'utilisation de l'outil de suivi des patients.

Le potentiel de l'outil de suivi des patients (fichier Excel) a été souligné. Sa mise en œuvre a été variable d'une unité à l'autre. Cependant, il n'a pas été vraiment clair dans les propos des participants jusqu'à quel point cette nouvelle pratique est entrée dans la routine des professionnels quant à sa complétion et à son utilisation. Il faut souligner que chaque unité avait sa pratique et ses outils de suivi des patients avant le projet PPCC. L'uniformisation d'un outil de suivi était l'objectif visé et devait faciliter sa complétion par les différents professionnels. L'outil devait permettre de savoir en temps réel l'évolution des services du patient pendant son séjour hospitalier, et ce sans avoir besoin de communiquer à chaque fois avec l'AIC pour obtenir cette information. La consultation de cet outil par les médecins n'était pas encore une pratique intégrée lors de la collecte des données. De plus, plusieurs difficultés techniques avaient été rencontrées dans l'utilisation de cet outil. Les gestionnaires avaient obtenu, vers la fin du projet, des fonds et de l'assistance technique pour développer un outil informatique plus adapté et plus sécuritaire.

... c'est très variable, mais oui ça [l'outil de suivi des patients] semble fonctionner pour certaines unités ... et je ne sais pas qu'est-ce qui fait que ça fonctionne versus d'autres, c'est-tu à cause du modèle d'avant, c'est-tu à cause que c'est mieux porter, c'est plus porté par le leader AIC ou par la chef....je ne sais pas qu'est-ce qui fait que c'est un succès, mais pour certains ils l'ont vraiment adopté pour d'autres ça été mis de côté sans le dire clairement. (Participant K)

Oui, parce que la physio [physiothérapie] est capable d'aller dans le fichier [outil de suivi des patients] pour voir, bien M. Tremblay là, ah ok, bon, oui, oui, il y a une TS d'impliquée et est passée. Et, il y a même une DSIE [demande de services interétablissement] de commencer pour ce patient-là et tout le kit. Fait qu'elle n'a pas besoin de demander à l'assistante [infirmière-chef] là, elle l'a sa réponse. Même chose pour les infirmières de liaison et, etc. Fait que, fait que là on se dit si on pouvait contaminer éventuellement les médecins, pour qu'eux autres aussi, ils aillent voir là-dedans [outil de suivi des patients] , mais tu sais, eux autres ils auraient de

l'information sur leur patient et ils n'auraient pas besoin d'aller questionner l'assistante nécessairement pour avoir l'information qui est disponible dans un tableau...(Participant M)

4.2.6.2.3.3 La mise en œuvre de la collecte de données.

La mise en œuvre de la collecte de données sur les patients semble éprouver encore beaucoup de difficultés quant à son transfert entre l'urgence et les unités de soins.

... cette collecte-là, quand on a fait le sous-comité de travail pour le développer, c'était énormément difficile, mais ça se ressentait aussi dans toutes ces discussions-là, parce que justement, le qui fait quoi, le qui va aller le chercher, qui valide et, tu sais, ça, encore aujourd'hui, on est dans le flou, tu sais. Et c'est toujours un outil qui est utilisé par un seul professionnel... (Participant H)

Des problèmes de complétion de cet outil sur les unités de soins sont aussi soulignés. Les infirmières soignantes, qui ont la responsabilité de compléter l'outil avec les patients (ou leur famille), éprouvent des difficultés à intégrer la nouvelle pratique de planification des congés. Des difficultés qui sont attribuées à un manque de connaissance de la planification de congé, à des durées de séjours des patients trop courts sur les unités de soins et à un état de santé du patient pas toujours favorable à la complétion du questionnaire. De plus, un roulement important des infirmières sur les différentes unités de soins viendrait rendre la mise en œuvre de cette nouvelle pratique plus difficile.

... en ce qui concerne l'infirmière soignante, je te dirais que c'est encore un enjeu, tu sais, des équipes, c'est encore ça qu'ils nomment. L'équipe PPCC le travaille vraiment, mais d'impliquer les infirmières au chevet c'est difficile... il y a ... des espèces de petites capsules qui vont être fait en janvier sur justement c'est quoi le rôle de la collecte de données, parce que c'est beaucoup ça, l'infirmière soignante c'est elle qui va amener le questionnaire et valider avec le patient.

[...]

les dernières unités aussi mentionnaient que les infirmières soignantes, des fois, il y en a qui ont des rotations entre plusieurs unités. Tu sais, d'un shift à l'autre, sont pas à la même place fait que de voir en termes de toute l'épisode de soins... et ce n'est pas évident non plus, tu sais. Si tu n'es pas, si tu étais ici hier, mais tu es ailleurs demain, et tout ça, bien...(Participant J)

4.2.6.2.3.4 La mise en œuvre du rôle de répondant.

La pratique du rôle de répondant (devenu intervenant principal) semble aussi difficile à mettre en œuvre. Une pratique qui consiste notamment à faire des ponts avec les services de premières lignes afin de mieux connaître les services que le patient reçoit (ou non) du CLSC. Une pratique plus difficile à implanter auprès des professionnels de réadaptation (physiothérapeute, ergothérapeute, etc.) et des nutritionnistes. Un manque de formation est à l'origine de cette difficulté de mise en œuvre selon certains participants. Pour d'autres, il s'agit davantage de résistance au changement et d'un certain ancrage des pratiques existantes.

Ça là, ... ce n'est pas quelque chose qu'on a atteint. Ok, fais que l'appel en communauté, ça demeure extrêmement difficile.

[...]

Fait que là, ils auraient besoin d'un outil ... , d'un support, tu sais, pour les aider à aller baliser qu'est-ce qu'ils devraient demander comme information et tout ça, tu sais. On va travailler là-dessus, je pense, en phase deux là, mais on va retravailler sur cette affaire-là au complet, là, l'appel en communauté, parce que ce n'est pas simple. Mais, tu sais, ça frôle plus la résistance... que de bonnes raisons de ne pas le faire, mettons.

(Participant M)

L'un des enjeux importants dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés est leur maintien dans le temps. En effet, il y a une tendance naturelle à revenir aux anciennes pratiques de planification des congés. La poursuite des nouvelles pratiques demande de la constance et de la régularité et aussi beaucoup d'énergie pour rappeler aux différents membres du personnel l'importance de leur utilisation. Un roulement de personnel important sur les unités de soins peut affecter de façon importante la mise en œuvre.

Le maintien dans le temps des nouvelles pratiques n'a donc pas pu être évalué au moment de la collecte de données de cette recherche.

De maintenir ça vivant aussi, parce que le monde s'en vont et ils reprennent vite leur façon avant de travailler. Fait qu'il faut vraiment changer... maintenir cette cadence-là pour ne pas revenir... Ah, on revient dans nos pantoufles, hein, et c'est facile dévier, hein...(Participant L)

... ce n'était pas juste le roulement de mon personnel, mais c'était le roulement des autres membres du quatuor aussi. Fait que j'ai eu je pense ; 4 changements de travailleuses sociales, 3 changements d'infirmières de liaison et 3 – 4 changements de physiothérapeutes. Fait que c'est difficile de repartir la roue [de la PPCC] à chaque fois ... c'était question de motivation. (Participant A)

4.2.6.3 Les inquiétudes sur les impacts du projet sur les services réguliers.

Le projet PPCC est venu avec son lot d'inquiétudes quant aux impacts de son implantation sur les opérations régulières du CIUSSS (**Tableau 12**). En effet, étant donné que le projet et les opérations régulières sont des vases communicants, des déplacements de ressources (puisque aucune ressource humaine ne devait être ajoutée) et des modifications de pratiques pouvaient entraîner des effets négatifs sur les services courants du CIUSSS selon certains participants. En effet, si davantage d'énergie est mise (par le personnel des unités de soins et les professionnels) sur les patients PPCC, est-ce que des diminutions de services seront observées auprès des patients réguliers des unités de soins. Dans le même ordre d'idée, certains groupes de professionnels se demandaient si l'augmentation des tâches interdisciplinaires suscitée par le projet PPCC allait réduire le temps disponible de ces derniers pour la mise en œuvre de leurs pratiques cliniques. Si tel était le cas, des risques d'augmentation de la DMS pourraient être observés sur les unités de soins alors que le but du projet était justement de diminuer cette dernière. De plus, le déploiement des infirmières de liaisons par unité a entraîné des manques d'infirmières dans d'autres services du CIUSSS : car ces dernières restent sur leur unité au lieu de se déplacer d'une unité à l'autre en fonction de leur spécialité. Des demandes d'ajouts de

ressources humaines ont d'ailleurs été faites dans ce sens. Bref, ces inquiétudes pourront être davantage évaluées avec le temps et abordées dans la deuxième phase du projet qui en sera une de consolidation et de processus d'amélioration continue.

En somme, l'implantation du projet PPCC a apporté une certaine amélioration de la DMS à l'hôpital 1. Curieusement, même si le fonctionnement de l'hôpital 2 se rapprochait le plus de l'approche proposée par le projet PPCC, c'est l'hôpital 1 qui semble avoir le mieux intégré les nouvelles pratiques de planification des congés du projet PPCC. Outre la différence d'implantation entre les hôpitaux, le degré de mise en œuvre des nouvelles pratiques a aussi été variable en fonction des unités de soins ainsi qu'en fonction des différentes pratiques implantées. Plusieurs modifications ont dû être faites afin d'adapter les nouvelles pratiques à la réalité particulière des différentes unités de soins. Certaines inquiétudes persistent quant au maintien dans le temps de l'utilisation de ces nouvelles pratiques de planification des congés et leurs impacts sur les opérations régulières du CIUSSS.

4.2.7 Conclusion de la section sur la gestion du projet

Nous avons analysé le projet PPCC et sa gestion en s'appuyant principalement sur les référents du guide PMBOK (PMI, 2021). Nous avons d'abord présenté les paramètres du projet et explicité par la suite son implantation en fonction des principales phases du cycle de vie du projet en portant une attention particulière à la gestion des parties prenantes.

Le projet PPCC avait pour but d'améliorer l'efficacité de la planification des congés (PC) des hôpitaux du CIUSSS. Le choix du projet, pour améliorer cette efficacité, a été fait principalement par les hauts dirigeants du CIUSSS. Un projet qui visait essentiellement la mise en œuvre de cinq nouvelles pratiques de planification des congés qui allaient favoriser un meilleur arrimage entre les services, les professionnels et les installations du CIUSSS à travers le parcours des patients (entre les hôpitaux et les services de la communauté).

Le personnel terrain a été consulté concernant principalement l'opérationnalisation du projet afin d'identifier les modifications à apporter aux nouvelles pratiques de planification des

congés pour les adapter à la réalité particulière des différentes unités de soins. Peu de modifications ont été suggérées en début d'implantation du projet. Cependant, au cours de la phase d'implantation du projet, plusieurs problèmes dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques ont été soulevés par les membres du groupe de travail PPCC unités de soins. Durant la phase des projets pilotes, plusieurs modifications ont finalement dû être adoptées afin de moduler les nouvelles pratiques à la réalité particulière des différentes unités de soins.

L'implantation du projet PPCC a eu lieu au moyen de plusieurs itérations très exigeantes en termes de temps et d'énergies pour le personnel impliqué ainsi que pour les gestionnaires du projet. Une implantation dont la complexité a été accentuée en raison de la diversité des disciplines impliquées dans le projet ainsi que par les nombreux paliers de gouvernance du projet. De plus, la difficulté à impliquer les médecins dès le début du projet a rendu son implantation plus ardue qu'escomptée. Finalement, le degré de mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés a été très variable et a différé en fonction des hôpitaux, des unités de soins ainsi que des pratiques implantées. Si la mise en œuvre de certaines pratiques était sur la bonne voie au moment d'écrire cette thèse, d'autres éprouvaient encore de la difficulté à s'implanter.

Dans le prochain chapitre, nous décrirons la mise en œuvre de certaines de ces pratiques de planification des congés en utilisant le cadre conceptuel la théorie de la structuration de Stones (2005). Nous porterons une attention particulière aux praxis (d'intégration et de différenciations) déployées par les membres du groupe de travail PPCC pour favoriser la mise en œuvre des pratiques en question. Cette description nous permettra d'obtenir un regard différent sur les facteurs de succès et d'échec de mise en œuvre des livrables du projet PPCC : les pratiques de planification des congés.

4.3 La mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés du projet PPCC sous l’œil de la théorie de la structuration

À titre de rappel, l’objectif spécifique de cette thèse est de décrire les différentes praxis de différenciations et d’intégrations (des parties prenantes et de leurs pratiques) ayant cours à travers la réalisation d’un projet dans le domaine de la santé. Le projet en question est celui de la PPCC. Au cours des chapitres précédents, l’objectif spécifique de recherche a été traduit sous la forme des questions suivantes : quelles sont les praxis d’intégration et de différenciations déployées dans le cadre du projet PPCC (QS1)? Quelles sont les structures externes (QS2) et internes (QS3) impliquées dans la mise en œuvre de ces praxis? Quels sont les impacts de ces praxis sur les structures existantes (reproduction ou modification) et la mise en œuvre des nouvelles pratiques (livrables) du projet PPCC (QS4)?

En vue de répondre à ces questions, nous allons mobiliser les composantes du cadre conceptuel de Stones (2005) dont un bref rappel et une adaptation au projet PPCC est fait au **Tableau 14**. Les éléments retrouvés dans ce tableau sont interreliés et composent les processus de structuration tels que conceptualisés par Stones.

Tableau 14

La nature quadripartite de la structuration de Stones (2005) adapté au contexte du projet PPCC

| STRUCTURES EXTERNES (QS2) | STRUCTURES INTERNES (QS3) | LA MISE EN ACTION (QS1) | RÉSULTATS (QS4) |
|---|--|--|--|
| <p>Les conditions de l'action qui influencent les praxis déployées dans le cadre du projet PPCC :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les règles symboliques et normatives existantes du CIUSSS. -Les ressources (humaines, matérielles, techniques et financières). -Réseaux de positions et pratiques existants autour de la planification des congés. | <p>La connaissance de l'agent de la conjoncture spécifique de l'action (visions et analyses des structures externes par les participants de la recherche).</p> <p>Les dispositions générales-Habitus (dispositions) des participants de la recherche qui influencent l'analyse des conditions spécifiques de l'action.</p> | <p>L'action des agents (praxis d'intégration et de différenciation) réalisée dans le cadre du projet pour favoriser la mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés, livrables du projet PPCC.</p> <p>La mise en œuvre des praxis s'appuie sur les structures internes soit de façon routinière ou de façon stratégique et réfléchie.</p> | <p>Les impacts sur les structures externes et internes des praxis (d'intégration et de différenciation):</p> <p>Reproduction des structures et par conséquent des pratiques existantes de planification des congés.</p> <p>ou</p> <p>Modification des structures et des pratiques de planification de congés: mise en œuvre des nouvelles pratiques (livrables) du projet PPCC</p> |

Note : Tiré et adapté de « Structuration Theory » par Rob Stones. New York, NY: Palgrave Macmillan, (2005, p. 85)

Pour illustrer les processus de structuration du projet PPCC, et répondre aux questions susmentionnées, nous porterons notre attention sur deux des cinq nouvelles pratiques de planification des congés mis en œuvre dans le cadre du projet PPCC. La nouvelle pratique qui s'est le mieux mise en œuvre (la démocratisation des requêtes professionnelles) et une autre dont la mise en œuvre a éprouvé davantage de difficultés (la pratique du rôle de répondant) au cours de la période de collecte de données de cette thèse.

4.3.1 Structuration de la mise en œuvre de la démocratisation des requêtes professionnelles : une nouvelle pratique du Projet PPCC

Dans cette section, nous présentons d'abord les structures externes pouvant être reliées aux pratiques existantes des requêtes professionnelles (afin de répondre à QS2). Nous décrivons ensuite les faits marquants de la mise en œuvre de la nouvelle pratique de planification des congés : démocratisation des requêtes professionnelles. L'accent sera mis sur les praxis de différenciation et d'intégration déployées par les membres du groupe de travail PPCC (unités de soins) au cours de cette mise en œuvre (réponse à QS1). Notons que les principales structures internes sur lesquelles les participants se sont appuyés dans le déploiement de ces praxis seront aussi mises en évidence dans cette partie (réponse à QS3). Enfin, nous soulignerons les principaux impacts de l'utilisation de ces praxis sur les structures en place et par conséquent sur la mise en œuvre de la nouvelle pratique des requêtes professionnelles du projet PPCC (réponse à QS4).

4.3.1.1 Les structures externes associées à la mise en œuvre de la pratique existante des requêtes professionnelles dans la planification des congés avant l'implantation du projet PPCC (QS2).

Les principales composantes des structures externes favorisent et sont favorisées par la mise en œuvre des pratiques existantes de requêtes professionnelles. En effet, un ensemble de règles, de ressources ainsi que la présence d'un réseau de positions et de pratiques historiquement ancré fournissent les conditions d'action favorables à la mise en œuvre des pratiques existantes. Rappelons ici qu'en fonction du principe de dualité du structurel (Giddens,

2012 c1987), la mise en œuvre des pratiques de requêtes professionnelles a contribué, avec le temps, à forger et consolider ce même réseau de positions et pratiques. Dans cette section, nous allons donc décrire ledit réseau de positions et de pratiques entourant les requêtes professionnelles dans le contexte de la PPCC. À travers cette description, nous soulignerons au passage les règles et ressources pouvant avoir une influence sur ce réseau de positions et pratiques. Les caractéristiques de ce réseau de positions et pratiques ainsi que celles des normes et ressources associées sont décrites dans le **Tableau 15** ci-dessous.

Tableau 15

Principales caractéristiques des structures externes autour de la pratique existante des requêtes professionnelles dans la planification des congés avant l'implantation du projet PPCC

| COMPOSANTES DES STRUCTURES EXTERNES | DESCRIPTION |
|---------------------------------------|---|
| RÈGLES | |
| Norme professionnelle | Le modèle de requête professionnel existant sous forme d'OIP (ordonnance individuelle préformatée) qui nécessite la signature du médecin pour enclencher la mise en action de la requête. |
| Norme organisationnelle | La norme d'efficience dans l'implication des professionnels auprès des patients dans le but ultime de sortir le plus rapidement possible le patient de l'unité de soins et de réduire ainsi la durée moyenne de séjour (DMS) de l'unité. Indicateur important de la performance de l'unité. |
| RESSOURCES | |
| Disponibilité des ressources humaines | Le manque de disponibilité des médecins pour les communications interprofessionnelles, dont la participation aux rencontres interdisciplinaires qui est souvent variable. |
| Organisation des ressources humaines | Le déploiement des professionnels par spécialité dans le cas de l'hôpital 1 et par unité pour l'hôpital 2. |
| Roulement de personnel | Roulement des médecins résidents sur les unités de soins. |

| COMPOSANTES DES STRUCTURES EXTERNES | DESCRIPTION |
|---|---|
| | Roulement du personnel sur les unités de soins, ainsi que les professionnels (décrite dans les sections suivantes). |
| RÉSEAU DE POSITIONS ET PRATIQUES | |
| Positions | Le pouvoir important des médecins en lien avec l'hospitalisation des patients et les requêtes professionnelles : seuls décideurs de l'émission et de l'annulation des requêtes. |
| Pratiques | <p>La diversité de la pratique des requêtes d'une unité à l'autre (décrite à la section suivante).</p> <p>La communication interprofessionnelle qui devait passer principalement par l'AIC des unités.</p> <p>Communications aller-retour avec les médecins pour ajuster les requêtes professionnelles aux besoins de santé des patients.</p> |

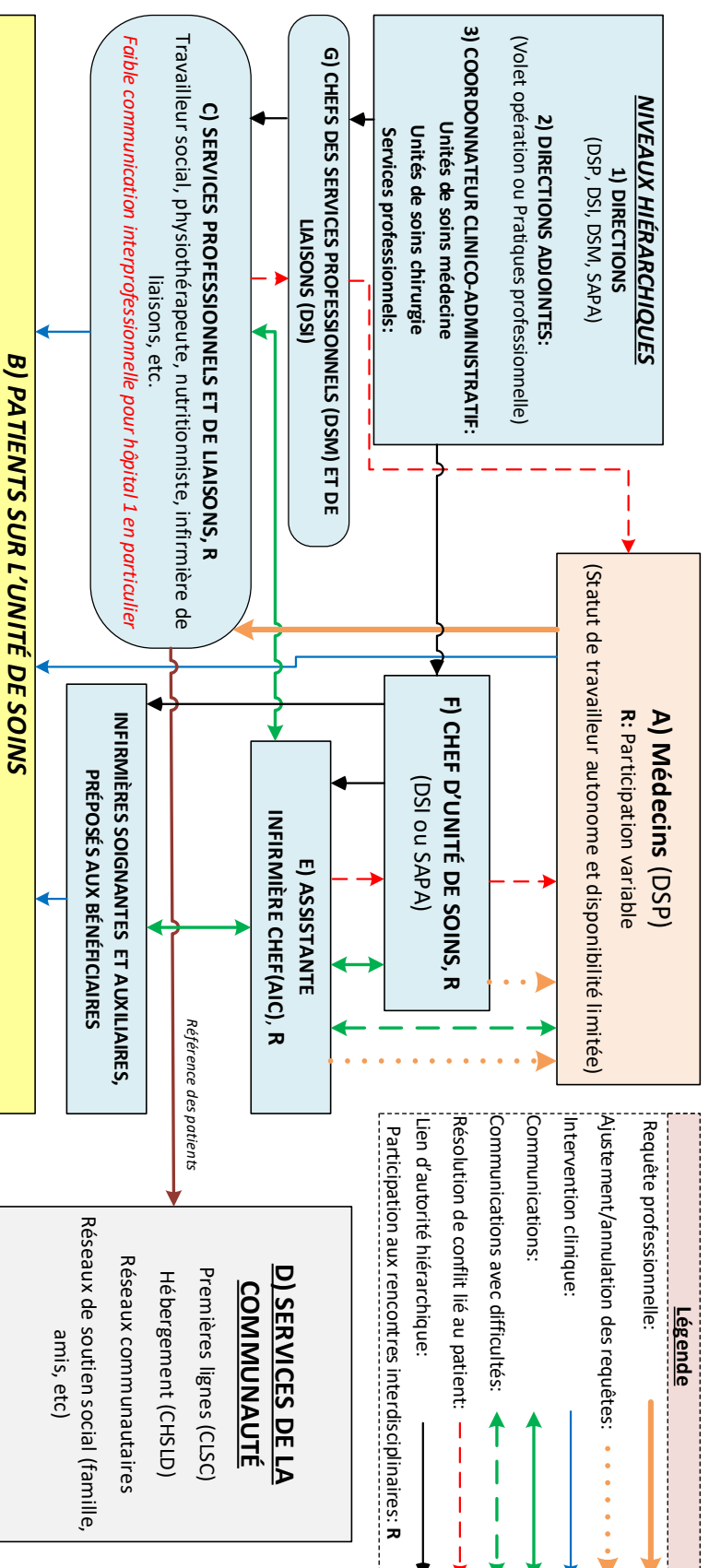
4.3.1.1.1 Description du réseau de positions et pratiques associé aux pratiques existantes de requêtes professionnelles dans la planification des congés avant l'implantation du projet PPCC.

Comme indiqué à la **Figure 10**, les médecins (A) sont les pilotes des hospitalisations des patients (B) sur les unités de soins. Suivant les traitements médicaux appropriés, le médecin fait l'évaluation du patient (flèche bleue à la **Figure 10**) et détermine qui doit rester ou partir de l'unité (congé) en fonction de sa condition physique. Par l'entremise des requêtes professionnelles (flèche orange à la **Figure 10**), il détermine les professionnels (C) (travailleur social, physiothérapeute, nutritionniste, infirmière de liaisons, etc.) qui devront intervenir auprès de patients (flèche bleue à la **Figure 10**) pour favoriser leur rétablissement et/ou l'organisation des soins et services dans la communauté (D) pour le retour à domicile des patients ou pour le départ vers une ressource d'hébergement adaptée comme les CHSLD par exemple (flèche mauve à la **Figure 10**).

Bien le médecin ... c'est lui qui sait à peu près combien de temps le patient va être là et c'est lui..., [dans] le fonctionnement actuel ... qui détermine quels professionnels il va mettre autour de lui. Donc pour Madame X, est-ce qu'il a besoin d'une TS [travailleuse sociale], est-ce qu'il a besoin d'une physio[thérapeute], est-ce qu'il a besoin d'une ergo[thérapeute] ? Toutes les requêtes passent par les médecins. C'est ce qu'on veut changer d'ailleurs dans le PPCC. On veut que les professionnels puissent se référer entre eux et être plus autonomes dans la gestion de leurs patients. Donc à l'heure actuelle, c'est le médecin qui détermine qui il va mettre dans le dossier. C'est le médecin qui a le pouvoir de dire ce patient-là doit quitter ou doit rester. (Participant F)

Figure 10

Le réseau de positions et pratiques autour de la pratique existante des requêtes professionnelles



Le médecin travaille en étroite collaboration avec l'assistante-infirmière-chef (AIC) de l'unité de soins (E), car c'est elle qui, supportée par sa chef d'unité (F), gère le séjour d'hospitalisation du patient sur l'unité de soins et ce autant pour son entrée que sa sortie. Elle est d'ailleurs le point de convergence des communications interdisciplinaires (flèches vertes à la **Figure 10**). Les professionnels et les médecins lui transmettent de l'information sur l'évolution du patient (vice-versa) et elle favorise la circulation de cette information entre ces derniers. L'AIC est aussi responsable d'animer les rencontres interdisciplinaires (**R**) qui ont lieu à des fréquences différentes d'une unité à l'autre.

L'assistante [infirmière-chef], celle qui est de jour, c'est elle qui va animer la rencontre inter[disciplinaire] le mardi après-midi, puis c'est vraiment le pivot de toute l'information pour tous les patients à l'étage. Elle fait, le lien avec les professionnels, elle fait le lien avec les divers corps médicaux parce que veut, veut pas, il y a beaucoup de médecins qui vont passer dans les dossiers des patients.
[...]

C'est encore très linéaire. Je ne sais pas si ça, ça serait un terme qui serait approprié. C'est encore très linéaire qu'intervenante A [professionnel] va venir faire quelque chose, puis elle le rapporte à l'assistante. L'intervenante B [professionnel] va aller faire quelque chose, puis le rapporter à l'assistante. (Participant A)

Notons que ce rôle de convergence des communications vers l'AIC est plus prononcé à l'hôpital 1 où les professionnels offrent des services sur plusieurs unités de soins à la fois alors que pour l'hôpital 2, ces derniers sont regroupés par unités de soins et ont de ce fait plus de facilité à s'échanger de l'information entre eux. Notons que ce rôle central occupé par les AIC entraîne des risques de surcharge de ces dernières et les chefs d'unités de soins sont très sensibles à ce risque. D'autant plus que si une AIC doit s'absenter pour des raisons de maladie ou autre, son absence peut avoir de gros impacts sur l'efficience et l'efficacité de la planification de congé sur l'unité de soins et plus spécifiquement sur le suivi des requêtes professionnelles.

Les chefs d'unités (F) ainsi que les chefs de service professionnels (G) interviennent dans la planification de congé principalement pour aider à régler les situations plus complexes et

problématiques qui peuvent survenir avec des patients (lignes rouges pointillées à la **Figure 10**) ou dans les collaborations interdisciplinaires. Ils peuvent être amenés à expliquer aux médecins, par exemple, pourquoi certains patients ne peuvent sortir de l'unité aussi vite que souhaité. Cependant, pour des problèmes de collaboration avec certains médecins, les chefs (unités ou services professionnels) passeront le relais de la résolution de problèmes à leurs coordonnateurs respectifs (3 à la **Figure 10**) Les chefs d'unités, qui ont un lien fonctionnel (pas de lien hiérarchique) avec les professionnels qui interviennent sur leurs unités, peuvent intervenir auprès de ces derniers en lien avec l'évolution de certains patients. Cependant, lors de problèmes de rendement ou de collaboration avec l'un de leurs professionnels, les chefs d'unités doivent s'adresser au chef de services professionnels correspondant pour tenter de régler la situation problématique quant à la planification des congés.

...si je trouve que je ne sais pas moi, l'ergo[thérapeute] va toujours trop loin dans ses évaluations, puis elle prend trois semaines pour faire des rapports, puis je veux dire, ça nuit au congé du patient, bien moi, je n'ai pas d'ascendant hiérarchique sur elle. Je peux, tu sais, poser des questions de quand est-ce qui va être vu le patient, puis ah, c'est un peu étrange, on a beaucoup d'attente, as-tu beaucoup de patients en attente. Tu sais, je peux essayer de dire bien là, est-ce qu'on pourrait faire ça autrement parce que là, on ne gardera pas le patient juste parce que toi tu n'as pas fini, tu n'as pas commencé ton éval (évaluation) encore, on peut-tu le faire évaluer ailleurs parce qu'on retarde le congé, puis on a des patients, puis il faut que ça roule quand même. Fait que tu sais, mais je n'ai pas de rôle hiérarchique, ni non plus sur la qualité de son travail. Fais que je suis un petit peu mal pris des fois par rapport à ça. (Participant D)

Avant la mise en œuvre de la nouvelle pratique de planification des congés « démocratisation des requêtes professionnelle », livrable du projet PPCC, seulement les médecins avaient le pouvoir de faire ou d'annuler une requête afin d'obtenir des services professionnels pour un patient sur les unités de soins. Ce pouvoir exclusif octroyé aux médecins obligeait l'AIC (et les chefs d'unité) à faire plusieurs allers-retours dans leurs communications avec les médecins afin d'obtenir les requêtes professionnelles nécessaires ou à l'inverse,

demander au médecin de justifier ou d'annuler des requêtes (flèches orange pointillées à la **Figure 10**) qu'il avait faites et dont les professionnels et le personnel de l'unité jugeaient non nécessaires. Ces défis de communication avec les médecins (flèche verte pointillée à la **Figure 10**) étaient exacerbés par leur manque de disponibilités en générale, le roulement important de médecins résidents sur les unités, et aussi par la participation variable des médecins aux rencontres interdisciplinaires hebdomadaires sur les unités de soins. De plus, influencée par le haut statut hiérarchique du médecin dans l'organisation, la remise en question d'une décision du médecin par rapport à l'orientation du patient ou son congé était un exercice qui pouvait demander beaucoup d'énergie et de doigté.

On appelait le médecin : « Hey, lui [le patient], bien, il n'a pas de mise en charge. Donc, il n'a pas besoin de requête de physio[thérapeute] » ; « Ah, ok, ok. C'est bon. Donc, annulez la requête ». Ou : « Ah, lui il aurait besoin d'une requête travailleur social » ; « Oui, c'est bon, vous pouvez la faire ». Tu sais, c'est dans ce sens-là, tu sais, que je te disais que l'assistante [infirmière-chef] avait beaucoup un rôle au niveau de la planification de congé auprès des médecins, que c'est souvent elle qui planifiait les choses ... (Participant C)

Si la physiothérapeute n'a pas d'intervention à faire, puis qu'il n'y a pas problème psychosocial, on va l'envoyer à la maison avec des soins adéquats, mais pas en convalescence comme le médecin 'a dit.... des fois, ça peut causer un peu de frustration parce que la communication n'est pas du tout pareille avec le corps médical qu'avec les divers intervenants professionnels. Puis, nos chirurgiens ne sont pas souvent présents entre 8 et 16, ils opèrent (rire). (Participant A)

De plus, par souci d'efficience, différentes pratiques organisationnelles se sont développées pour accélérer la mise en œuvre des requêtes professionnelles. En effet, certains médecins pouvaient demander automatiquement une évaluation par plusieurs types de professionnels alors qu'elles n'étaient pas toujours nécessaires. D'autres, comme soulevé dans la citation ci-dessous, signaient d'avance des demandes de requêtes professionnelles et laissaient aux infirmières le soin de les utiliser en fonction de leurs besoins : une pratique efficiente, mais

qui était contraire aux normes professionnelles de cet hôpital. De plus, à travers le séjour du patient dans les services, de nouvelles informations sur ce dernier pouvaient émerger, entraînant ainsi le besoin d'une nouvelle consultation professionnelle. Les équipes en place devaient alors demander et attendre une nouvelle requête du médecin afin que cette consultation puisse avoir lieu : ce qui peut provoquer un prolongement du séjour du patient à l'hôpital.

Donc, d'emblée il [le médecin] va demander l'aide des autres [les différents professionnels], il va demander, nous, on appelle ça le trio «Bic Mac» là, fait que le patient arrive de l'urgence, puis le trio «Bic Mac» est demandé; TS [travailleur social], ergo[thérapeut], physio[thérapeute]. (Participant D)

... ce que les médecins font, dans certains secteurs d'activités, c'est qui prennent une pile de feuilles là, c'est moi [le médecin] qui suis de garde cette semaine, tu ne viendras pas me chercher aux 5 minutes pour une consult [consultation] en TS [travail social], nutri[tion], ortho[phoniste], ergo[thérapie], physio[thérapie], peu importe là. Fait qu'ils prennent une pile de feuilles, puis ils les signent toutes, comme un chèque en blanc. Puis, ils les mettent en poste là, tu [l'infirmière AIC] les prendras quand tu veux. Fait que ça revient au même que c'est l'infirmière qui justifie à quel moment est-ce qu'elle a besoin de référer ou pas. Puis, tu sais, on s'en fout là, fait que le médecin te fait un chèque en blanc, puis en bout de ligne, c'est quand même l'infirmière qui le fait. Puis, il y a d'autres secteurs où c'est l'infirmière qui les complète de même en se disant bien, j'ai le droit. Puis là, je dis : « oui, mais regarde, OIP (ordonnance individuelle préformatée) signature du médecin [nécessaire], fait que légalement, tu ne peux pas utiliser ce formulaire-là». Puis là, ils disent toutes c'est ridicule, puis elles le font pareil.

(Participant H)

La pratique des requêtes professionnelles s'inscrit donc en cohérence avec les règles, les ressources ainsi qu'avec le réseau de positions et pratiques existant (**Figure 10**). En effet, comme pour la majorité des services, le personnel des unités de soins et les professionnels sont à la remorque des médecins quant à l'émission ou l'annulation des requêtes. Le manque de disponibilité de ces derniers combinés au manque de communications interprofessionnelles sur

les unités de soins renforce le rôle de l'AIC comme courroie de transmission des informations sur le suivi des patients. La pratique existante des requêtes professionnelles au regard de la planification des congés vient aussi confirmer la dépendance de la chef d'unité à l'égard du médecin quant à la gestion de son unité de soins.

Si la pratique actuelle des requêtes professionnelles est en cohérence avec le réseau de positions et pratiques en place, elle entraîne en revanche certains inconvénients en ce qui concerne la planification des congés. En effet, les nombreuses communications aller-retour entre les AIC (et chef d'unités) avec les médecins exigent beaucoup de temps. De plus, les médecins doivent notamment interrompent leurs pratiques cliniques pour répondre aux questions du personnel des unités de soins qui ont besoin d'ajuster les différentes requêtes. Finalement, ce sont les patients qui ne reçoivent pas le bon service au bon moment par la bonne personne. Ces derniers doivent soit retourner trop rapidement à domicile sans avoir reçu les services professionnels dont ils avaient besoin ou à l'opposer rester inutilement plus longtemps sur les unités de soins. C'est justement pour pallier ces problèmes que la nouvelle pratique « démocratisation des pratiques professionnelles » a été mise de l'avant par les responsables du projet PPCC. La section qui suit explicitera le processus de mise en œuvre de cette nouvelle pratique par l'entremise des praxis de différenciation et d'intégration utilisées par les différentes parties prenantes du projet.

4.3.1.2 Les praxis d'intégration et de différenciations déployées dans la mise en œuvre de la nouvelle pratique « démocratisation des requêtes professionnelles », livrable du projet PPCC (QS1)

Nous avons mentionné précédemment que la nouvelle pratique de planification des congés « démocratisation des requêtes professionnelles » allait de pair avec la mise en œuvre d'une autre nouvelle pratique de planification des congés « caucus sur les unités de soins ». Les paragraphes qui suivent décrivent le déroulement de la mise en œuvre de cette nouvelle pratique de planification des congés « démocratisation des requêtes professionnelles » en portant une attention particulière aux praxis de différenciations (PD) et d'intégrations (PI) déployées par les différentes parties prenantes (membres du groupe de travail PPCC unités de soins) du projet. Le

Tableau 16 regroupe les praxis déployées, dans le cadre du projet PPCC, en fonction des principales étapes de mise en œuvre de cette nouvelle pratique.

Tableau 16

Description des types de praxis déployées en fonction des différentes étapes de mise en œuvre de la démocratisation des requêtes professionnelles.

| TYPE DE PRAXIS DÉPLOYÉES | DESCRIPTION |
|--|--|
| DÉPLOIEMENT DES PROFESSIONNELS D'HÔPITAL 1 PAR UNITÉ DE SOINS | |
| PD sur l'organisation des ressources | Sur les avantages et inconvénients (au niveau des pratiques interprofessionnelles) du déploiement des professionnels par unité et par spécialité. |
| PI sur l'organisation des ressources | Le déploiement des professionnels par unités pour faire des caucus professionnels et permettre ainsi l'émission et l'annulation des requêtes. |
| CONCEPTION DE LA NOUVELLE PRATIQUE DE DÉMOCRATISATION DES REQUÊTES PROFESSIONNELLES | |
| PD sur la pertinence d'une règle | Une chef d'unité souligne qu'il n'y a pas de norme professionnelle obligeant que ce soit uniquement les médecins qui peuvent faire des requêtes professionnelles. |
| PI : changement de la règle | Permettre aux membres du caucus de pouvoir émettre et annuler des requêtes professionnelles. |
| PD sur la diversité des pratiques existantes des requêtes professionnelles | Une chef de services professionnels souligne la diversité des pratiques de requêtes professionnelles d'un hôpital à l'autre et d'une unité à l'autre. |
| PD sur les pratiques professionnelles et organisationnelles existantes | Interventions des membres du sous-comité visant à faire connaître aux autres professionnelles leurs pratiques professionnelles et organisationnelles respectives dans l'élaboration du nouveau formulaire de requêtes. |
| PI : construction de la nouvelle pratique | Conception d'un nouveau modèle de formulaire de requêtes professionnelles uniformisé (avec ses paramètres d'utilisation) pour les patients PPCC |

| TYPE DE PRAXIS DÉPLOYÉES | DESCRIPTION |
|---|--|
| MISE EN ŒUVRE DE LA NOUVELLE PRATIQUE DE DÉMOCRATISATION DES REQUÊTES PROFESSIONNELLES SUR LES UNITÉS DE SOINS | |
| PD sur le réseau de positions et pratiques | Sur le pouvoir et possible réticence des médecins au projet PPCC et à la nouvelle pratique des requêtes professionnelles. |
| PI : Utilisation du réseau de positions et pratiques pour faire accepter le projet | Présentations des questionnaires du projet auprès des représentants des médecins pour obtenir leur accord sur le projet et la démocratisation des requêtes. |
| PI : Modification du réseau de positions et pratiques | Recherche de l'appui des médecins pour donner du pouvoir aux membres du caucus quant à l'émission et l'annulation des requêtes professionnelles |
| PD sur les problèmes d'utilisation de la nouvelle pratique par les médecins. | Les médecins n'utilisent pas la nouvelle pratique par manque de connaissance. Ils peuvent aussi instrumentaliser la nouvelle pratique pour faire intervenir plus rapidement les professionnels. |
| PI : Stratégies de communication pour mieux faire connaître la nouvelle pratique aux médecins. | Utilisations de différents outils de communications (journal, notes de service), rencontres des médecins unité par unité, transmission d'informations des médecins participant au projet vers les autres, création d'un répertoire accessible sur la documentation du projet (dropbox), retirer les anciens formulaires sur les unités de soins. |
| PI : retour en continu avec les médecins lors d'une mauvaise utilisation des requêtes | Retour auprès des médecins lors d'une mauvaise utilisation ou une incompréhension face à la nouvelle pratique à implanter |

4.3.1.2.1 La conception de la nouvelle pratique « démocratisation des requêtes professionnelles ».

La conception de la nouvelle pratique « démocratisation des requêtes professionnelles » du projet PPCC s'est articulée en deux temps. La première étape, la plus importante, fut la modification (par le comité directeur du projet) de la norme (praxis d'intégration) permettant aux médecins d'être les seuls à pouvoir émettre des requêtes professionnelles. Le formulaire des requêtes professionnelles ne serait plus sous forme d'OIP (ordonnance individuelle préformatée) et tous les professionnels du caucus allaient pouvoir désormais émettre ou annuler des requêtes professionnelles. Notons que la pratique existante des requêtes professionnelles (qui consacrait tout le pouvoir au médecin) n'était pas régie par aucune norme en provenance d'un ordre professionnel, mais s'était instituée en tant que telle dans les hôpitaux ciblés par le projet PPCC. Une chef d'unité de soins en provenance d'un autre établissement l'avait d'ailleurs soulignée (praxis de différenciation) lors de son entrée au CIUSSS.

En fait, il y avait eu un enjeu. Quand je suis rentrée en poste, on avait eu une grande rencontre, là, par rapport à l'équipe professionnelle, puis, moi je l'avais nommé à ce moment-là, je dis, c'est parce que ... les médecins voulaient vraiment faire toutes les requêtes, mais je dis, « mais vous savez que toute l'équipe peut en faire ». Et c'était comme une fin de non-recevoir, là. Fait qu'un an plus tard, là, il y avait l'ouverture, fait que je trouvais ça surprenant, mais tant mieux, j'étais très contente. (Participant O)

... on a eu des discussions avec le chef de gériatrie, entre autres, pour renverser la vapeur de dire bien ça ne sera plus des OIP, parce que si on laisse ça des OIP, bien le médecin va devoir forcément toujours signer, fait que fallait trouver une autre façon. Fait qu'il y a eu des démarches finalement, pas au niveau légal, mais au niveau procédural, si on veut, pour dire bien ce n'est plus cet outil là qu'on utilise et que le médecin aussi lâche prise et qu'il accepte, parce que sinon il aurait pu dire, bien, nous autres, on veut avoir le droit de regard. (Participant B)

La deuxième étape fût, à travers le travail d'un sous-comité, de définir les paramètres de la nouvelle pratique (démocratisation des requêtes professionnelles) par l'entremise de la conception d'un nouveau modèle de formulaire de requêtes professionnelles (praxis d'intégration) qui allait clarifier et uniformiser : quand, comment et pourquoi faire une requête professionnelle pour un patient PPCC, définir les degrés d'urgence d'implication des professionnels et les types de services qui pouvaient être offerts par ces derniers. Notons au passage que malgré la présence du tronc commun nommé précédemment dans la pratique existante des requêtes professionnelles, cette dernière pouvait varier d'un hôpital à l'autre ainsi que d'une unité à l'autre, et ce autant dans sa forme, son contenu et son application (structure externe). Un chef de services professionnels avait d'ailleurs souligné à quelques reprises cette diversité de pratiques lors des rencontres du groupe de travail PPCC (praxis différenciation) dans le but de la considérer dans la conception et la mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés du projet PPCC dont celle des requêtes professionnelles.

... je n'étais pas certaine ... que les gens étaient conscients à quel point il y avait des grandes différences dans l'acheminement des requêtes et qu'on ne partait pas du même point pour les différentes équipes, les différents hôpitaux. Fait que pour moi c'est important de faire le point de dire, bien, ça c'est notre point de départ faut savoir que c'est très différent d'un service à l'autre. Et qu'il n'y a pas aucune uniformité ... pour moi c'est important que les gens puissent comprendre c'était quoi notre point de départ, oui. Parce qu'on parlait de requête, de référence au patient. (Participant K)

À travers ce travail d'intégration des pratiques existantes de requêtes professionnelles vers la conception d'une nouvelle pratique plus uniforme (praxis d'intégration), plusieurs praxis de différenciations ont eu cours lors de cet exercice. Des praxis de différenciation qui visaient justement à mieux faire connaître auprès des autres professionnels du comité, quelles étaient les particularités de leurs pratiques professionnelles et organisationnelles respectives, et ce dans le but d'améliorer la pertinence des requêtes professionnelles à venir.

Tu sais, s'en est une façon aussi de faire reconnaître l'expertise des gens et de diriger finalement les références aux bonnes personnes, au bon moment, à la bonne place. Fait que

ça été un outil [nouveau formulaire de requête professionnelle] qui a été important, tu sais, je me suis impliquée dans le comité puis finalement, bien, j'avais toutes les professions, mais je veux dire chaque gestionnaire responsable d'une profession regardait plus en détail. Fait que ça, je trouve que c'est un outil où moi ça m'a permis ... de rehausser finalement le rôle de la nutritionniste en faisant ressortir quand est-ce que vous avez besoin. ... Donc, de cibler au niveau des médecins au niveau des professionnels, bien voici, c'est ça que ça fait [une nutritionniste]. Et tous les professionnels, ont fait la même chose, autant ergo[thérapie], physio[thérapie], orthophonie, de préciser finalement quand est-ce qu'elles veulent être sollicitées. Et, ça aide à faire comprendre, c'est leur rôle professionnel, c'est quoi qu'ils ont comme valeur ajoutée au niveau de la prise en charge d'une clientèle [patients] pour toujours avoir un congé qui est plus rapide et que le patient ne revienne pas non plus... (Participant B)

4.3.1.2.2 La mise en œuvre de la nouvelle pratique « démocratisation des requêtes professionnelles » sur les unités de soins.

Si les praxis de différenciations des membres du comité de travail précédent permettaient de mieux faire connaître les pratiques professionnelles et organisationnelles de chacun. Celles ayant cours dans le groupe de travail PPCC portaient davantage sur les enjeux de mise en œuvre de cette nouvelle pratique en lien avec les caractéristiques des structures externes existantes. L'une de ces caractéristiques était le pouvoir important des médecins dans l'organisation. En effet, les échanges dans le groupe de travail PPCC ont porté principalement (au début de l'implantation du projet) sur la résistance possible des médecins au projet et au changement de la pratique des requêtes professionnelles en particulier. Plusieurs praxis de différenciation mettaient en évidence le pouvoir et le refus possible de ces derniers à cet effet (voir **Tableau 17**).

Tableau 17

Analyse du participant C d'une praxis de différenciation déployée dans une rencontre du groupe de travail PPCC unités de soins

| | |
|---|---|
| PD soulevé lors de la rencontre du groupe de travail PPCC¹⁶ | Participant C réprecise l'importance de sensibiliser les médecins (au projet) |
| Analyse du participant C lors de l'entrevue post-observation.¹⁷ | Pour (inaudible) l'importance de sensibiliser les médecins dans le PPCC en fait. C'est que, sans les médecins, on ne peut pas faire de PPCC. Tu sais, on peut le... on planifie, mais, tu sais, à l'intérieur de tout ça il y a des requêtes, il y a des choses que, mettons, si les médecins ne sont pas au courant, bien... on va avoir un frein. (Participant C) |

Note : L'analyse du participant s'est réalisée lors de l'entrevue post-observation.

Comme mentionné à la section 4.2 sur la gestion du projet, les gestionnaires du projet PPCC ont d'ailleurs déployé beaucoup d'efforts et d'énergie pour communiquer aux différents représentants des médecins (praxis d'intégration) les informations sur le projet PPCC et les nouvelles pratiques qui l'accompagnaient, dont celle de la démocratisation des requêtes professionnelles. Ils se sont confrontés au manque de disponibilité des médecins (et de leurs représentants) pour présenter leur projet, et ce autant dans l'accès aux tribunes pertinentes que dans le temps qu'ils leur étaient octroyés (structure externe) pour présenter le projet. Ils ont dû déployer plusieurs initiatives (voir **Tableau 16**) et ce tout au long de l'implantation du projet

¹⁶ Il s'agit de praxis de différenciation (PD) observée, par le chercheur, pendant les rencontres du groupe de travail PPCC.

¹⁷ Lors de l'entrevue post-observation, la praxis de différenciation était présentée au participant afin que ce dernier puisse expliciter son analyse et les raisons derrière le déploiement de la praxis en question.

pour favoriser leur adhésion et leur participation à la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet.

L'une des praxis d'intégration ayant eu un impact important a été celle d'adapter et de peaufiner le message à l'égard du projet PPCC. En effet, les médecins croyaient initialement que tous les patients des unités allaient pouvoir bénéficier d'une concertation interprofessionnelle accrue alors que les ressources professionnelles disponibles permettaient de la faire seulement auprès de la clientèle plus vulnérable PPCC. Ajouter à cette clarification, les gestionnaires du projet ne parlaient plus de l'implantation d'une nouvelle approche, mais simplement d'une augmentation de la concertation interprofessionnelle autour des personnes vulnérables.

Tu sais, on l'a trouvé en équipe l'idée de dire ok, faut discriminer, faut hiérarchiser, tu sais on est parti là-dessus depuis le début, mais faut juste le nommer mieux. Tu sais, on l'a dit depuis le début que ça allait être pour clientèle vulnérable, mais là, faut le dire que pour la clientèle vulnérable on va vraiment augmenter la concertation professionnelle. Ça ne veut pas dire qu'autrement il n'y en a pas de concertation professionnelle, il y en a , mais elle est à la hauteur qu'elle était avant. Alors que là, pour les patients plus vulnérables, on va avoir une meilleure concertation professionnelle. Par contre, un patient qui n'aurait pas eu une super concertation professionnelle, mais si dans son épisode de soins tout à coup il arrive quelque chose qu'il devient plus vulnérable, à ce moment-là on va l'amener dans la cohorte de patients [PPCC] qu'on va suivre avec plus d'intensité et de concertation professionnelle, tu sais ... ça nous a permis de dénouer un peu et les médecins finalement ils l'ont acheté ça. Fait que ça nous a fait passer à travers. (Participant M)

Cette acceptation des représentants des médecins ne constituait qu'une première étape (même si très importante) dans la mise en œuvre de cette nouvelle pratique du Projet PPCC qu'est la démocratisation des requêtes professionnelles. Il fallait s'assurer ensuite que cette nouvelle pratique soit connue par les différents groupes de médecins avec une attention particulière à ceux qui devaient intervenir sur les unités pilotes ciblées par le projet. La circulation de l'information étant difficile à l'intérieur d'une grande organisation comme le

CIUSSS, plusieurs interventions ont dû être déployées non seulement par les gestionnaires de projets, mais aussi par les chefs d'unités et les différents professionnels pour leur expliquer (ou leur rappeler) les paramètres de la nouvelle pratique (praxis d'intégration). En effet, les chefs d'unité devaient parfois faire des retours auprès de certains médecins pour leur expliquer le droit des membres du caucus d'annuler leurs requêtes (praxis d'intégration). Sans compter qu'il y avait un roulement important des médecins résidents sur les différentes unités de soins (structure externe). Certaines praxis de différenciations des participants visaient d'ailleurs à mettre en évidence cette réalité afin que les gestionnaires du projet puissent trouver des façons de leur communiquer l'information sur la nouvelle pratique de requête professionnelle en cours (Tableau 18).

Tableau 18

Praxis de différenciation et d'intégration déployées, en lien avec les communications auprès des médecins résidents, accompagnées par l'analyse des participants du déploiement de ces praxis.

| | |
|--|--|
| PD soulevé lors de la rencontre du groupe de travail PPCC¹⁸ | Participant A n'ose pas demander aux médecins d'utiliser les nouveaux formulaires |
| Analyse du participant A lors de l'entrevue post-observation.¹⁹ | Peut-être pas « n'ose pas », mais je ne m'aventurerais pas à rencontrer les 40 résidents à chaque fois... C'était plus ça, j'ai dit : « ce n'est pas moi qui va aller voir les 40 résidents pour leur dire ; pouvez-vous s.v.p.(utiliser les nouveaux formulaires), pouvez-vous s.v.p., pouvez-vous s.v.p. ». Fallait que ça vienne de...(Participant A) |
| PI réalisée en lien avec la PD de Participant A lors de la rencontre du groupe de travail PPCC²⁰ | Participant M a parlé aux chefs, l'information sera sur le projet sera mis dans un dropbox. |

¹⁸ Il s'agit de praxis de différenciation (PD) observée, par le chercheur, pendant les rencontres du groupe de travail PPCC.

¹⁹ Lors de l'entrevue post-observation, la praxis de différenciation était présentée au participant afin que ce dernier puisse expliciter son analyse et les raisons derrière le déploiement de la praxis en question.

²⁰ Il s'agit d'une praxis d'intégration (PI) observée, par le chercheur, pendant les rencontres du groupe de travail PPCC.

| | |
|---|---|
| Analyse du participant M lors de l'entrevue post-observation.²¹ | Pas juste les médecins à rencontrer, il y a tous les résidents et les stagiaires et, etc. On n'avait pas pensé à eux autres là nous autres, c'est vrai qu'ils sont là, ils sont là le soir, sont là la nuit, sont là, tu sais. Fait qu'on l'a récupéré, tu sais, on l'a récupéré dans un 2 ^e temps là. (Participant M) |
|---|---|

Note : L'analyse du participant s'est réalisée lors de l'entrevue post-observation.

Outre le défi de faire connaître la nouvelle pratique auprès des médecins, des difficultés quant à l'utilisation des nouvelles requêtes professionnelles sont apparues. Dans le sillage de la pratique existante et poussée par la norme d'efficience, plusieurs médecins inscrivaient sur le nouveau formulaire de requête que le patient était PPCC (alors qu'il ne l'était pas) afin de faire accélérer la mise en œuvre des requêtes professionnelles. Certaines praxis de différenciation des membres du groupe de travail PPCC avaient d'ailleurs pour but de souligner cette mauvaise utilisation des requêtes par les médecins. Des praxis d'intégration ont dû être utilisées pour clarifier, auprès des médecins, l'utilisation des nouveaux formulaires et la situer à l'intérieur de l'envergure du projet.

... tu as beau l'expliquer, mais des fois c'est quand tu le vis et, tu sais, d'avoir des requêtes qui sont retournées ou préciser certains éléments... c'est ardu, mais c'est comme ça que ça avance, tu sais. Et je ne sais pas si les requêtes vont être comptabilisées, mais ça serait le fun que ça le soit. Et que si, à mettons, Docteur X ... fait des requêtes, ils disaient le trio Big Mac là [ergothérapie-physiothérapie-travail social], là ... bien ... qu'il y ait des discussions de dire bien on a refusé telle, telle requête, on peut tu vous parler et voir dans quel contexte finalement vous devriez faire une requête pour tel ou tel professionnel. Ça aide à arrimer finalement toute l'interdisciplinarité et c'est plus efficient au bout de la ligne. Fait que ça aide à faire connaître le rôle des gens. (Participant B)

²¹ Lors de l'entrevue post-observation, la praxis d'intégration était présentée au participant afin que ce dernier puisse expliciter son analyse et les raisons derrière le déploiement de la praxis en question.

Les praxis de différenciation déployées (par les chefs d'unités et les gestionnaires du projet) autour de la mise en œuvre de la nouvelle pratique des requêtes professionnelles ont servi à mettre en évidence les composantes des structures externes à considérer dans la conception et la mise en œuvre de la nouvelle pratique des requêtes professionnelles (démocratisation des requêtes). Les praxis de différenciation ont permis de mieux faire connaître les pratiques professionnelles et organisationnelles à considérer dans l'élaboration d'une requête professionnelle. Elles ont permis de cibler l'impact d'une norme sur la pratique existante des requêtes ainsi que de mettre en évidence l'importance de considérer le réseau de positions et pratiques en place dans le déploiement des stratégies visant à mettre en œuvre la nouvelle pratique. Les praxis de différenciation ont aussi fourni de l'information en continu sur le degré de mise en œuvre de la nouvelle pratique auprès des médecins.

Fort de cette connaissance fournie par les praxis de différenciation sur les structures externes et leurs effets, des praxis d'intégration ont été déployées pour modifier ces structures externes et les rendre plus favorables à l'intégration de la nouvelle pratique « démocratisation des requêtes professionnelles » du Projet PPCC. En effet, la réorganisation des professionnels par unités à l'hôpital 1 (ressources), le changement de la norme concernant l'émission et l'annulation des requêtes et par conséquent la modification du réseau de positions et pratiques existant sont tous des praxis d'intégration qui sont venues modifier les structures externes qui, à leur tour, sont venues faciliter la mise en œuvre de la nouvelle pratique. Outre ces modifications, la conception d'un formulaire de requête plus précis sur les pratiques existantes des professionnels a aussi pu bénéficier des praxis de différenciation à cet effet. Pour terminer, les praxis d'intégration relatives aux communications de cette nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles du projet PPCC ont pu s'appuyer sur le retour d'information à cet effet fournie par les praxis de différenciation. Si les praxis de différenciations et d'intégration semblent avoir travaillé en partenariat dans la mise en œuvre de cette nouvelle pratique qu'est la démocratisation des requêtes professionnelles qu'en est-il exactement de ceux qui les ont déployés? Est-ce qu'il y a des groupes de participants qui ont déployé certains types de praxis versus d'autres et pourquoi ? C'est ce que nous allons décrire dans la prochaine section sur les structures internes.

4.3.1.3 Les praxis de différenciation et d'intégration déployées en fonction des structures internes des groupes de participants : la démocratisation des requêtes professionnelles comme livrable du projet PPCC (QS3).

Tel qu'illustré dans le cadre conceptuel de Stones (2005), les participants s'appuient sur leurs structures internes pour la mise en œuvre de leurs praxis. En effet, ces derniers analysent les conditions d'action particulières (structures externes) dans lesquels ils se trouvent pour mettre en œuvre leurs praxis. Une analyse qui est influencée notamment par la place qu'occupent les participants à l'intérieur du réseau de positions et pratiques concerné ainsi que par les caractéristiques de leurs habitus respectifs. En fonction de sa position particulière et de son habitus par exemple, l'analyse des conditions d'action d'un médecin peut différer de celle d'une infirmière, et ce pour une même situation. Les prochains paragraphes serviront donc à mettre en évidence les particularités des praxis d'intégration et de différenciation déployées dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles, et ce en fonction des structures internes des différents groupes de participants à la recherche. Le **Tableau 19** résume les liens entre les praxis et les composantes des structures internes et ce pour chacun des groupes de participants.

Tableau 19

La démocratisation des requêtes professionnelles, nouvelle pratique du projet PPCC : les praxis d'intégration et de différenciation déployées par les différents groupes de participants en fonction de leurs structures internes

| GROUPES DE PARTICIPANTS | PRAXIS DÉPLOYÉES (par un représentant du groupe de participants correspondant) | STRUCTURES INTERNES | |
|-------------------------------|---|--|--|
| | | ANALYSE (DES STRUCTURES EXTERNES) DU CONTEXTE | HABITUS |
| Chefs d'unité de soins | <u>Praxis de différenciation</u> Témoigne des problèmes de communication (avec son AIC) qu'entraîne la pratique de requêtes professionnelles existante. | <u>Réseau de positions et pratiques :</u> Pouvoir important des médecins dans l'acceptation de la nouvelle pratique de | Préoccupée par la bonne gestion des lits sur son unité (efficacité et efficacité). |

| GROUPE DE PARTICIPANTS | PRAXIS DÉPLOYÉES (par un représentant du groupe de participants correspondant) | STRUCTURES INTERNES | |
|---|---|--|---|
| | | ANALYSE (DES STRUCTURES EXTERNES) DU CONTEXTE | HABITUS |
| Chefs d'unité de soins (suite) <u>Mandats et fonctions :</u> Gestion des patients (lits) et du personnel sur son unité. | Sensibilise sur le pouvoir des médecins dans l'acceptation de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles. Témoigne des problèmes d'utilisation de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles par les médecins. <u>Praxis d'intégration</u> -Rappels fréquents auprès des médecins pour faire connaître la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles et sa bonne utilisation. | démocratisation des requêtes professionnelles. Manque d'efficacité et de pertinence des pratiques existantes de requêtes professionnelles faites par les médecins. -Pratique existante = nombreuses communications aller-retour avec médecins pour la gestion des requêtes=surcharge de leurs AIC. <u>Ressources</u> -Roulement des médecins et résidents sur l'unité de soins. | La nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles doit être bien adaptée au fonctionnement de leur unité de soins. |
| Chefs de services professionnels <u>Mandats et fonctions :</u> Encadrement des professionnels répartis dans les différentes unités de soins et l'urgence. Suivis des normes de performances. | <u>Praxis de différenciation</u> Mentionne la présence d'une diversité de pratiques existantes quant aux requêtes professionnelles. Souligne le mauvais référencement dans la pratique existante de requêtes professionnelles. <u>Praxis d'intégration</u> Clarifie les différentes pratiques des professionnels et le moyen de référencement. | <u>Réseau de positions et pratiques</u> Constate, en fonction de son rôle, une diversité, entre les unités, de la pratique existante des requêtes professionnelles. Problème de référencement des médecins dans la pratique actuelle des requêtes professionnelles. | Besoin d'uniformisation de la pratique existante de requêtes professionnelles. Besoin de reconnaissance de la pratique professionnelle. Vision transversale de la trajectoire du patient. |

| GROUPES DE PARTICIPANTS | PRAXIS DÉPLOYÉES (par un représentant du groupe de participants correspondant) | STRUCTURES INTERNES | |
|---|--|---|---|
| | | ANALYSE (DES STRUCTURES EXTERNES) DU CONTEXTE | HABITUS |
| Conseillers cliniques <u>Mandats et fonctions :</u> Favoriser le développement des pratiques cliniques. Supporter la résolution de problématiques cliniques et éthiques. | <u>Praxis de différenciation</u> Souligne la non-conformité de la pratique existante des requêtes professionnelles : chèque en blanc des médecins. | <u>Règles :</u> Remarque la non-conformité des pratiques existantes autour des requêtes professionnelles. | Centré principalement sur la qualité et la sécurité des pratiques. Développement des meilleures pratiques de planification des congés. Uniformisation des pratiques existantes. |
| Gestionnaire du projet <u>Mandats et fonctions</u> Gestion du projet PPCC | <u>Praxis de différenciation</u> Clarifie, auprès des différents paliers de gouvernance, les visions différentes de l'implantation du projet. Explicite les réactions des médecins au projet PPCC et à la pratique de démocratisation des requêtes professionnelles. <u>Praxis d'intégration</u> Arrime les différentes visions du projet et de son implantation entre les différents paliers de gouvernance du projet. Réalise des présentations pour aller chercher l'approbation des médecins au projet. | <u>Réseau de positions et pratiques</u> Trois paliers de gouvernance pour le projet PPCC Diversité disciplinaire à l'intérieur de chaque palier de gouvernance. Reconnaissance de l'importance du pouvoir des médecins dans le succès du projet PPCC. <u>Ressources</u> Difficulté de pouvoir rejoindre l'ensemble des médecins (groupe hétérogène et peu disponible) pour leur parler du projet PPCC et de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles à implanter. | Préoccupé par le succès du projet PPCC dans son ensemble et son implantation à l'intérieur des deux hôpitaux. |

| GROUPES DE PARTICIPANTS | PRAXIS DÉPLOYÉES (par un représentant du groupe de participants correspondant) | STRUCTURES INTERNES | |
|-------------------------|--|---|---------|
| | | ANALYSE (DES STRUCTURES EXTERNES) DU CONTEXTE | HABITUS |
| | Déploie des stratégies de communication pour faire connaître les nouvelles pratiques de démocratisation des requêtes professionnelles et leurs utilisations. | | |

4.3.1.3.1 *Les structures internes des chefs d'unités et leurs praxis de différenciation et d'intégration.*

Les praxis déployées par les chefs d'unités visaient principalement à s'assurer du bon déploiement de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles sur leur unité de soins. Étant responsables de la gestion efficiente et efficace des lits sur leur unité, les chefs d'unité voyaient d'un bon œil l'arrivée de cette nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles qui allait permettre aux membres du caucus (professionnel, AIC et parfois chef d'unité) d'émettre et d'annuler des requêtes sans attendre l'avis du médecin à cet effet. De plus, cette nouvelle pratique allait permettre de diminuer les communications aller-retour de leur AIC avec les médecins et permettre ainsi de décharger leurs AIC à cet effet. Contrairement aux conseillers cliniques et chefs de service professionnels préoccupés davantage par le contenu clinique des nouvelles requêtes professionnelles, l'intérêt principal des chefs d'unité résidait davantage dans le degré de mise en œuvre et d'adaptation de la nouvelle pratique sur leurs unités de soins respectives.

Conscients du pouvoir important des médecins dans l'organisation et aussi sur la gestion de leur unité, les chefs d'unité ont déployé des praxis de différenciation visant à sensibiliser les membres du groupe de travail PPCC sur l'importance d'aller chercher l'appui des médecins pour le projet PPCC, mais plus spécifiquement pour la démocratisation des requêtes professionnelles. De plus, étant des témoins privilégiés de l'utilisation des nouvelles pratiques

par ces derniers sur leurs unités, ils ont aussi fait des praxis de différenciation sur les problèmes d'utilisation de la nouvelle pratique : manque de connaissance de la nouvelle pratique ainsi que du roulement des médecins résidents qui rendaient difficile l'appropriation de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles par ces derniers.

4.3.1.3.2 Les structures internes des chefs de services professionnels et leurs praxis de différenciation et d'intégration.

Les praxis déployées par les chefs de services professionnels étaient elles aussi en cohérence avec leur positionnement particulier à l'intérieur du réseau de position et pratiques autour de la planification des congés. En effet, contrairement aux chefs d'unités qui supervisent du personnel sur leurs unités respectives, les chefs de services professionnels encadrent des professionnels qui doivent intervenir sur plusieurs unités de soins et dans plusieurs hôpitaux. Cette position particulière leur permet, grâce notamment aux rétroactions de leurs professionnels, d'avoir une vision d'ensemble des similitudes et des différences de pratiques existantes entre les hôpitaux et les unités de soins. Des praxis de différenciation ont d'ailleurs été réalisées dans le but de soulever la présence de cette diversité de pratiques. Les praxis de différenciation déployées par les chefs de services professionnels avaient pour but de signifier qu'en raison de cette diversité, l'uniformisation des pratiques dont celle des requêtes professionnelles, devaient tenir compte de cette complexité et pourrait prendre plus de temps que prévu à implanter. Outre le désir de sensibiliser les autres membres du groupe de travail à cette problématique de mise en œuvre, il y avait aussi le désir de s'assurer de l'uniformisation des pratiques en question dont celle de la démocratisation des requêtes professionnelles. Se promenant d'une unité à l'autre, l'intégration des professionnels ou le remplacement de ces derniers est beaucoup plus facile lorsqu'il y a une certaine uniformisation des pratiques entre les unités et les hôpitaux.

Outre le besoin d'uniformisation, le besoin d'être sollicité pour le bon service au bon moment, était une autre préoccupation importante des chefs de services professionnels. En effet, la pertinence des requêtes professionnelles faites par les médecins était un enjeu pour les chefs de services professionnels. Des praxis de différenciation ont d'ailleurs été faites au groupe de

travail PPCC pour soulever les problèmes existants au niveau de la pertinence des requêtes professionnelles. De plus, par l'entremise de la conception de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles par un sous-comité interdisciplinaire, les professionnels de ce sous-comité ont eu l'occasion de bien expliquer aux autres chefs et professionnels les paramètres de leurs pratiques respectives : quand, comment et pourquoi solliciter les différents types de professionnels. Ces praxis de différenciation (déployées par les membres du sous-comité interdisciplinaire) ont permis aux autres membres du sous-comité de mieux définir les paramètres (praxis d'intégration) de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles.

4.3.1.3.3 Les structures internes des conseillers cliniques et leurs praxis de différenciation et d'intégration.

Les praxis des conseillers cliniques ont été déployées autour de la conformité (norme et meilleures pratiques) des pratiques existantes des requêtes professionnelles et de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles à développer. Ce type de praxis est en adéquation avec leur rôle à l'intérieur du CIUSSS. En effet, contrairement aux chefs d'unités et ceux des services professionnels, les conseillers cliniques se retrouvent (dans l'organigramme) sous le volet développement des pratiques professionnelles alors que les premiers se situent sous le volet opérationnel. Les conseillers cliniques visent le développement des meilleures pratiques à travers le CIUSSS (vision plus long terme et transversale CIUSSS) alors que le personnel sous volet opérationnel doit faire face à des enjeux d'opération au quotidien à l'intérieur de leur propre service (vision plus court terme et centrée sur les besoins de l'unité ou du service). Cependant, tout comme les chefs de services professionnels, les conseillers cliniques ont aussi une vision plus transversale des services et cherchent aussi une certaine forme d'uniformisation des pratiques (dans le respect des standards de qualité et de sécurité) à travers les différentes unités ou services des hôpitaux. Malgré ce désir d'uniformisation des meilleures pratiques, les conseillers sont conscients que cette mise en œuvre doit aussi être en adéquation avec la réalité (les structures externes) des unités où seront implantées les nouvelles pratiques.

Si moi, au niveau des pratiques là, je pars en peur avec une belle donnée probante, puis je veux développer quelque chose, mais que ça ne s'applique pas au quotidien, que ce n'est pas du tout un bon « timing », ça ne marchera pas. Si les opérations ont un besoin spécifique, mais que moi, au niveau des pratiques ce qu'ils veulent faire, on est complètement à l'écart d'une norme ou ce n'est même pas légal ce qu'ils nous demandent de faire, puis des fois c'est déjà arrivé, ça ne peut pas fonctionner. Fait qu'il faut vraiment qu'on soit toujours à savoir où sont les enjeux de chacun, où sont les opportunités de chacun, puis comment on peut le travailler ensemble. (Participant H)

4.3.1.3.4 Les structures internes des gestionnaires du projet et leurs praxis de différenciation et d'intégration.

Les gestionnaires du projet se composent de deux co-porteurs du projet qui jouent aussi des rôles de coordonnateur dans les opérations courantes. Ils sont accompagnés par un chargé de projet de la DQEPE (Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique) qui a pour mandat principal d'accompagner les gestionnaires du CIUSSS dans la mise en œuvre de leurs projets. Les gestionnaires du projet sont préoccupés principalement par le succès du projet PPCC et les activités pour favoriser son implantation. Les gestionnaires du projet (surtout les coordonnateurs) se retrouvent dans deux types de réseau de positions et pratiques : celui relié à leurs mandats sur les opérations courantes et celui construit autour de la gouvernance du projet. De façon générale, les praxis d'intégrations et de différenciation des co-porteurs consistaient d'ailleurs à développer une certaine cohérence entre les différents paliers de gouvernance du projet PPCC. Des praxis de différenciation aux paliers supérieurs pour leur expliquer les problématiques vécues dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques et des praxis d'intégration leur expliquant leurs besoins de support pour résoudre ces problématiques. Les gestionnaires du projet devaient aussi faire redescendre (praxis d'intégration) aux paliers de gouvernance inférieurs les enseignements décidés pour régler les problématiques ou les directives à respecter (incontournable) à respecter dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet PPCC.

... il faut que je sois confortable pour aller vendre tout ce qui a été développé dans le groupe de travail [PPCC], qui a été repeaufiné ou remodifié ou modulé par l'équipe projet. Puis là, je sais que j'ai un consensus, admettons, dans ces deux groupes-là. Mais là, il faut que je réussisse à aller le vendre là parce que c'est eux autres [comité directeur] qui vont me dire au final si c'est correct ou si ce n'est pas correct, puis ce qu'on peut faire là, tu sais. (Participant M)

Cette cohérence des différents paliers de gouvernance sur la vision et la mise en œuvre des pratiques était particulièrement importante pour la mise en œuvre des nouvelles pratiques touchant particulièrement les médecins. En effet, cette cohérence permettait aux gestionnaires de projets d'avoir davantage de légitimité (ou pouvoir) pour intervenir auprès des médecins dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques dont celle des requêtes professionnelles.

Dans ce contexte et informé par les membres du groupe de travail PPCC sur le degré de mises en œuvre des nouvelles pratiques dont celle de la démocratisation des requêtes professionnelles, les gestionnaires du projet ont déployé plusieurs praxis d'intégration afin de faire accepter le projet par les médecins et favoriser leur connaissance de la nouvelle pratique des requêtes professionnelles. Leurs praxis de différenciation consistaient, à faire le suivi auprès du groupe de travail (ainsi qu'auprès des autres paliers de gouvernance) sur le degré d'acceptation du projet et de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles par les médecins.

En conclusion, les praxis de différenciation et d'intégration déployées par les différents groupes de participants (donc différentes parties prenantes) se sont appuyées sur leurs structures internes respectives. Des structures internes influencées par la place qu'occupent ces différents groupes dans le réseau de positions et pratiques de l'organisation, de la planification des congés et plus spécifiquement celles reliées aux pratiques des requêtes professionnelles. Ces différents positionnements des groupes de participants ont amené des différences dans leur analyse des conditions d'action (structures externes). C'est aussi l'occupation de cette place qui, avec le temps, a forgé d'une certaine façon leur vision des services et des pratiques dans l'organisation (Habitus). En effet, les chefs d'unité de soins ont porté une attention particulière sur la mise en

œuvre et l'adaptation de la nouvelle pratique à leur unité spécifique. De leur côté, les chefs des services professionnels ont revendiqué une certaine uniformisation de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles à mettre en place afin que leurs professionnels puissent s'y retrouver d'une unité à l'autre. Les conseillers cliniques, quant à eux, ont porté une attention particulière à la qualité (meilleure pratique) et aux respects des normes de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles. De leur côté, les gestionnaires du projet se sont assurés de la bonne gouvernance du projet et d'impliquer les parties prenantes clés dont principalement les médecins. Les différentes praxis déployées par les groupes de participants ont donc permis d'avoir un portrait plus large et complet des structures externes entourant les pratiques existantes des requêtes professionnelles. Elles ont aussi permis, à certains égards, de modifier ces structures pour les rendre plus favorables à la mise en œuvre de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles, et ce en fonction de la diversité des préoccupations de chacun. C'est justement cet aspect que nous décrirons davantage dans la prochaine section sur les résultats.

4.3.1.4 Les résultats des praxis d'intégration déployées pour implanter la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles (QS4).

En cohérence avec le cadre de Stones (2005) explicité en début de chapitre, les praxis déployées par les différents groupes de participants ont contribué à reproduire ou modifier les structures (externes et internes) existantes (**Tableau 20** et **Tableau 21**). L'un des résultats les plus marquants a été la modification du réseau de positions et pratiques (**Figure 11**) duquel plusieurs effets positifs ont découlé pour faciliter la mise en œuvre de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles du projet PPCC. En effet, la modification de la norme pour démocratiser les requêtes combinées à l'acceptation des médecins (A) de déléguer le pouvoir de faire (flèche orange à la **Figure 11**) ou d'annuler des requêtes aux membres du caucus (H – à la **Figure 11**) (professionnels et AIC) a permis de changer la distribution du pouvoir dans le réseau de positions et pratiques autour de la pratique des requêtes

professionnelles. La gestion des requêtes pouvait alors se faire plus rapidement et être davantage en adéquation avec les besoins des patients.

Tableau 20

La nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles du projet PPCC : modifications ou reproductions des structures externes et leurs impacts

| STRUCTURES EXTERNES | DESCRIPTION | IMPACTS SUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRATIQUE DE DÉMOCRATISATION DES REQUÊTES PROFESSIONNELLES |
|---|--|--|
| Modifications des structures externes | | |
| Changement de la norme existante sur les requêtes professionnelles. | Les membres du caucus (professionnels et AIC) peuvent, tout comme les médecins, émettre et annuler des requêtes. | Décisions prises plus rapidement et avec une meilleure adéquation quant aux services professionnels à offrir aux patients. |
| Modification du réseau de positions et pratiques. | Augmentation du pouvoir des professionnels et des AIC (membres des caucus) sur la gestion des requêtes professionnelles. | Diminution des communications aller-retour avec les médecins sur la gestion des requêtes professionnelles. |
| Modification des ressources. | Répartition des professionnels de l'hôpital 1 par unité. | Un allègement de la charge de travail des AIC quant aux communications interprofessionnelles notamment celles avec les médecins. Amélioration des communications interprofessionnelles. |
| Reproduction des structures externes | | |
| Organisation des ressources | Préservation des travailleurs sociaux par spécialité au lieu d'être déployés par unité. | Difficulté des communications interprofessionnelles entre les travailleurs sociaux et les autres professionnels. |
| Pratiques existantes de requêtes professionnelles | Utilisation des anciens formulaires de requête par les médecins. | Besoin des chefs d'unités de rappeler aux médecins les paramètres de la nouvelle pratique. |
| Règles | Préservation de la règle d'efficience. | Les médecins inscrivent sur les requêtes que le patient est PPCC (même s'il ne l'est pas) pour avoir des services professionnels plus rapidement. |

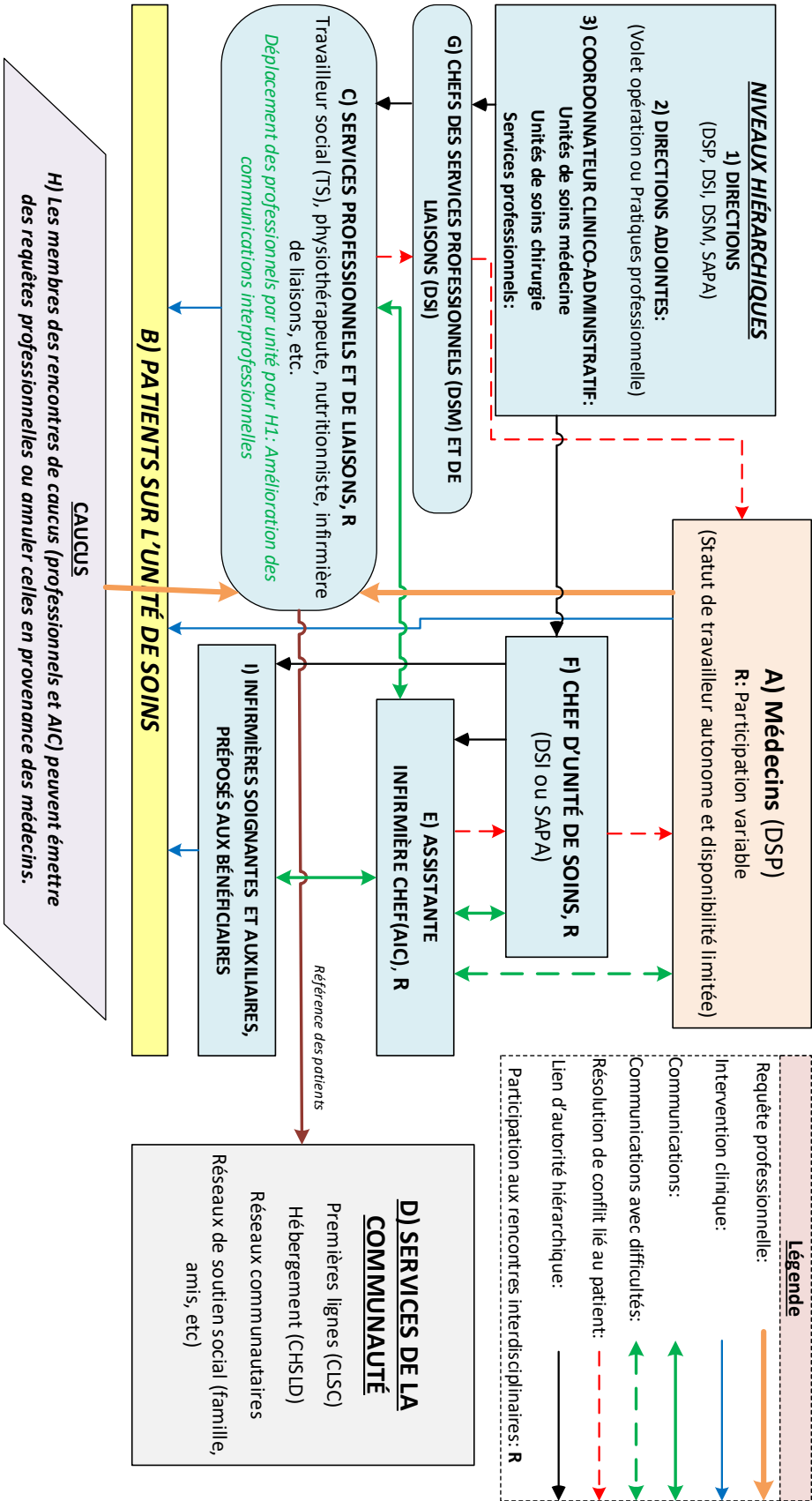
Tableau 21

La nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles du projet PPCC : modifications ou reproductions des structures internes et leurs impacts

| STRUCTURES INTERNES | DESCRIPTION | EFFETS |
|--|---|---|
| Modifications des structures internes | | |
| Habitus | Augmentation de la confiance du personnel dans la prise de décision sur l'annulation et l'émission des requêtes. | Les professionnels (et AIC) se sentent plus à l'aise de partager et confronter leur jugement clinique à celui du médecin : ce qui vient modifier tranquillement la distribution du pouvoir dans le réseau de positions et pratiques existant. |
| | Meilleure connaissance des médecins (et des autres professionnels) de la pratique des autres professionnels et des paramètres de référencement à ces derniers. | Meilleure pratique de référencement au niveau des requêtes professionnelles. |
| Reproduction des structures internes | | |
| Habitus | Réaffirmation du pouvoir des médecins dans le CIUSSS par leur pression contestant la distribution des travailleurs sociaux par unité. Ainsi que par leurs difficultés à utiliser les nouveaux formulaires de requêtes professionnelles. | Malgré la redistribution du pouvoir au niveau des requêtes professionnelles, le personnel demeure conscient de l'immense pouvoir des médecins dans le CIUSSS et sur les projets. |

Figure 11

Le réseau de positions et pratiques autour de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles



Cette modification du réseau de positions et pratiques a permis aussi de diminuer, entre les AIC (E –**Figure 11**) et les médecins (A–**Figure 11**), les communications aller-retour qui visaient à ajuster les requêtes professionnelles aux besoins des patients de l'unité (absence de la flèche orange pointillée à la **Figure 11**. versus la **Figure 10**). Le retrait de cette tâche des AIC, entraîna du même coup une diminution de leur charge de travail. Une charge de travail qui faisait d'ailleurs l'objet d'une grande préoccupation de la part des chefs d'unité (F– **Figure 11**) qui supervisent ces AIC. Il faut aussi nommer que la stabilisation des ressources humaines (professionnels et AIC) sur certaines unités a permis la création d'un lien de confiance avec les médecins facilitant ainsi la mise en œuvre de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles.

... il y avait moins de ... délais de prise en charge, là, fait que ça, c'était vraiment facilitant. Moi ç'a été comme un gros gain, là, dans tout ça. Et, tu sais, on les faisait en live aussi [les requêtes], dans le fond, dans nos rencontres, là ... et on se les distribuait, fait que, tu sais, rapidement. Et même ils [les professionnels] disaient : « Ah, tu sais, tu m'impliqueras dans ce dossier-là » ; « Oui, parfait ». Fait qu'on faisait la requête et... ça facilitait au niveau de l'équipe. (Participant O).

Oui, une confiance, oui. C'est sûr qu'avec la stabilité des personnes qui font partie de l'équipe, c'est mieux. Tu sais, c'est toujours mieux quand tu parles à la même personne que t'as vue le mois passé, ou il y a deux mois, que ça bien été et que tu as une expérience et une image positive de l'échange qu'on avait déjà eues. C'est sûr que mon assistante [AIC], elle est stable depuis le début du projet [PPCC], fait que quand elle rapporte [au médecin]: « Non il a été évalué, on l'a vu et c'est sécuritaire ». D'habitude on n'a pas de problématique [avec les médecins]. (Participant A).

Outre la modification du réseau de positions et pratiques, la réorganisation des professionnels par unité de l'hôpital 1 a aussi contribué à modifier les structures externes existantes et entraîné des effets positifs. Cette modification, combinée à la nouvelle pratique des caucus sur les unités, est venue bonifier les communications interprofessionnelles et du même

coup la pertinence des requêtes professionnelles auprès des patients. Il faut cependant noter ici que les médecins se sont opposés à la redistribution des travailleurs sociaux par unité (préservation des structures externes): diminuant ainsi la fluidité de leurs échanges avec les autres professionnels dédiés aux unités. Outre la préservation des travailleurs sociaux par spécialité à l'hôpital 1, il y avait une tendance des médecins à utiliser les anciens formulaires de requêtes professionnelles. En effet, ce changement de pratiques a été très rapide dans le cas des professionnels qui ont pu rapidement émettre et annuler des requêtes. Cependant, dans le cas des médecins, il y avait une tendance à utiliser les anciens formulaires de requêtes parfois en raison d'une méconnaissance de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles et parfois pour des raisons inconnues. Il est intéressant de constater que la norme d'efficience qui encourageait (antérieurement) les médecins à faire plusieurs requêtes en même temps pour que les professionnels s'impliquent rapidement dans les dossiers s'est transposée dans l'utilisation de la nouvelle pratique par les médecins. Ces derniers cochaient que le patient était PPCC (alors qui ne l'était pas) pour accélérer la prise en charge des patients par les professionnels entraînant ainsi une surutilisation de ces derniers dans des dossiers qui ne le nécessitaient pas.

Par rapport aux médecins c'était le plus gros enjeu, je pense là, leur TS [travailleur social]. Parce que les autres professionnels finalement, ils les ont mis par unité et ça pas fait de vague tant que ça. Les infirmières de liaison et les ergo[thérapeute] et les physio[thérapeute], ils ont tous fait ce virage-là sauf les TS qui ne l'ont pas fait, mais qui voulaient et que ça... ils ont reculé, dommage. (Participant N)

Deux éléments des structures internes ont été modifiés dans la mise en œuvre de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles du projet PPCC. La redistribution du pouvoir des requêtes dans les mains des professionnels et des AIC (membres du caucus) leur a permis de développer leur confiance dans leur jugement clinique et de pouvoir le confronter (lorsque nécessaire) à celle des médecins. Une confiance qui pouvait aussi s'appuyer sur une certaine solidarité des membres du caucus à l'égard de leur positionnement clinique. Une meilleure connaissance de la pratique des différents professionnels ainsi que des

raisons de référencement a été une autre modification aux structures internes qui a contribué à améliorer la pertinence des requêtes professionnelles.

Pas besoin d'attendre [pour faire des requêtes professionnelles], et on challenge aussi celles qui arrivent des médecins. Un patient qui arrive du bloc opératoire, et il a déjà une consul[tation] TS [travailleur social] – physio[thérapie], pourquoi? Il arrive du bloc [opératoire], on n'a même pas commencé sa prise en charge, pourquoi vous me demandez? Fait que des fois, c'est on [médecin] voudrait qui parte en convalescence. Pourquoi? Il se lève, il marche au corridor, sa famille elle est présente, il a les soins du CLSC... pourquoi? Pourquoi vous voulez l'envoyer en convalescence, il n'est pas candidat. Fait que ce challenge-là aussi est [fait]...(Participant A)

... c'est, je pense que ça [la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes] ouvre, ça fait en sorte que les professionnels sont mieux connus et ça laisse une plus grande marge de manœuvre. Les médecins sont moins sollicités probablement, il y en a qui aime mieux être très contrôlant et il y en a d'autres qui ont fait ok, ce n'est pas moi qui a besoin de poser ce geste-là ... c'est ça, dans un souci d'efficience, c'était bien. Et d'interdisciplinarité, de reconnaître finalement la juste valeur de chacun et la marge de manœuvre, c'est de donner une plus grande marge de manœuvre aussi aux professionnels et aux infirmières de liaison aussi. Fait que ça faisait moins médico-centriste au bout de la ligne. (Participant B)

La mise en œuvre de la nouvelle pratique de démocratisation du projet PPCC s'est réalisée avec un certain succès. La modification des structures externes dont celle du réseau de position et pratiques a été un facteur de succès important dans la mise en œuvre de cette dernière. De plus, la confiance acquise des professionnels dans leur jugement clinique (*habitus*) et le fait qu'ils commencent à challenger davantage les requêtes (*praxis*) faites par les médecins semblent avoir consolidé les changements effectués dans ce réseau et facilité ainsi la mise en œuvre de la nouvelle pratique.

La prochaine section traitera de la mise en œuvre d'une nouvelle pratique, celle rôle de répondant, un autre livrable du projet PPCC, qui a éprouvé davantage de difficultés. La description de cette mise en œuvre, avec le cadre conceptuel de la théorie de la structuration de Stones (2005), nous apportera davantage d'informations sur les rôles que peuvent jouer les praxis d'intégration et de différenciations dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques d'un projet et par conséquent, nous permettra de mieux comprendre les raisons derrière les difficultés de sa mise en œuvre.

4.3.2 Structuration de la mise en œuvre du rôle de répondant : une nouvelle pratique du Projet PPCC

La mise en œuvre de la pratique du rôle répondant avait pour but de nommer rapidement, après l'arrivée du patient PPCC sur l'unité, un professionnel qui établirait rapidement des liens avec des représentants des services extra-hospitaliers, comme les services des soins à domicile (SAD) du CLSC par exemple. En effet, le répondant aurait pour mandat de contacter les services du SAD afin de recueillir de l'information sur les services que le patient PPCC reçoit (ou non) du CLSC. Il aurait ensuite comme mandat de transmettre cette information auprès des autres professionnels et l'AIC de l'unité lors des rencontres de caucus. C'est le répondant qui aurait aussi comme rôle d'effectuer les démarches de référencement auprès des services du CLSC afin de s'assurer, le cas échéant, de la prise en charge du patient en question par ces derniers. Une prise en charge qui, toujours dans une optique d'efficience, devrait se faire le plus rapidement possible et ainsi permettre à l'unité de soins de sortir le patient tout en étant sécurisé avec les services à domicile qui seraient mis en place. Bref, le répondant, par son rôle, serait l'intervenant pivot durant la période d'hospitalisation du patient.

Dans cette section, nous décrirons les structures externes existantes avant la mise en œuvre de cette nouvelle pratique du rôle de répondant (QS2). Subséquemment, les praxis de différenciation et d'intégration déployées pour favoriser la mise en œuvre de cette nouvelle pratique seront explicitées (QS1). Les praxis utilisées seront aussi décrites en fonction des structures internes des différents groupes de participants à cette thèse (QS3). Enfin, nous

terminerons en mettant en évidence les résultats de l'utilisation de ces praxis sur la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle répondant et sur les structures externes et internes existantes (QS4).

4.3.2.1 Les structures externes autour de la nouvelle pratique du rôle de répondant du projet PPCC (QS2).

La description des structures externes autour de la nouvelle pratique du rôle de répondant sera complémentaire à celle décrite dans la section sur les nouvelles pratiques de démocratisation des requêtes professionnelles. En effet, plusieurs caractéristiques des structures externes décrites dans la section précédente sont les mêmes : notamment celles des rôles et pratiques du personnel impliqué dans la planification des congés. Cependant, nous irons davantage en profondeur dans la description de certaines caractéristiques des structures pouvant être associées plus directement à la nouvelle pratique du rôle de répondant. Une nouvelle pratique qui met en évidence plusieurs composantes relationnelles entre les professionnels des unités de soins ainsi que celles avec les services du soutien à domicile (SAD) des CLSC.

Nous porterons d'abord notre regard sur les règles affectant les échanges d'informations et le référencement entre l'hôpital et les CLSC. Ensuite, la question des ressources sera rapidement abordée. Pour terminer, nous porterons davantage notre attention sur les caractéristiques du réseau de positions et pratiques existant avant la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant. Un réseau marqué par différentes tensions (latentes) interprofessionnelles et interorganisationnelles qui ont été ravivées par la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant du projet PPCC. Le **Tableau 22** regroupe les principales composantes des structures externes qui seront décrites dans les prochains paragraphes.

Tableau 22

Principales caractéristiques des structures externes avant la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant.

| COMPOSANTES DES STRUCTURES EXTERNES | DESCRIPTION |
|--|---|
| RÈGLES | |
| Confidentialité | <ul style="list-style-type: none"> • Règle sur l'échange d'informations sur les patients (intra et interétablissement). |
| Norme organisationnelle | <ul style="list-style-type: none"> • Normes sur le référencement de l'hôpital vers les services du CLSC: utilisation des demandes de services interétablissements. |
| RESSOURCES | |
| La quantité de ressources humaines | <ul style="list-style-type: none"> • Les physiothérapeutes et ergothérapeutes sont moins nombreux et plus difficiles à recruter que les travailleurs sociaux. |
| Surcharge des ressources humaines | <ul style="list-style-type: none"> • Surcharge des assistantes infirmières-chefs (AIC) en lien avec leur rôle de pivot des communications sur les unités de soins. • En fonction des particularités des unités, surcharge de certains types de professionnels versus d'autres. |
| RÉSEAU DE POSITIONS ET PRATIQUES | |
| Positions | <ul style="list-style-type: none"> • Perception de supériorité des services de l'hôpital versus les services de premières lignes du CLSC. • Différence de pouvoir entre les types de professionnels en fonction du nombre de représentants et du domaine : santé versus social. |
| Pratiques | <ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels de l'hôpital interviennent auprès des patients sans faire le pont au préalable avec ceux du CLSC. • Les travailleurs sociaux et les infirmières de liaison communiquent avec les services du CLSC pour le référencement. • Les professionnels de la réadaptation et de la nutrition n'ont pas l'habitude de communiquer avec les services du CLSC pour collecter ou partager de l'information sur le patient. • Les professionnels de réadaptation ne font pas de demande de services interétablissement (Hôpital 1). |
| Relations | <ul style="list-style-type: none"> • Collaborations difficiles entre les Hôpitaux et les CLSC. • Tensions au niveau du partage de certains rôles et pratiques entre les différents types de professionnels. |

4.3.2.1.1 *Les règles*

Historiquement, que ce soit pour la cueillette ou le transfert d'informations (sur un patient) entre deux établissements comme un CLSC et un hôpital par exemple, un consentement signé du patient devait être préalablement obtenu. Avec la création des CIUSSS en 2015, qui a regroupé plusieurs hôpitaux et CLSC au sein d'un même établissement (CIUSSS), la règle sur le transfert d'informations entre ces derniers était alors amenée à changer. En effet, le transfert d'information entre un CLSC et un hôpital d'un même CIUSSS pouvait alors se faire légalement sans le consentement du patient. Par contre, dans le cas d'échange d'informations entre des installations de deux CIUSSS différents, la règle applicable pour le transfert d'information n'était pas claire. La nécessité d'obtenir un consentement signé du patient pouvait avoir un impact important sur la rapidité de l'échange d'information entre les établissements et ultimement sur la rapidité des interventions qui seraient favorables à une sortie plus rapide des patients de l'unité.

... avant la fusion, c'était des entités différentes [hôpitaux et CLSC], mais là, si ça devenait un même établissement [CIUSSS] et là il y avait la possibilité d'un consentement entre les établissements en lien avec les congés d'hôpital, [et] la circulation de l'information. Il y a eu une proposition que j'ai faite en lien avec ça, ... et je sais que [nom d'une personne] me disait qu'il y avait des travaux en cours avec le ministère de la Santé et services sociaux, à savoir quelle serait l'orientation dans les extraétablissements [entre différents CIUSSS], là, par rapport au consentement [du patient à l'échange d'informations]. S'il y avait un consentement implicite ou non, ou s'il devait y avoir une feuille de consentement à être signée. À ma connaissance, entre établissements ce n'est pas implicite, il devrait y avoir un consentement de signé ... Et, en même temps, il y avait une proposition même dans l'intra établissement [intérieur d'un même CIUSSS], de dire que c'était dans les bonnes pratiques de revisiter le consentement avec la personne pour qu'elle comprenne qu'entre les secteurs, dans le même établissement, il peut y avoir de l'échange d'informations. (Participant P)

Une autre règle à considérer dans la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant a été celle de l'utilisation des demandes de services interétablissement. Pour référer des patients de l'hôpital vers les services du CLSC, un formulaire de demande de services interétablissement devait être rempli afin de fournir de l'information sur la santé du patient et pour faire une demande de services particuliers en fonction des besoins de ce dernier. La complétion de la demande de services interétablissement était une norme organisationnelle qui était présente avant la création des CIUSSS et qui s'est poursuivie par la suite. Nous verrons plus loin dans la description du réseau de positions et pratiques les tensions interprofessionnelles reliées à la complétion et à l'acheminement de ces demandes de services interétablissement.

4.3.2.1.2 *Les ressources*

Au niveau des ressources, la surcharge des assistantes infirmières-chefs (AIC) et la sollicitation importante de certains types de professionnels sur les unités ont été nommées comme étant des facteurs pouvant avoir un impact sur la mise en œuvre de la pratique du rôle de répondant. En effet, on retrouve une surcharge des AIC en lien avec leur rôle central dans le fonctionnement des unités de soins, dont celui de pôle central des communications interprofessionnelles. Outre les AIC qui étaient particulièrement surchargées sur les unités, certains types de professionnels pouvaient être plus sollicités sur certaines unités versus d'autres en lien avec le type de services offerts par les unités en question.

En ce qui concerne la quantité des ressources, le faible nombre de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes a aussi été soulevé comme une caractéristique des structures externes pouvant avoir un impact sur la mise en œuvre de la pratique du rôle de répondant. En effet, l'ajout de tâches qu'impliquait le rôle de répondant auprès de ces derniers suscitait des questionnements quant à leurs capacités de réaliser leurs pratiques cliniques habituelles.

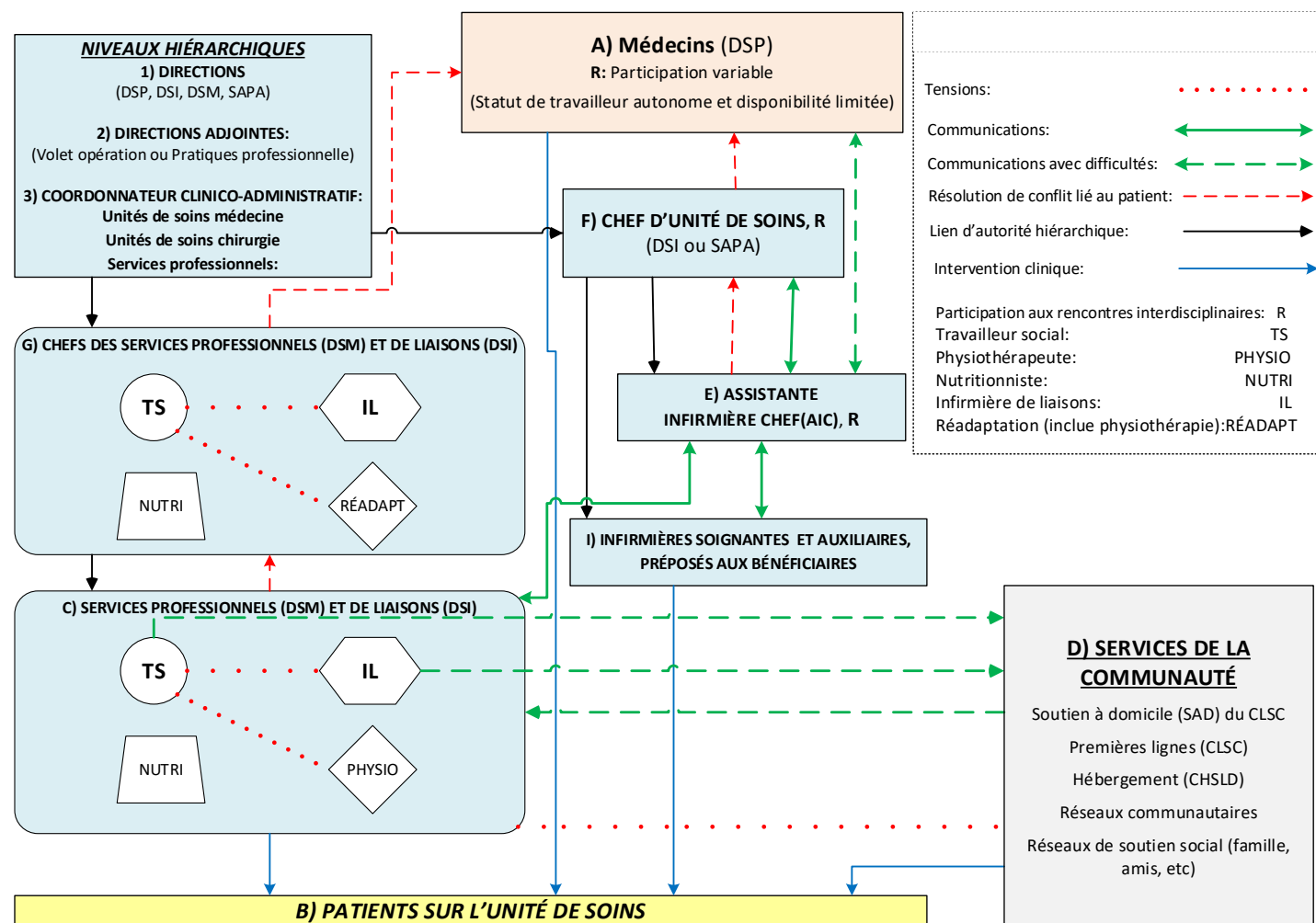
4.3.2.1.3 *Le réseau de positions et pratiques*

La description du réseau de position et pratiques autour de la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant met en évidence l'état des relations interprofessionnelles

et interorganisationnelles (entre les hôpitaux et les CLSC) avant la mise en œuvre de cette nouvelle pratique. Comme mentionné précédemment, certaines tensions interprofessionnelles et interorganisationnelles étaient présentes avant la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle répondant et ont été ravivées par la venue de cette dernière. Nous décrirons d’abord les particularités de la relation entre les hôpitaux et les CLSC. Nous poursuivrons ensuite avec celle des relations entre les différents types de professionnels dans les hôpitaux. Le **Tableau 22** résume les principales composantes du réseau de positions et pratiques alors que la **Figure 12** illustre le réseau en question.

Figure 12

Le réseau de position et pratiques avant la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant du projet PPCC



4.3.2.1.4 *Les relations interorganisationnelles entre le personnel des Hôpitaux et celui des CLSC*

Comme mentionné dans la description du milieu d’implantation du projet PPCC, les hôpitaux et les CLSC (D – **Figure 12**) ont des missions et des services très différents. Les premiers offrent des services spécialisés d’urgences et de traitements ponctuels, alors que les seconds offrent des services de premières lignes et de prévention dans une vision à plus long terme de la santé. Les hôpitaux concentrent leurs interventions dans leurs installations respectives alors que les CLSC offrent leurs services principalement dans la communauté. Avant la création des CIUSSS, ces deux types d’installations fonctionnaient de façon indépendante et avaient un ensemble de pratiques professionnelles et organisationnelles qui leur étaient propres. Il existait, quoiqu’embryonnaire, un peu de collaborations (pratiques interorganisationnelles) entre le personnel des deux installations en lien avec des usagers (patients) communs : plus particulièrement avec des personnes âgées en perte d’autonomie soutenues par les services de soutien à domicile (SAD) des CLSC.

Malgré la création des CIUSSS en 2015, les pratiques de collaboration entre les hôpitaux et les services des CLSC ne sont pas bien établies et sont aussi marquées par la présence de tensions (ligne pointillée rouge dans la **Figure 12**). On y retrouve notamment des dédoublements dans les interventions pouvant être réalisées de part et d’autre. En effet, le personnel de l’hôpital n’a pas le réflexe de communiquer avec celui du CLSC pour savoir si le patient est connu et quelles seraient les arrimages possibles de services pour faciliter le retour du patient dans la communauté. De plus, les paramètres de communications entre l’hôpital et le CLSC ne sont pas bien connus et les communications peuvent prendre du temps (flèches vertes pointillées dans la **Figure 12**). À l’opposé, il n’y a pas non plus de pratiques établies pour faciliter l’intervention du personnel du CLSC (auprès d’un patient) à l’intérieur de l’hôpital (flèches vertes pointillées dans la **Figure 12**)

... il manquait quelqu’un pour faire le lien entre le milieu hospitalier, le CLSC. Ce n’est pas vrai que tu peux faire débarquer un TS [travailleur social] du CLSC qui ne connaît

pas personne, qui ne connaît pas le médecin, qui ne connaît pas l'infirmière, l'ASI [Assistante Supérieur Immédiat qui est une autre appellation pour ACI], même le poste de travail, qui ne sait pas sont où les documents de travail. De dire, regarde, toi, tu pars d' [nom d'un quartier de la ville], au soutien à domicile, tu t'en vas voir le patient, puis de faire le lien. Tu sais, ça ne tient pas debout là ... T'envoies un intervenant dans un jeu de quilles, il ne saura pas à qui s'adresser puis faire le compte rendu à qui ... (Participant G)

Ce manque de pratiques interorganisationnelles serait dû à un ensemble de facteurs. Il y a d'abord une méconnaissance de la part du personnel de l'hôpital de ce que le CLSC peut offrir comme services. Cette méconnaissance est aussi associée à un jugement défavorable de la part du personnel de l'hôpital envers les services du CLSC selon certains participants. De leur côté, le personnel du CLSC, se sentant moins important que celui de l'hôpital, pouvait ne pas participer à certaines rencontres d'échanges avec le personnel de l'hôpital. Bref, ces perceptions défavorables de part et d'autre semblent avoir affecté le développement de pratiques de collaborations efficaces et efficaces entre le personnel de l'hôpital et celui des CLSC et contribuent au travail en silo de ces deux instances.

.... vous [les hôpitaux] les [patients] avez deux semaines, nous [CLSC], on les a deux ans, trois ans, quatre ans, ça se peut que dans ce parcours-là, il y en ait des échappés. On va chez eux, il y a des punaises, il y a des ci, des ça. Essayez de comprendre, il n'y a pas beaucoup d'ouverture [par le personnel de l'hôpital] à comprendre la réalité des soins à domicile. Tu sais, comment c'est dur faire des soins à domicile, les tempêtes, des ci, des ça ... Fait que ça, c'est à tous les jours, il faut qu'on [le personnel du CLSC]) prouve qu'on est capable. On est comme guettés ... (Participant N)

Il y avait pour une raison qui m'échappe, puis ça, vraiment, je ne suis pas capable de me l'expliquer pourquoi, mais on dirait que la perception de certaines personnes, celles qui étaient surtout du côté première ligne [CLSC], services sociaux, santé mentale, comme si ... leurs dossiers n'étaient pas importants, puis tu sais, que ça ne vaut pas la peine, puis qu'il y en a toujours juste pour les services hospitaliers. (Participant H)

4.3.2.1.5 *Le réseau de positions et de pratiques entre les représentants des services professionnels.*

Les différents professionnels (C –**Figure 12**) offrant des services aux patients sur les unités de soins relèvent de différents chefs (G –**Figure 12**) sous deux directions différentes. En effet, les services psychosociaux (dont les travailleurs sociaux), de réadaptation, de nutrition relèvent de trois différents chefs, mais font partie de la direction des services multidisciplinaires (DSM). Les infirmières de liaison (IL –**Figure 12**), quant à elles, sont sous la responsabilité de la direction des soins infirmiers (DSI) et disposent aussi d'un chef de service propre à ces dernières. Les chefs de services professionnels (G –**Figure 12**) supervisent les professionnels qui offrent des services à l'intérieur des deux hôpitaux et sur la majorité des différentes unités de médecine et de chirurgie. Ils ont par le fait même une meilleure connaissance des différentes pratiques ayant cours d'une unité ou d'un hôpital à l'autre.

La relation entre les multiples services professionnels est teintée par une différence de pouvoir entre les professions à l'intérieur du CIUSSS. Un pouvoir pouvant être associé au nombre de représentants d'une profession ainsi qu'au domaine auxquels ils sont associés. Présentes en grand nombre dans le CIUSSS, les infirmières auraient un pouvoir supérieur aux autres groupes de professionnels. À l'inverse, la pénurie de personnel dans un domaine peut aussi servir de levier de pouvoir, comme dans le cas des professionnels de réadaptation qui sont en nombre restreint dans le CIUSSS par exemple. Outre le pouvoir du nombre, les professionnels appartenant au domaine de la santé auraient davantage de pouvoir dans l'hôpital que ceux appartenant au domaine du social. Ils sont aussi plus près du corps médical, qui détient aussi beaucoup de pouvoir dans l'organisation.

... les physiothérapeutes, les ergothérapeutes sont moins nombreux, plus difficiles à recruter et ils ont une force en centre hospitalier. Ils sont très... associés avec les médecins aussi, tu sais, c'est la même faculté d'enseignement, c'est comme une ressource à protéger. Les travailleurs sociaux étaient en plus grand nombre, peut-être un petit peu plus facile à recruter.

[...]

On va tolérer beaucoup plus ... [d'] attende après l'éval [uation] de la physio[thérapeute] ou de l'ergo[thérapeute] que d'attendre après une éval TS [travail social]. Le travailleur social, tu sais... on a une pression qui est très... qui va être moins bien vue ou c'est comme si on vient en dessous au niveau de la hiérarchie là. (Participant F)

La relation entre les différents représentants des services professionnels est aussi marquée par différentes tensions (ligne rouge pointillée – **Figure 12**). Des tensions liées à l'ambiguïté des rôles et aux partages, entre les professionnels, de certaines pratiques cliniques et interdisciplinaires. Des tensions qui peuvent aussi être liées au manque de reconnaissance de certaines pratiques professionnelles versus d'autres. Des tensions qui étaient présentes depuis longtemps et qui ont notamment été ravivées par la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet PPCC.

...entre les infirmières de liaison et les travailleurs sociaux, c'est très ... conflictuel ... parce que les rôles ne sont pas clairement définis... Les rôles sont beaucoup plus clairs avec les physiothérapeutes et les ergothérapeutes, mais on a souvent l'impression qu'on nous utilise par les professionnels de la réadaptation, les travailleurs sociaux sont utilisés comme des secrétaires luxueuses. Donc les ... ergo puis les physio, surtout les physiothérapeutes ne rédigent pas de DSIE [demande de services inter établissement]. Donc, souvent le travailleur social va rédiger la DSIE pour le physiothérapeute et envoyer ça.

[...]

Donc, un des éléments qui ressortait beaucoup dans le cadre du PPCC c'est ... le bon intervenant au bon moment, on évite de dupliquer les évaluations, on réfère au bon professionnel. Donc, on se retrouvait avec une impasse parce que si le dossier avait été pris en charge par uniquement un physiothérapeute, bien, à l'hôpital 1, les

physiothérapeutes et les ergothérapeutes ne faisaient pas de DSIE. À l'hôpital 2, ils en faisaient, pas à l'hôpital 1. Donc ça, ça a été vraiment un nœud tout au long du déploiement du PPCC. En fait, même avant le PPCC. (Participant F)

La mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant du projet PPCC a apporté un éclairage sur les structures externes et particulièrement sur les tensions à l'intérieur du réseau de positions et pratiques en place. Des tensions interorganisationnelles et interprofessionnelles qui étaient présentes depuis longtemps et qui n'avaient jamais été réglées. C'est à l'intérieur de ce réseau en tension que des praxis de différenciations et d'intégrations ont été déployées par les participants afin de favoriser (ou non) la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant et c'est ce que nous allons décrire maintenant.

4.3.2.2 Praxis de différenciations et d'intégrations déployées dans la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant du projet PPCC (QS1)

Tout comme dans la démocratisation des requêtes professionnelles, les praxis de différenciation et d'intégrations ont opéré en tandem au cours de la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant. Les praxis de différenciation mettaient en évidence les caractéristiques des structures externes avec lesquelles la mise en œuvre de la pratique du rôle de répondant devait interagir. En effet, lors des rencontres du groupe de travail PPCC, les participants témoignaient des règles, des ressources et des caractéristiques du réseau de position et pratiques associées aux pratiques existantes et/ou interférant dans la mise en œuvre de la pratique du rôle de répondant. C'est à partir cette information fournie par les praxis de différenciation que des praxis d'intégration ont été déployées (ou non) afin de faire des ajustements et favoriser ainsi la mise en œuvre de la pratique du rôle de répondant (**Tableau 23**). Les prochains paragraphes serviront à décrire les praxis de différenciation utilisées pour décrire les composantes des structures externes et les praxis d'intégration déployées en conséquence pour favoriser la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant.

Tableau 23

Praxis de différenciations (PD) et d'intégrations (PI) déployées dans la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant du projet PPCC

| PRAXIS DÉPLOYÉES (par un participant) | DESCRIPTION |
|---|--|
| AU NIVEAU DES RÈGLES | |
| PD sur la règle existante | <ul style="list-style-type: none"> Le conseiller clinique souligne la nécessité de clarifier les règles autour de l'échange d'information entre installation et établissement. |
| PI sur la règle | <ul style="list-style-type: none"> Le conseiller clinique clarifie les règles autour de l'échange d'information entre installation et établissement. |
| AU NIVEAU DES RESSOURCES | |
| PD sur l'utilisation des ressources humaines. | <ul style="list-style-type: none"> La chef d'unité témoigne de la surcharge de son AIC en lien avec les nombreux appels qu'elle a à gérer au quotidien. La chef d'unité mentionne que c'est difficile pour l'infirmière de liaison d'assumer le rôle de répondant en lien avec son implication dans les autres dossiers. La chef de réadaptation partage sa crainte, auprès de sa supérieure, que le temps exigé par la pratique du rôle de répondant réduise celui disponible pour temps clinique. |
| PI sur l'ajout de ressources | <ul style="list-style-type: none"> Le gestionnaire de projet demande d'augmenter le nombre d'infirmières de liaisons (IL), car le déploiement de ces dernières par unité sans ajout de ressources à augmenter leurs tâches : couvre tous les patients de leur unité plus d'autres services qui ont besoin d'une IL. La chef de réadaptation demande d'ajouter des physiothérapeutes pour assumer la nouvelle pratique. |

| PRAXIS DÉPLOYÉES (par un participant) | DESCRIPTION |
|--|---|
| AU NIVEAU DU RÉSEAU DE POSITIONS ET PRATIQUES | |
| SUR LES PRATIQUES | |
| PD sur les pratiques existantes | <ul style="list-style-type: none"> • Le chef SAD-CH clarifie la procédure existante pour les communications avec le CLSC. • Le chef de réadaptation mentionne que les physiothérapeutes n'ont pas l'habitude de communiquer avec le CLSC. • Un chef d'unité mentionne que pour le contact avec le CLSC, les autres professionnels ont tendance à s'appuyer sur la travailleuse sociale. |
| PD sur la nouvelle pratique et sa mise en œuvre | <ul style="list-style-type: none"> • Le chef des services psychosociaux exprime un malaise en lien avec l'ambiguïté des rôles autour de la nouvelle pratique du rôle de répondant. • Un chef d'unité témoigne de la difficulté pour un groupe de professionnels d'assumer le rôle de répondant. • Un chef d'unité explicite un problème causé par la nouvelle pratique du rôle de répondant : le travailleur social répondant doit s'assurer que les travailleurs sociaux au dossier complètent l'outil de suivi. • Le chef de réadaptation souligne que les répondants ont des rôles et des responsabilités différentes d'une unité à l'autre (variation de la mise en œuvre). |
| PI sur l'ajustement de la nouvelle pratique | <ul style="list-style-type: none"> • Le chef SAD-CH clarifie les balises pour l'appel dans la communauté (au CLSC). • Le chef de réadaptation demande d'un aide-mémoire pour aider les physiothérapeutes dans leurs échanges avec le personnel du CLSC. • Le conseiller du bureau de projet réajuste le rôle du répondant avec les employés terrain : approche « bottom-up » différente de celle « top- down » habituelle. • Le gestionnaire de projet demande de bonifier le rôle existant de l'infirmière de liaison pour assumer davantage le rôle de répondant. |

| PRAXIS DÉPLOYÉES (par un participant) | DESCRIPTION |
|--|--|
| AU NIVEAU DU RÉSEAU DE POSITIONS ET PRATIQUES (SUITE) | |
| RELATIONS INTERORGANISATIONNELLES | |
| PD sur les relations interorganisationnelles | <ul style="list-style-type: none"> • Le coordonnateur SAD explique la réalité des services à domicile (SAD en CLSC) versus celle de l'hôpital. • Le chef SAD-CH partage le problème de l'intégration des travailleurs sociaux du CLSC à l'intérieur de l'hôpital pour faire le suivi du patient. |
| PI sur les relations interorganisationnelles | <ul style="list-style-type: none"> • Le gestionnaire de projet intervient auprès du SAD afin qu'ils soient moins exigeants au niveau du référencement. |
| RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES | |
| PD sur les relations interprofessionnelles | <ul style="list-style-type: none"> • Les tensions interprofessionnelles ne sont pas abordées en rencontres du groupe de travail PPCC, mais sont partagées par les participants en entrevues individuelles. |
| PI sur le réseau relations interprofessionnelles | <ul style="list-style-type: none"> • Le gestionnaire de projet rencontre les chefs des services professionnels pour susciter leur adhésion aux nouvelles pratiques du projet. • Le gestionnaire de projet fait des rencontres avec les chefs de services professionnels pour clarifier le partage des rôles et responsabilités dans la réalisation des demandes de services interétablissement (préciser comité directeur ou pas). |

4.3.2.2.1 *Praxis d'intégration et de différenciation déployées au niveau des règles.*

La nouvelle pratique du rôle de répondant du projet PPCC impliquait de l'échange d'information, sur les patients, entre des installations différentes d'un même CIUSSS (Hôpital-CLSC) ou entre des installations de différents CIUSSS. Un des participants a exprimé l'ambiguïté existante relative à la règle d'échanges d'informations entre les installations (du CIUSSS et avec autres CIUSSS). Cette règle a ensuite été clarifiée (praxis d'intégration) au cours de la mise en œuvre du projet PPCC (voir **Tableau 24**).

Tableau 24

Analyse d'un participant d'une praxis d'intégration (PI) déployée lors du groupe de travail PPCC

| | |
|--|---|
| PI soulevé lors de la rencontre du groupe de travail PPCC | Participant M fait un suivi au niveau des enjeux de confidentialité en lien avec les échanges d'informations à l'intérieur du CIUSSS versus à l'extérieur du CIUSSS |
| Analyse faite par le participant lors de l'entrevue post-observation. | [Nom d'une personne] ... est venu me voir après la rencontre, pour dire : « [Participant M], moi je suis un petit peu préoccupé à propos de la confidentialité, c'est quoi nos normes, tu sais, ils ont-tu le droit d'appeler et d'avoir de l'information comme ça, de l'extérieur et nanana ». « Bien, c'est une bonne question, tu sais, c'est une excellente question et ça vaut la peine qu'on aille au fond de la question ». Fait que là, on est allé chercher le monde qui allait nous aider à répondre à la question, là. (Participant M) |

4.3.2.2.2 *Praxis de différenciation et d'intégration déployées au niveau des ressources.*

Les participants se sont aussi exprimés sur l'état des ressources humaines (praxis de différenciation) existantes en lien avec la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant. Certains participants ont soulevé le fait que le rôle de répondant serait difficile à

assumer par certains groupes de professionnels ou membre du personnel de l'unité de soins. Comme mentionné dans les structures externes, la surcharge existante des AIC, notamment en ce qui concerne les communications, rendait l'exercice de ce rôle difficile pour eux. Des craintes ont aussi été soulevées (praxis de différenciation) à l'effet que certains types de professionnels étaient déjà très sollicités sur les unités et qu'ils seraient difficiles pour eux d'exercer ce rôle. En effet, certaines unités sollicitaient davantage les physiothérapeutes par exemple alors que pour d'autres c'étaient l'infirmière de liaison qui pouvait être sollicitée davantage pour intervenir auprès de la majorité des patients de l'unité (voir **Tableau 25**).

Tableau 25

Analyse d'un participant d'une praxis de différenciation (PD) déployée lors d'une rencontre du groupe de travail PPCC

| | |
|--|---|
| PD soulevé lors de la rencontre du groupe de travail PPCC | Le rôle de répondant est davantage assumé par les travailleurs sociaux (sur son unité) , car l'infirmière de liaison a beaucoup de suivis autres que PPCC. |
| Analyse faite par le participant lors de l'entrevue post-observation. | Oui, et c'est encore d'actualité. On a des patients qui ne sont pas PPCC qui nécessitent l'infirmière de liaison, beaucoup plus de façon pointue pour des appels pointus. Fait qu'elle a un peu moins d'intervenant principal [rôle de répondant] d'attribuer à son case load, parce qu'elle a tous les autres patients qui ne sont pas nécessairement PPCC, oui. (Participant A) |

S'appuyant sur les constats précédents partagés par les participants, des demandes d'ajout de ressources humaines (praxis d'intégration) ont été faites afin que ces dernières aient la disponibilité nécessaire pour assumer la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant. Tel que le souligne la citation ci-dessous, la réorganisation des infirmières de liaison (IL) par unité à l'hôpital 1 avait entraîné certains manques dans la couverture des services existants par ces dernières. À la suite de la phase d'implantation des projets pilotes, un gestionnaire du projet a fait une demande auprès de la haute direction afin d'augmenter le nombre d'infirmières de liaisons (praxis d'intégration) dans le but qu'elles puissent assumer

d'avantage la nouvelle pratique du rôle de répondant. À la fin de la collecte de données, l'ajout d'infirmières de liaisons n'avait pas été confirmé, ce qui obligeait les différents groupes de professionnels à se partager le rôle de répondant en question. De plus, suite au questionnement de la chef de réadaptation sur l'impact possible du rôle de répondant sur le temps clinique de son personnel (physiothérapeute, ergothérapeute, etc.), cette dernière a exprimé cette problématique auprès de sa supérieure (praxis de différenciation) afin d'explorer la possibilité d'ajouter du personnel de réadaptation (praxis d'intégration).

Moi, j'ai demandé un développement... tu sais, on est tellement dans le trou financièrement que je crois peu que je vais l'obtenir... Mais j'avais demandé 4 infirmières de liaison de plus, parce que, tu sais, nous autres on les a assignées par secteur là [par unité], nos infirmières de liaison et c'est sûr que ça nous vulnérabilise un petit peu, parce qu'on couvre les unités de soins, mais on ne couvre pas juste les unités de soins ... on sert les soins intensifs, qui ne sont pas dans le projet, on sert toutes les cliniques externes, qui ne sont pas dans le projet, on sert l'oncologie, qui n'est pas dans le projet. Fait que, tu sais, j'ai plusieurs autres secteurs qui ne sont pas dans le projet qu'eux autres on n'a pas mis une infirmière stabilisée sur l'équipe. Fait que c'est à même mon bassin d'infirmières qu'il faut qu'ils aillent couvrir quand même ces secteurs-là. (Participant M)

Je l'ai nommé à ma supérieure, mais, là, en faisant une répartition autrement des tâches faut savoir qu'on ne pourra pas être sur les deux fronts, être auprès du patient et être pivot [rôle de répondant] à la fois. Fait qu'un moment donné il y a quelque chose qui va flancher. Donc, si là on pousse pour être pivot [rôle de répondant], les interventions auprès du patient, le volume d'interventions [en réadaptation] qu'on doit faire auprès du patient, très classique, là, va, diminuer, fait qu'il y a une durée moyenne de séjour qui augmente alors qu'on veut travailler sur la durée moyenne de séjour au niveau. Fait que là, faut savoir si c'est correct, on a déterminé, on a décidé, l'organisation a décidé que ça appartenait à tous, personne ne serait épargné, on serait tous pivot [rôle de répondant]. ... mais faut savoir qu'il y aura un contrecoup à ça. (Participant K)

4.3.2.2.3 *Praxis de différenciation et d'intégration déployées au niveau du réseau de positions et pratiques.*

Au niveau du réseau de positions et pratiques, les praxis de différenciation utilisées avaient pour objectifs de rappeler certaines pratiques existantes pouvant être liées à la nouvelle pratique du rôle de répondant : les procédures de communication avec les CLSC et le fait que les professionnels de la réadaptation n'avaient pas l'habitude de faire ce type de tâches ont notamment été mis de l'avant (praxis de différenciation) lors des rencontres du groupe de travail PPCC. Se sont enchaînées par la suite des praxis d'intégration visant à clarifier les procédures de communications en question. Un aide-mémoire a aussi été demandé pour les physiothérapeutes afin que ces derniers puissent mieux comprendre quel type d'informations ils devaient demander dans leurs contacts avec les services de SAD des CLSC notamment (voir **Tableau 26** et **Tableau 27**).

Tableau 26

Analyse d'un participant d'une praxis de différenciation (PD) déployée lors d'une rencontre du groupe de travail PPCC

| | |
|--|--|
| PD soulevé lors de la rencontre du groupe de travail PPCC | Participant G clarifie le fonctionnement des communications avec la première ligne : « Il ne faut pas laisser tarder, il ne faut pas que ça prenne plus que 24 h pour un retour d'appel ». |
| Analyse faite par le participant lors de l'entrevue post-observation. | Puis là, ce que je venais clarifier ...c'est en lien avec la liste des ASI [assistant supérieur immédiat], des SAC [superviseur aux activités cliniques] en CLSC, liste lien en mars là, liste des téléphones SAC et ASI. De dire attendez pas trois jours pour un retour d'appel du travailleur social [du CLSC] qui est peut-être en vacances ou en maladie qui n'a pas changé sa boîte vocale. Tout de suite, escaladez ça. Puis, on est venu un peu mettre des barèmes en disant je laisse un message en avant-midi, si je n'ai pas de nouvelles l'après-midi, je fais le lien avec la SAC ou l'ASI, SAC psychosocial, ASI nursing. Puis [Participant G], son rôle [d'aider à faire des ponts avec le CLSC] comme chef SAD en milieu hospitalier, n'hésitez pas à l'interpeller. (Participant G) |

Tableau 27

Analyse d'un participant d'une praxis d'intégration (PI) déployée lors d'une rencontre du groupe de travail PPCC

| | |
|--|---|
| PI soulevé lors de la rencontre du groupe de travail PPCC | Participant K : « On aurait besoin d'un aide-mémoire en lien avec en quoi consiste l'appel des communautés. » |
| Analyse faite par le participant lors de l'entrevue post-observation. | Oui. Parce que c'est un grand changement de pratique, on [les professionnels de la réadaptation] n'appelait pas en communauté... on prenait pour acquis que les gens savaient quoi demander et ... réécrirait l'information convenablement ou en tout cas avec les éléments pertinents... (Participant K) |

Des praxis de différenciation ont aussi été utilisées pour informer que les rôles et responsabilités de la nouvelle pratique du rôle de répondant n'étaient pas clairs et que sa mise en œuvre créait de la confusion. Une mise en œuvre qui était d'ailleurs très inégale d'une unité à l'autre. Des praxis de différenciation ont aussi été déployées pour exprimer les problèmes que la nouvelle pratique de rôle des répondants apportait notamment dans les relations du travailleur social présent au caucus et les autres qui devaient suivre les patients de l'unité. Rappelons ici que cette situation a été causée par le refus des travailleurs sociaux d'être déployés par unités faisant en sorte que plusieurs travailleurs sociaux intervenaient sur une unité alors que ce n'était pas le cas pour les autres types de professionnels : qui étaient à la fois membre du caucus et intervenant dédié auprès des patients des unités. Malgré les répétitions des responsables pour clarifier le rôle de répondant, la conception de cette nouvelle pratique semblait ne pas bien correspondre à la réalité du fonctionnement des professionnels sur le terrain. Un atelier a d'ailleurs été organisé avec le personnel terrain (sans gestionnaire) afin que ces derniers puissent revoir la conception de la nouvelle pratique en question. Notons au passage que c'est à la suite de cet atelier que le rôle de répondant a été modifié et transformé pour celui d'intervenant principal. Malgré cet exercice, certaines ambiguïtés persistaient, mais le changement d'approche pour redéfinir cette pratique (« bottom-up » versus « top-down ») avait suscité une plus grande

motivation générale du personnel terrain à l'égard du projet PPCC (voir **Tableau 28** et **Tableau 29**).

Tableau 28

Analyse d'un participant d'une praxis de différenciation (PD) déployée lors d'une rencontre du groupe de travail PPCC

| | |
|--|--|
| PD soulevé lors de la rencontre du groupe de travail PPCC | Participant E exprime un malaise concernant le modèle de PPCC : l'arrimage entre le travailleur social PPCC et le travailleur social qui ne le sera pas, amène une ambiguïté des rôles. |
| Analyse faite par le participant lors de l'entrevue post-observation. | Oui, c'est ça. Exactement, le répondant et le rôle du TS [travailleur social]. Et là, je me disais, bien qu'est-ce que le TS qui n'est pas répondant, mais qui est TS au dossier devra faire. Parce que là, le TS devenait le répondant pour tous les patients de l'étage, mais ce n'est pas nécessairement lui le TS au dossier de ces patients-là [Patient PPCC]. Mais il était répondant, mais il y avait aussi un TS au dossier fait que là, je me disais comment on va départager ces deux rôles-là. Et visiblement, je pense que je n'étais pas la seule, parce qu'ils l'ont abordé dans un autre atelier où je n'étais pas et finalement ils ont laissé tomber le rôle de répondant. Fait que, ce malaise-là était partagé par plusieurs personnes, je pense. (Participant E) |

Tableau 29

Analyse d'un participant d'une praxis de différenciation déployée lors d'une rencontre du groupe de travail PPCC

| | |
|--|--|
| PD soulevé lors de la rencontre du groupe de travail PPCC | Participant A mentionne que le rôle du répondant est de talonner les autres travailleurs sociaux pour compléter ses informations PPCC. |
| Analyse faite par le participant lors | Absolument, que c'était vraiment un enjeu que, mettons, moi TS [travailleur social répondant participant au caucus] et ma collègue TS |

| | |
|--|---|
| de l'entrevue post-observation. | [au dossier, ce n'est pas à moi d'aller leur dire quoi faire. Et là, elle avait le rôle un peu de Watch dog auprès de ses collègues de travail qui ne lui revenait pas du tout comme tâche principale. (Participant A)] |
|--|---|

En ce qui concerne les relations interorganisationnelles, des praxis de différenciation ont été déployées dans le but d'améliorer la perception du personnel de l'hôpital à l'égard des services en CLSC : « C'était plus pour... en fait, à chaque fois, ce que je me rends compte-là, quand j'intervenais, c'était beaucoup pour expliquer la réalité de la première ligne versus l'hôpital » (Participant N). De plus, la difficulté du personnel du CLSC qui doit se déplacer pour venir intervenir auprès d'un patient à l'hôpital a aussi été soulevée. Le but étant de s'assurer que le personnel de l'hôpital met en place une procédure claire et facilitante pour accueillir et guider ledit personnel du CLSC.

Outre les quelques praxis de différenciation visant à mieux faire connaître la réalité des services en CLSC et en particulier ceux des services à domicile, peu de praxis d'intégration ont été déployées pour améliorer les relations avec les services du CLSC (SAD). La seule praxis d'intégration répertoriée visait à demander au mécanisme d'accès des services en CLSC de diminuer leurs exigences d'informations (sur le patient) lors des références en provenance de l'hôpital : qui était faite par l'entremise des formulaires de demande de services interétablissements.

Fait que la DSIE [demande de services interétablissement] simple a été créée et on a adouci des affaires, on a retravaillé aussi avec le mécanisme d'accès. Pour leur faire comprendre aussi qu'il fallait qu'ils arrêtent de nous demander 300 millions d'affaires là, tu sais. Parce ... tu sais, dans la DSIE, la communauté veut avoir des fois beaucoup, beaucoup, beaucoup d'affaire, là. Mais, en fait, maintenant, en 2019, ils ont accès au dossier clinique, et tout ça, là. Fait que tu sais, eux autres aussi peuvent faire un petit peu de recherches, ils peuvent aller chercher des affaires. C'est à partir du moment où tu donnes la base, s'ils veulent avoir +++ d'informations, ils peuvent continuer leurs recherches par eux autres même, fait qu'on a travaillé ce bout-là aussi avec eux autres.

Fait qu'au final, on arrive quand même à un résultat qui est aidant pour les équipes, tu sais. (Participant M)

Fait intéressant à considérer, les tensions interprofessionnelles n'ont pas été soulevées directement lors des rencontres du groupe de travail PPCC. Elles ont été principalement abordées lors des entrevues individuelles post-observations avec les participants. Par contre, comme mentionné dans la section sur les structures externes, ces tensions interprofessionnelles étaient présentes depuis longtemps et connues par le personnel et les participants à la recherche. Ces tensions semblaient faire office de frein à l'implantation du projet PPCC, mais particulièrement à la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant. Des rencontres ont eu lieu entre le gestionnaire du projet et les chefs des services professionnels (praxis d'intégration) pour susciter leur adhésion aux nouvelles pratiques du projet PPCC. Une tentative de résolution de problème (praxis d'intégration) pour clarifier le partage des rôles et responsabilités dans la réalisation des demandes de services interétablissement a aussi eu lieu lors de ces rencontres.

... on a vraiment fait une démarche avec le développement organisationnel avec ces chefs-là, on les a assis ensemble, on s'est assis avec eux autres, etc. on a fait des rencontres avec eux autres, dire là il faut apprendre à travailler ensemble. On va le reprendre le RACI [matrice de rôles et responsabilités], on va le reprendre entre nous autres là, on va les déterminer les rôles et responsabilités et une fois que ça... va être fait là, bien là, après, vous ne requestionnez plus ça là. Ça va être fait là, on va l'avoir décidé entre nous autres et vous allez le porter, vous allez être solidaires de ces décisions-là qui vont avoir été prises ensemble, tu sais.

... les chefs professionnels ... ce qu'on a travaillé... ce n'est pas tant dans la finalité du (RACI) que dans travailler avec eux autres sur globalement, c'est quoi le projet, c'est quoi le sens du projet, où c'est qu'on s'en va avec ça, c'est quoi l'interdisciplinarité et comment on va arrêter de garder notre chasse-galerie, notre chasse gardée, et qu'on va être plutôt complémentaire les uns des autres là. (Participant M)

Puis, un moment donné, il faut arrêter d'en discuter, puis il faut prendre des décisions. Puis cette décision-là [complétion des demandes de services interétablissement], ne relevait pas du niveau stratégique opérationnel. Je veux dire, un moment donné, il faut que les directions se positionnent, tranche et qu'on règle. Ça ne fera pas le bonheur, mais on ne pouvait plus en discuter. La discussion là, on l'avait fait là, tu sais, l'influence, j'essaie de te donner mon point, j'écoute le tien, tu m'amènes... c'était stérile. Ça faisait trois ans moi que j'étais là, ça faisait trois ans qu'on parlait de la DSIE, on était rendu à un point de décision, mais ça, c'est mon avis. (Participant F)

En résumé, des praxis de différenciation ont servi à identifier certaines caractéristiques des structures externes sur lesquels des interventions (praxis d'intégration) seraient ensuite déployées pour faciliter la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant du projet PPCC. En effet, il y a eu des praxis déployées pour clarifier la règle de transmission d'informations interétablissement (et installation). Des demandes d'ajout de ressources humaines ont été effectuées. Des interventions sur le réseau de positions et pratiques ont aussi été mises en œuvre : la nouvelle pratique du rôle de répondant a dû être retravaillée par le personnel terrain et des actions ont été posées afin de résoudre certaines tensions interprofessionnelles et interorganisationnelles. Ces différentes praxis (de différenciation et d'intégration) peuvent aussi être discriminées en fonction des différents groupes de participants et c'est ce que nous allons décrire dans les prochains paragraphes.

4.3.2.3 Les praxis de différenciation et d'intégration déployées en fonction des structures internes des groupes de participants (QS3).

Tout comme dans la mise en œuvre de la nouvelle pratique des requêtes professionnelles, les groupes de participants ont déployé leurs praxis (de différenciation et d'intégration) en s'appuyant sur leurs structures internes respectives. Influencé par leur rôle et position ainsi que par leur habitus respectif, les groupes de participants se sont distingués dans leurs analyses du contexte (les structures externes dans lesquels ils se trouvaient) et par conséquent, par les praxis (de différenciation et d'intégration) qu'ils ont déployées lors de la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant du projet PPCC. Le **Tableau 30**

regroupe les praxis de différenciation et d'intégration déployées par les différents groupes de participants en fonction des composantes de leurs structures internes respectives. En nous appuyant sur ce tableau, nous décrirons ce qui différencie les praxis des groupes en fonction de leur rôle et de leurs structures internes respectives.

Tableau 30

Les praxis de différenciation et d'intégration déployées en fonction des structures internes des groupes de participants

| GROUPES DE PARTICIPANTS | PRAXIS DÉPLOYÉES | STRUCTURES INTERNES | |
|---|---|---|---|
| | | ANALYSE (DES STRUCTURES EXTERNES) DU CONTEXTE | HABITUS |
| <p>Chefs d'unité de soins</p> <p><u>Mandats et fonctions :</u></p> <p>Gestion des patients (lits) et du personnel sur son unité.</p> | <p><u>Praxis de différenciation :</u></p> <p><u>Ressources :</u></p> <p>Partage sur la surcharge de son AIC en lien avec les nombreux appels qu'elle a à gérer au quotidien.</p> <p>Mentionne que c'est difficile pour l'infirmière de liaison d'assumer le rôle de répondant en lien avec son implication dans les autres dossiers.</p> <p><u>Pratiques existantes :</u></p> <p>Mentionne que les physiothérapeutes n'ont pas l'habitude de communiquer avec le CLSC. Ils ont tendance à s'appuyer sur la travailleuse sociale.</p> <p><u>Nouvelle pratique :</u></p> <p>Exprime l'impact de la mise en œuvre de la nouvelle pratique : : Travailleur social répondant doit s'assurer que les travailleurs sociaux au dossier complète l'outil de suivi des patients.</p> | <p><u>Ressources :</u></p> <p>Surcharge de l'AIC sur les unités ne lui permettant pas d'assumer des fonctions du rôle de répondant.</p> <p>Surcharge de certains types de professionnels en fonction des particularités des unités.</p> <p>Les TS de H1 sont demeurés par spécialité entraînant deux types de TS sur son unité : un répondant (au caucus) et les autres aux suivis des patients.</p> <p><u>Pratiques :</u></p> <p>Constata le manque d'habitudes et la résistance des physiothérapeutes à faire le lien avec le CLSC.</p> | <p>Préoccupée par la bonne gestion des lits sur son unité (efficacité et efficacité).</p> <p>La nouvelle pratique doit être bien adaptée au fonctionnement de son unité de soins.</p> |

| GROUPES DE PARTICIPANTS | PRAXIS DÉPLOYÉES | STRUCTURES INTERNES | |
|---|---|--|---|
| | | ANALYSE (DES STRUCTURES EXTERNES) DU CONTEXTE | HABITUS |
| <p>Chefs de services professionnels</p> <p><u>Mandats et fonctions :</u></p> <p>Encadrement des professionnels répartis dans les différentes unités de soins et l'urgence.</p> <p>Suivis des normes de performances.</p> | <p>Praxis de différenciation</p> <p><u>Ressources :</u></p> <p>La chef de réadaptation partage sa crainte, auprès de sa supérieure, que le temps exigé par la pratique du rôle de répondant réduise celui disponible pour temps clinique.</p> <p><u>Pratiques existantes :</u></p> <p>Clarification de la procédure existante pour les communications avec le CLSC.</p> <p>Partage le problème de l'intégration des travailleurs sociaux du CLSC à l'intérieur de l'hôpital pour faire le suivi du patient.</p> <p><u>Nouvelle pratique :</u></p> <p>Exprime un malaise en lien avec l'ambiguïté des rôles autour de la nouvelle pratique du rôle de répondant.</p> <p>Souligne que les répondants ont des responsabilités différentes d'une unité à l'autre (variation de la mise en œuvre).</p> <p><u>Praxis d'intégration :</u></p> <p><u>Ressources :</u></p> | <p><u>Ressources :</u></p> <p>Professionnels de réadaptation limités.</p> <p>Distribution des professionnels par unité pour hôpital 1 sauf pour les travailleurs sociaux.</p> <p><u>Pratiques existantes :</u></p> <p>Pas dans les pratiques existantes de la réadaptation de faire les liens avec le CLSC (résistance).</p> <p>Les physiothérapeutes ne font pas de demande de services interétablissement pour hôpital 1.</p> <p><u>Nouvelle pratique :</u></p> <p>Ambiguïté des rôles autour de la nouvelle pratique du rôle de répondant.</p> <p>Résistance avec l'appel au CLSC (ancrage pratique)</p> <p>Pour une même pratique, différence dans l'application d'une unité à l'autre.</p> | <p>Besoin d'uniformisation de la pratique.</p> <p>Vision transversale de la trajectoire du patient</p> <p>Pour les travailleurs sociaux et nutritionnistes : Besoin de reconnaissance de la pratique professionnelle.</p> |

| GROUPES DE PARTICIPANTS | PRAXIS DÉPLOYÉES | STRUCTURES INTERNES | |
|---|---|--|---|
| | | ANALYSE (DES STRUCTURES EXTERNES) DU CONTEXTE | HABITUS |
| | <p>Demande d'ajout de physiothérapeutes pour assumer la nouvelle pratique.</p> <p><u>Nouvelle pratique :</u></p> <p>Participation des professionnels à un comité pour redéfinir le nouveau rôle de répondant.</p> <p>Mise en place de balises pour l'appel dans la communauté (au CLSC).</p> <p>Demande d'un aide-mémoire pour aider les physiothérapeutes dans leurs échanges avec le personnel du CLSC.</p> | <p><u>Relation interorganisationnelle :</u></p> <p>Résistance avec l'appel au CLSC (ancrage pratique)</p> <p><u>Relation interprofessionnelle :</u></p> <p>Tensions entre les professionnels en lien avec le partage de certaines pratiques existantes.</p> | |
| <p>Conseillers cliniques</p> <p><u>Mandats et fonctions :</u></p> <p>Favoriser le développement des pratiques cliniques.</p> <p>Supporter la résolution de problématiques cliniques et éthiques.</p> | <p><u>Praxis de différenciation</u></p> <p><u>Règle :</u></p> <p>Informe sur la nécessité de clarifier la règle autour de l'échange d'information entre installation et établissement.</p> <p><u>Praxis d'intégration</u></p> <p><u>Règle :</u></p> <p>Participe à la clarification de la règle autour de l'échange d'information entre installations et établissements</p> | <p><u>Règle :</u></p> <p>La règle échange d'information entre installations et établissements n'est pas claire pour le groupe de travail PPCC.</p> <p><u>Ressources :</u></p> <p>La création des CIUSSS a apporté de la confusion au niveau de la règle d'échange d'information.</p> | <p>Centré principalement sur la qualité et la sécurité des pratiques.</p> <p>Développement des meilleures pratiques</p> <p>Uniformisation des pratiques</p> |

| GROUPES DE PARTICIPANTS | PRAXIS DÉPLOYÉES | STRUCTURES INTERNES | |
|---|--|---|---|
| | | ANALYSE (DES STRUCTURES EXTERNES) DU CONTEXTE | HABITUS |
| <p>Gestionnaire du projet</p> <p><u>Mandats et fonctions :</u></p> <p>Gestion du projet PPCC</p> | <p><u>Praxis de différenciation</u></p> <p><u>Pratiques existantes :</u></p> <p>Explique la réalité de la pratique aux services à domicile (SAD en CLSC) versus celle de l'hôpital.</p> <p><u>Praxis d'intégration</u></p> <p><u>Règles :</u></p> <p>Clarification, avec les conseillers cliniques, des règles autour de l'échange d'information entre installation et établissements</p> <p><u>Ressources :</u></p> <p>Demande d'ajout du nombre d'infirmières de liaisons, car le déploiement de ces dernières par unité sans ajout de ressources à augmenter leurs tâches : couvrir tous les patients de leur unité plus d'autres services qui ont besoin d'une infirmière de liaison</p> <p><u>Nouvelle pratique :</u></p> <p>Mise en œuvre de la révision du rôle répondant avec les employés terrain : approche Bottom-up différente de celle « top-down » habituelle.</p> | <p><u>Règle :</u></p> <p>Norme sur l'échange d'informations entre les professionnels de différents CIUSSS</p> <p><u>Pratique existante :</u></p> <p>Manque de connaissance des physiothérapeutes sur l'appel en communauté</p> <p>Travailleurs sociaux et infirmières de liaisons habitués à faire l'appel dans la communauté</p> <p><u>Nouvelle pratique :</u></p> <p>Résistance avec l'appel au CLSC (ancrage pratique)</p> <p>La mise en œuvre du rôle de répondant ne fonctionnait pas</p> <p><u>Relations interorganisationnelles :</u></p> <p>Ancrage des pratiques= pas de collaborations avec le CLSC</p> <p>Dédoublément TS hôpital versus TS CLSC (l'un ne communique pas avec l'autre)</p> | <p>Préoccupé par le succès du projet dans son ensemble et son implantation à l'intérieur des deux hôpitaux.</p> |

| GROUPES DE PARTICIPANTS | PRAXIS DÉPLOYÉES | STRUCTURES INTERNES | |
|-------------------------|--|---|---------|
| | | ANALYSE (DES STRUCTURES EXTERNES) DU CONTEXTE | HABITUS |
| | <p><u>Relations interorganisationnelles :</u></p> <p>Intervention de participant M auprès du service à domicile afin qu'ils soient moins exigeants au niveau du référencement.</p> <p><u>Relations interprofessionnelles :</u></p> <p>Rencontre avec les chefs des services professionnels pour susciter leur adhésion aux nouvelles pratiques du projet.</p> <p>Rencontres pour clarifier le partage des rôles et responsabilités dans la réalisation des demandes de services interétablissement</p> | <p><u>Relations interprofessionnelles :</u></p> <p>Tension entre les chefs de services professionnelles au niveau du partage des pratiques et de leur adhésion au projet.</p> | |

4.3.2.3.1 *Les structures internes des chefs d'unités et leurs praxis de différenciation et d'intégration.*

Les chefs d'unités de soins sont assis aux premières loges de la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet sur leurs unités. Ils participent d'ailleurs à l'évaluation hebdomadaire de l'implantation de ces nouvelles pratiques avec leurs équipes respectives. Leurs praxis portent principalement sur le déroulement de cette implantation sur leurs unités respectives comparativement aux conseillers cliniques par exemple qui portent un regard davantage sur la nature de la nouvelle pratique du rôle répondant et sa correspondance avec les meilleures pratiques. Les chefs d'unités sont soucieux de l'impact de cette nouvelle pratique sur l'utilisation des ressources humaines de leurs unités : déjà très sollicitées, notamment au niveau des AIC et de certains groupes de professionnels. Ils sont à même de constater quel groupe de professionnels éprouve plus de facilités que d'autres pour assumer la nouvelle pratique du rôle de répondant. De plus, ces derniers peuvent aussi remarquer les impacts de l'implantation de cette nouvelle pratique non seulement sur les ressources, mais aussi sur les pratiques existantes telle qu'explicitée à la section précédente. Malgré l'utilisation de plusieurs praxis de différenciation, il n'y a pas eu de praxis d'intégration significatives mises en œuvre par les chefs d'unités : ces derniers étaient davantage des témoins de l'implantation de la pratique du rôle de répondant plutôt que des acteurs de changement à cet effet. Cette faible utilisation des praxis d'intégration peut s'expliquer par le fait que le rôle de répondant devait être assumé par un membre de services professionnels (travailleur social, Infirmière de liaison, physiothérapeute, nutritionniste, etc.) et que ces derniers ne relevaient pas hiérarchiquement des chefs d'unité (absence de flèche noire entre la case F et C-**Figure 12**)

... ça revient beaucoup avec l'intervenant principal, là. Tu sais, les physio[thérapeute] n'assument pas vraiment ce rôle-là, là, d'être le leader dans le dossier. Fait que là, de faire le premier contact avec le CLSC, ils étaient mal à l'aise avec ça, là. (Participant E)

... dans la première vague [trois premières unités de soins à implanter la PPCC], c'était uniquement mon assistante qui le faisait [rôle de répondant]. Parce que, quand on avait

encore l'identité du rôle du répondant c'était dans le premier 24 h que le patient était à l'étage que fallait que quelqu'un appelle en communauté. Et la seule personne, à ce moment-là du projet, qui le faisait, c'était l'assistante. Fait qu[e]..., je dis ben là ça peut pas toujours être l'assistante parce que quelqu'un d'autre peut aller donner un coup de main. La TS [travailleuse sociale] avait un gros *case load* pour ... les premiers suivis PPCC ... on n'avait pas statué sur pleins d'autres choses, fait qu'on avait proposé que ce soit l'infirmière de liaison. (Participant A)

4.3.2.3.2 *Les structures internes des chefs de services professionnels et leurs praxis de différenciation et d'intégration.*

En ce qui concerne des chefs de services professionnels, les praxis portaient davantage sur la clarification de la nouvelle pratique du rôle de répondant (son contenu) plutôt que sur ces défis d'implantation tels que soulignés par les chefs d'unités de soins. En cohérence avec leur habitus, leur rôle et la répartition de leur personnel sur plusieurs unités, les chefs de services professionnels avaient besoin d'une certaine uniformisation de la nouvelle pratique du rôle de répondant et demandaient des clarifications à cet effet lors des rencontres du groupe de travail PPCC. Comme mentionné dans la section précédente, un atelier (praxis d'intégration) a d'ailleurs eu lieu avec des représentants des différents types de professionnels (et des AIC) afin de redéfinir le rôle de répondant en question. De plus, sous-jacent à ce besoin de clarification, des tensions interorganisationnelles, mais surtout interprofessionnelles refaisaient surface avec l'implantation de cette nouvelle pratique. Des tensions liées à un partage de tâches existantes non satisfaisantes pour certains groupes de professionnels. La nouvelle pratique du rôle de répondant provoquait une redistribution des tâches qui étaient satisfaisantes pour certains groupes professionnels, mais moins pour d'autres. Certains groupes de professionnels voulaient préserver la répartition des tâches existantes alors que d'autres voulaient profiter de l'implantation de la nouvelle pratique du rôle de répondant pour faire des changements à cette répartition de tâches en question.

Dans le fond, c'était que ce rôle-là [de répondant] n'était pas clair et sur le terrain c'était mal vécu par les travailleurs sociaux, ils avaient l'impression que c'était toujours eux les

répondants alors qu'au début, la logique du projet c'était que tout le monde pouvait être répondant. Mais dans les faits, sur les unités pilotes, on se retrouvait où c'était l'AIC... c'était l'infirmière de liaison ou majoritairement le travailleur social qui devenait répondant. Donc, ça alourdissait la tâche du travailleur social parce qu'il avait des tâches de plus qui étaient générées par le rôle du répondant. Moi, j'y voyais des inégalités parce que jamais un physiothérapeute n'était répondant ou des fois, un peu l'ergo[thérapeute], mais j'y voyais vraiment des inégalités dans les quatuors où c'était toujours la même personne qui était répondante. Et la fonction du répondant n'était pas claire, donc, elle devenait aléatoire d'une unité à l'autre. Fait que sur telle unité, on demandait de faire telle, telle chose au répondant alors que sur l'unité, bien, c'était différent sur les autres unités. Puis, je trouvais difficile de moi, comme gestionnaire, d'avoir une équipe où je gère des travailleurs sociaux qui avaient des rôles différents et aléatoires dépendamment de sur quelle unité ça se passait. (Participant F)

Malgré le besoin commun de clarification et d'uniformisation de la nouvelle pratique du rôle de répondant, les praxis (de différenciation et d'intégration) déployées par les différents chefs de services professionnels se sont aussi différenciées. En effet, pour le chef de soutien à domicile en milieu hospitalier, les praxis étaient davantage axées sur les clarifications et la mise en place de balises pour encadrer et encourager les professionnels à communiquer davantage avec les services du soutien à domicile des CLSC. Ce type de praxis de différenciation était d'ailleurs en cohérence avec son rôle de favoriser les transferts de patients entre l'hôpital et les services de la communauté. Pour la chef des services psychosociaux et des soins spirituels, ce sont davantage les tensions interprofessionnelles reliées aux partages des pratiques existantes de planification des congés (dont la demande de services interétablissement) avec les autres types de professionnels qui ont guidé ces praxis (de différenciation et d'intégration). Selon cette dernière, ses travailleurs sociaux subissaient une certaine injustice et un manque de reconnaissance dans le partage actuel des pratiques de planification des congés.

Traditionnellement, bien, ça passait par eux [travailleurs sociaux] puis pourquoi on changerait ça [la complétion de la DSIE [demande de services interétablissement] des

physiothérapeutes par la travailleuse sociale] ? Ça avait toujours fonctionné puis là ... je sentais, moi, la pression de céder par rapport à ça, mais je sentais que si je le faisais, je n'étais pas intègre avec ma profession de base puis intègre avec mes équipes, avec les travailleurs sociaux qui, c'était eux qui souffraient de ça. C'était difficile, ça alourdissait leur travail et ils souffraient de ne pas être reconnus pour, tu sais, de leur juste valeur au sein de l'hôpital. C'était difficile pour eux. Fait que de céder ce point-là, moi, je ne me sentais pas capable ... puis ..., veux, veux pas, j'avais un lien de confiance avec les travailleurs sociaux, de céder, je trouvais... Tu sais quand ça vient un moment donné, quand il y a un litige puis qu'on ne s'entend pas, bien, je pense qu'il faut que la direction tranche. Puis quand ça vient de la direction, bien, ça protège aussi un peu le chef...(Participant F)

Du côté de la chef de réadaptation, la pratique du rôle de répondant incluait des nouvelles tâches pour son personnel : entraînant ainsi des demandes pour avoir des outils permettant à son personnel d'assumer ces nouvelles tâches dont un aide-mémoire pour le contact avec les services d'aide à domicile des CLSC. De plus, cette pratique risquait d'augmenter les tâches interdisciplinaires de son personnel et lui apportait ainsi des inquiétudes quant à la capacité de son personnel à assumer le même niveau de services cliniques qu'avant l'implantation de la nouvelle pratique du rôle de répondant.

4.3.2.3.3 Les structures internes des conseillers cliniques et leurs praxis de différenciation et d'intégration.

Tout comme les chefs de services professionnels et en cohérence avec leur habitus (ainsi que de leur rôle), les conseillers cliniques étaient à la recherche d'une certaine uniformisation de la nouvelle pratique du rôle de répondant. Cependant, leurs praxis de différenciations portaient davantage sur la qualité et la sécurité de la pratique de répondant. En effet, c'est un conseiller clinique qui a soulevé le besoin de clarifier la règle de transmission des informations entre les installations d'un même CIUSSS ou de d'autres CIUSSS. Des praxis d'intégration ont d'ailleurs eu lieu principalement en dehors des rencontres du groupe de travail PPCC pour tenter de clarifier la règle en question.

Je dirais, dans ... les toutes premières interventions, j'ai relu certains documents et j'ai fait des propositions d'amendement à un ou deux documents, là, quand c'était du repérage plus au niveau, peut-être, psychosocial. Je l'avais communiqué à ce moment-là aux personnes concernées.

[...]

Puis, c'est ça, il y avait une autre intervention qui avait rapport avec la notion de consentement interétablissement... et là, ... il y avait [Nom de deux personnes], un moment donné que j'avais rencontré à l'hôpital 1 en lien avec ça, hum... parce, c'est sûr qu'il y avait comme la notion de consentement intraétablissement qui changeait quand même les pratiques par rapport à avant la fusion [de 2015]. (Participant P)

4.3.2.3.4 *Les structures internes des gestionnaires du projet et leurs praxis de différenciation et d'intégration.*

Comme mentionné dans la section sur la démocratisation des requêtes professionnelles, les gestionnaires du projet se composaient de deux co-porteurs du projet qui jouaient aussi des rôles de coordonnateur dans les opérations courantes : l'un auprès d'unités de soins des hôpitaux et l'autre au niveau des liens entre le service d'aide à domicile des CLSC et les hôpitaux. Ils étaient accompagnés par un chargé de projet de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique qui avait pour mandat principal d'accompagner les gestionnaires du CIUSSS dans la mise en œuvre de leurs projets. Certaines praxis (de différenciation et d'intégration) déployées pouvaient donc se distinguer en fonction de leurs rôles opérationnels respectifs même si ces trois personnes faisaient partie du groupe commun des gestionnaires du projet PPCC.

...même si moi, dans mes interventions, je disais tout le temps : « Faudrait que vous appeliez dès le début. Pourquoi on dédouble ? Pourquoi il y a une TS [travailleuse sociale] de la communauté, un TS [travailleur social] à l'hôpital ? ». Je pense que c'est des pratiques qui étaient trop ancrées pour les changer dans le cadre de ce projet-là [projet PPCC]. (Participant N)

Le groupe des gestionnaires du projet était le groupe le plus préoccupé par le succès du projet PPCC (habitus) et l'éventail des praxis (de différenciation et d'intégration) déployées pour favoriser son implantation tend à le confirmer. En effet, ces derniers prenaient le pouls de l'implantation de la nouvelle pratique du rôle de répondant et favorisaient ensuite la mise en place de solutions (praxis d'intégration) pour favoriser l'implantation de cette dernière. Des praxis d'intégration ont eu lieu au niveau de toutes les composantes des structures externes. En effet, des praxis d'intégration ont eu lieu afin de clarifier la règle de transmission d'informations avec les conseillers cliniques. Sur le plan des ressources, une demande d'ajout d'infirmières de liaison a été effectuée afin que ces dernières puissent couvrir davantage de services manquants et assumer davantage le rôle de répondant. Les gestionnaires de projet ont aussi participé à la mise en œuvre de l'atelier visant à clarifier et redéfinir le rôle de répondant. Les tensions interprofessionnelles ont aussi été abordées par l'entremise de rencontres visant à susciter davantage l'engagement des chefs de services professionnels à l'égard du projet. De plus, comme mentionné précédemment, une rencontre a eu lieu avec des représentants des services de soins à domicile en CLSC afin d'alléger les procédures de référencement de l'hôpital vers les CLSC. Le groupe des gestionnaires du projet est celui qui ressentait aussi le plus de pression quant à la réussite du projet PPCC comme en témoigne la citation ci-dessous.

... c'est ... la première fois, dans l'organisation, qu'on me confie, mettons, de développer un projet, ok. Parce que, en fait, ce que je veux parler, c'est de mon niveau d'investissement, tu sais, de comment j'étais investi dans le projet [PPCC] et dans les interventions et d'amener les affaires. C'est vrai que j'étais proactif à faire avancer les affaires et challenger le monde et faire avancer, et tout le kit...Parce que j'étais comme investi de cette mission-là de le faire avancer le projet...(Participant M)

En résumé, les praxis (de différenciation et d'intégration) des différents groupes de participants se sont distinguées en fonction de leurs structures internes respectives. En lien avec leur besoin d'avoir des pratiques adaptées au contexte de leurs unités, les chefs d'unités ont déployé des praxis de différenciation pour témoigner des pratiques existantes de planification des congés et des impacts de l'implantation de la nouvelle pratique sur les ressources et les

pratiques de l'unité de soins. Les chefs de services professionnels, motivés par leur désir d'uniformisation de la nouvelle pratique du rôle de répondant et impliqués dans des tensions interprofessionnelles, ont déployé des praxis (de différenciation et d'intégration) pour favoriser la clarification de la dite nouvelle pratique. Les conseillers cliniques ont agi comme chien de garde de la conformité de la nouvelle pratique du rôle de répondant avec les normes professionnelles. Enfin, les gestionnaires du projet, davantage préoccupés par le succès du projet PPCC, ont déployé des praxis d'intégration au niveau de toutes les composantes des structures externes concernées. Chaque groupe de participants, en fonction de leurs structures internes respectives, a donc déployé une variété de praxis pour favoriser une meilleure compréhension des structures existantes (praxis de différenciation) et pour agir sur ces dernières (praxis d'intégration). La prochaine section aura pour but de décrire les impacts de ces praxis de différenciation et d'intégration sur ces structures et par conséquent sur l'implantation de la nouvelle pratique du rôle de répondant.

4.3.2.4 Les résultats des praxis de différenciation et d'intégration déployés sur la mise en œuvre de la pratique de répondant (QS4).

Est-ce que les praxis déployées par les différents groupes de participants ont contribué à favoriser la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle du participant ou au contraire à freiner celle-ci? En cohérence avec le cadre de Stones (2005), nous expliciterons en quoi les praxis (de différenciation et d'intégration) ont modifié ou reproduit les composantes des structures existantes (externes et internes) et par conséquent, leurs impacts sur la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant (**Tableau 31** et **Tableau 32**).

Tableau 31

La modification ou reproduction des structures externes et leurs impacts sur la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant

| STRUCTURES EXTERNES | MODIFICATIONS/ REPRODUCTIONS | DESCRIPTION | IMPACTS SUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRATIQUE DU RÔLE DE RÉPONDANT |
|--|---------------------------------|--|--|
| Règles | Reproductions | Clarification de la règle existante de transmission d'informations entre installations d'un même CIUSSS ou de CIUSSS différents. | Clarifie les exigences à cet effet pour les communications du répondant avec les autres installations et CIUSSS. |
| Ressources | Reproductions | Pas d'ajout de ressources confirmées à la fin de la cueillette de données, et ce malgré les demandes d'ajouts d'infirmières de liaisons et de physiothérapeutes. | Le rôle de répondant doit être partagé entre les différents groupes de professionnels et ne pourra être imputable seulement aux infirmières de liaisons. |
| Réseau de position et pratiques | | | |
| Positions | Reproductions | <p>Pas de changement dans la perception de supériorité des services de l'hôpital versus les services de premières lignes (service à domicile en CLSC).</p> <p>Pas de changement de la distribution du pouvoir entre les groupes des services professionnels.</p> | Le réflexe pour les répondants d'appeler les services à domicile du CLSC ne s'est pas développé, entraînant du dédoublement dans les interventions. |

| STRUCTURES EXTERNES | MODIFICATIONS/ REPRODUCTIONS | DESCRIPTION | IMPACTS SUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRATIQUE DU RÔLE DE RÉPONDANT |
|---------------------------------|---------------------------------|--|---|
| | Modification | Clarification du rôle de répondant avec le personnel terrain : approche « bottom-up » au lieu de l'approche « top-down » habituel. | Sentiment des professionnels d'être écouté et amélioration de la mobilisation du personnel à l'égard du projet. |
| Pratiques | Modifications | Assouplissement des exigences des services à domicile quant au contenu nécessaire pour la réception des demandes de services interétablissement. | Facilite et diminue le temps nécessaire au répondant pour faire les demandes de services interétablissement auprès des services à domicile du CLSC. |
| | Modifications | Transformation de la pratique du rôle de répondant vers celle de l'intervenant principal. | Le rôle d'intervenant principal semble plus adapté à la réalité terrain et plus facile d'application. |
| | Reproduction | Résistance des physiothérapeutes à jouer le rôle de répondant et à faire des demandes de services interétablissement. | Peu de physiothérapeutes assument le rôle de répondant (intervenant principal). |
| Relations interprofessionnelles | Reproduction | Tensions interprofessionnelles non réglées. | Entraîne des frustrations entre les groupes de professionnels en lien avec le partage de la pratique de répondant entre eux. |

| STRUCTURES EXTERNES | MODIFICATIONS/ REPRODUCTIONS | DESCRIPTION | IMPACTS SUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRATIQUE DU RÔLE DE RÉPONDANT |
|--------------------------------------|---------------------------------|---|--|
| Relations Interorganisationnelles | Reproduction | Pratiques de collaborations non développées. Peu d'implication du service à domicile dans le projet PPCC. | Dédoublment des services entre l'hôpital et les services à domicile du CLSC. |

Tableau 32

La modification ou reproduction des structures internes et leurs impacts sur la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant

| STRUCTURES INTERNES | MODIFICATIONS/ REPRODUCTIONS | DESCRIPTION | IMPACTS SUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRATIQUE DU RÔLE DE RÉPONDANT |
|---------------------|------------------------------|---|---|
| Habitus | Reproduction | <p>Les habits des différents groupes de participants sont restés les mêmes.</p> <p><u>Plus spécifiquement :</u></p> <p>Difficile pour les physiothérapeutes (et leur chef) de se voir comme des intervenants pivots (rôle de répondant) dans un dossier.</p> <p>Sentiment des travailleurs sociaux (et leur chef) d'être moins considérés dans l'hôpital que les physiothérapeutes.</p> | <p>Résistance des physiothérapeutes à mettre en œuvre la pratique de répondant.</p> <p>Poursuite des tensions avec les travailleurs sociaux, car les physiothérapeutes assument difficilement le rôle de répondant et ne font pas de demande de services interétablissement (DSIE).</p> |

4.3.2.4.1 Les Impacts des praxis de différenciation et d'intégration déployées sur les structures externes.

Comme mentionné en introduction, la mise en œuvre de la pratique du rôle de répondant n'a pas été un succès. D'ailleurs, lorsque l'on regarde le **Tableau 31**, on constate qu'il y a eu très peu de modifications des structures externes pour cette pratique. Au niveau des règles, il n'y a pas eu de modifications. Cependant la clarification de la règle sur la transmission de l'information a permis de s'assurer du respect de cette dernière dans les communications du rôle de répondant avec les autres installations du CIUSSH ou de d'autres CIUSSH. Il n'y a pas eu de modifications des ressources, et ce malgré les demandes d'ajouts d'infirmières de liaisons et de physiothérapeutes. Ce maintien des ressources existantes (au niveau des infirmières de liaison) a obligé les différents types de professionnels à se partager la pratique du rôle de répondant au lieu de déléguer cette pratique aux infirmières de liaison. Les physiothérapeutes allaient devoir assumer la nouvelle pratique du rôle du répondant, et ce malgré leurs craintes des impacts sur leur temps cliniques et finalement sur la durée moyenne des séjours des patients.

... on est un peu dans cette réflexion-là, présentement, moi c'est ce que j'ai amené à ma chef. Moi ... j'é mets l'hypothèse qu'on a fait un changement ... de tâches et qu'il y aura une surcharge pour certaines disciplines qui ne le faisaient pas et qu'on n'a pas enlevé d'autre chose, et qu'il y en a d'autres disciplines qui vont peut-être être un plus gagnant, et là, faut savoir, est-ce qu'on vit avec ça ou on fait un ajustement de ressources en conséquence des tâches qu'on a demandées. C'est ce que moi j'é mets et je veux dire, moi je l'é mets plus haut et après on décidera avec du recul si oui, effectivement, il y a un effet. (Participant K)

Il y a eu aussi très peu de modifications des composantes du réseau de positions et pratiques. Les relations interorganisationnelles entre les hôpitaux et les services du service à domicile en CLSC ne se sont pas développées. La vision de supériorité du personnel de l'hôpital à l'égard des services du CLSC (services à domicile) est demeurée inchangée. De plus, outre une demande de soutien du gestionnaire de projet pour diminuer les exigences d'informations

dans les demandes de services interétablissement, le personnel du CLSC ne semble pas avoir été mis à contribution dans la mise en œuvre de cette pratique et dans l'implantation du projet PPCC en général. Conséquemment, le réflexe d'appeler rapidement les services à domicile du CLSC, avant de faire des interventions, ne s'est pas développé, entraînant ainsi des dédoublements dans les interventions du CLSC et des hôpitaux.

Avec réflexion là, je me dis que c'était trop un gros bateau à faire tourner. Tu sais, parce que quand qu'il y a un intervenant pivot du CLSC qui est dans le dossier, la personne est hospitalisée, l'hôpital assigne un TS [travailleur social]. Pourquoi? Tu sais, c'étaient souvent des questions que je posais, mais je pense que le changement était trop gros à faire. Pourquoi dédoubler nos interventions quand on a déjà quelqu'un, appelez-nous, on va y aller... ça n'a pas porté fruit. (Participant N)

En ce qui concerne les relations interprofessionnelles existantes, ces dernières ne se sont pas vraiment améliorées, et ce malgré les praxis d'intégration déployées à cet effet. Il n'est cependant pas clair dans les données recueillies jusqu'à quel point les tensions existantes avant la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant ont été abordées. L'objectif des praxis déployées était davantage d'encourager les chefs de services professionnels à se rallier au projet plutôt que sur la résolution des conflits existants. En revanche, l'enjeu de la non-complétion des demandes de services interétablissement par les physiothérapeutes a été abordé plus directement, mais semble ne pas avoir donné les résultats escomptés. Par conséquent, même si certains physiothérapeutes assument davantage le rôle de répondant, ces derniers manifestent beaucoup de résistances à mettre en œuvre cette nouvelle pratique.

Il [le projet PPCC] ramassait des vieilles affaires qui étaient laissées là. Puis ça, c'est des affaires je pense qu'on n'a jamais eu le courage ou qu'on n'a jamais adressées. Puis que là, on n'a pas le choix. Puis ça, c'est quelque chose qui m'est venu là, tu sais, par rapport au projet. Je me disais tabarnouche, on n'arrivera pas. Même si je suis très positif, c'est que je me disais tant et aussi longtemps qu'on ne règlera pas ces enjeux-là, qui demeurent là, la guerre-guerre des professionnels, la fameuse DSIE [demande de services interétablissement], les médecins. Tant qu'on n'ira pas au bout de... tu as beau

mettre un PPCC, tu ne régleras pas le fond du problème là... Tu sais, la réadapt[ation], ne fait pas de DSIE [demande de services interétablissement], pourquoi qu'eux autres ne font pas de DSIE ça, c'est connu depuis longtemps. Les intervenants dédiés sur les unités, là, la DSM avait décidé de mettre les travailleurs sociaux, les travailleurs sociaux ont chialé avec les médecins. Finalement, ils (DSM) ont ... ils sont retournés en arrière, pas de travailleurs sociaux dédiés sur les unités. Mais oui, infirmières de liaison dédiées, mais en même temps, on ne revoit pas nécessairement leur rôle, ils ne font pas de l'évaluation ou ils ne vont pas au-devant des requêtes. Ils attendent les requêtes, tu sais. Fait que dans le fond, on ne règle pas le fond du problème, mais peut-être qu'il va y avoir un PPCC phase 2 ... Mais tu sais, c'est que si tu ne règles pas ça, tu vas mettre des... tu sais. En tout cas, moi, mon point c'était que d'ajouter des formulaires pour en ajouter, ce n'est pas ça là, ce n'est pas ça qui est pertinent là. Les formulaires à mon avis, c'est la finalité de ton projet. (Participant G)

... ils [le personnel de réadaptation dont les physiothérapeutes] auraient besoin d'un outil, tu sais, d'un outil, là, d'un support, tu sais, pour les aider à aller baliser qu'est-ce qu'ils devraient demander comme information et tout ça, tu sais. On va travailler là-dessus, je pense, en phase deux-là, mais on va retravailler sur cette affaire-là au complet, là, l'appel en communauté, parce que ce n'est pas simple. Mais, tu sais, ça frôle plus la résistance, tu sais, de la faire carrément que de bonnes raisons de ne pas le faire, mettons. (Participant M)

Il faut cependant souligner que l'approche « bottom-up » utilisée pour redéfinir le rôle du répondant (à celui d'intervenant principal) avec le personnel terrain semble avoir insufflé une certaine motivation du personnel à l'égard du projet PPCC et ce malgré la persistance des problèmes des professionnels à assumer les tâches associées à ce rôle.

... de le faire avec les professionnels parce qu'une de mes critiques depuis le début du projet de PPCC c'est que j'avais l'impression beaucoup que c'est un projet « top-down ». Donc, que les décisions étaient prises puis que bien, on informait les gestionnaires, donc le comité de travail. Donc, c'était plus un comité d'information qu'un comité de travail

et de décisions. Donc, on recevait de l'information alors que de venir travailler le rôle de répondant en impliquant les professionnels, en le faisant avec eux puis en venant le clarifier par la suite, bien ça, je trouvais que c'était une très bonne stratégie, puis une bonne idée de le faire comme ça là.

[...]

Bien, je ne me souviens pas parce que bon, je suis partie tout de suite après là, fais que je n'ai pas vécu la modification du rôle de répondant. Par contre, ce que je me souviens puis qu'est-ce que je peux affirmer clairement c'est que les travailleurs sociaux qui ont participé à cette activité-là ce sont sentis entendus et ont participé, se sont mis en mode solution et ... la façon de revoir le rôle de répondant émanait d'eux-mêmes. Donc, ça, c'était satisfaisant. Comment ça s'est vécu après, là, je ne peux pas le dire. Mais le processus de révision du rôle de répondant avait été satisfaisant pour les travailleurs sociaux. (Participant F)

4.3.2.4.2 Les impacts des praxis de différenciation et d'intégration déployées sur les structures internes.

Au niveau des structures internes et plus précisément au niveau des habitus, il n'y a pas eu de changements observés. Les différents groupes de participants sont demeurés avec leur habitus initial. En ce qui concerne le personnel de réadaptation et plus précisément des physiothérapeutes (et leur chef), il était toujours difficile pour ces derniers de se percevoir comme des intervenants pivots (associé au rôle du répondant) dans un dossier ainsi que de faire des demandes de services interétablissement. Le sentiment des travailleurs sociaux (et leur chef) d'être moins considérés dans l'hôpital que les physiothérapeutes n'ont pas changé. La résistance des physiothérapeutes à assumer le rôle du répondant ou à faire des demandes de services interétablissement est venue consolider le sentiment initial des travailleurs sociaux.

Mais, effectivement, c'est les TS [travailleurs sociaux] et les infirmières de liaison qui sont plus habitués de faire ça. Fait que ça pour les physio[thérapeutes] et les

ergo[thérapeutes], c'est une nouveauté et je pense qu'encore maintenant il y en a qui le font, il y en a que pas vraiment. Tu sais, c'est encore difficile à implanter, parce que pour eux c'est une nouveauté aussi, là. (Participant J)

Donc, à notre niveau de chefs, on s'est dit bien, il faut le trancher [le problème de la demande de services interétablissement], mais là, on n'y arrivait pas. On n'y arrivait pas, on était dans une dynamique de chefs où chacun était très centré sur sa position et était très centré sur la défense de ses intervenants. Et, mon analyse c'est qu'un milieu hospitalier, il y a une hiérarchie médicale, il y a une hiérarchie entre professionnels. Tu sais, un professionnel a une valeur plus grande qu'un autre parce qu'il y a une pénurie... Fait que ça finissait que ça convergeait toujours vers bien, la TS [travailleurs sociaux] va le faire. Et moi, ça me faisait réagir beaucoup, ce qui fait que... puis je ne voulais pas céder à ça parce que je me devais de représenter, je pense, mes équipes. Ce n'est pas vrai que c'est un acte réservé au travail social, ce n'est pas vrai. Il ne faut pas se servir des travailleurs sociaux comme des ... personnes à tout faire. Fait que je maintenais mon bout, donc, c'était stérile. Alors, je pense qu'il aurait fallu qu'un directeur vienne décider et trancher, que la direction se positionne. (Participant F)

En conclusion, les structures externes sont restées pratiquement les mêmes autour de cette nouvelle pratique. Il n'y a pas eu d'ajout de ressources et le réseau de positions et pratiques est demeuré le même (**Figure 12**) malgré les praxis d'intégration visant à diminuer les tensions interprofessionnelles. Il y a eu un peu d'ajustement sur la nouvelle pratique du rôle de répondant en elle-même pour la rendre plus facilement opérationnelle, mais ce ne fut pas suffisant pour favoriser sa réelle mise en œuvre. Bref, contrairement à la mise en œuvre de la nouvelle pratique de la démocratisation des requêtes professionnelles, la mise en œuvre de celle concernant le rôle de répondant n'a pas vraiment pu se concrétiser.

Dans la prochaine section, nous essayerons de mieux comprendre cette différence de mise en œuvre entre ces deux nouvelles pratiques, deux livrables du projet PPCC, en comparant, à l'aide du cadre conceptuel de Stones (2005), les types de praxis de différenciation et d'intégration déployées ainsi que leurs résultats respectifs.

4.3.3 Comparaison des mises en œuvre des deux nouvelles pratiques du projet PPCC : la démocratisation des requêtes professionnelles et le rôle de répondant

Le travail de comparaison des mises en œuvre des deux nouvelles pratiques du projet PPCC va se faire en trois étapes. D’abord nous allons porter notre attention sur les structures externes associées à chacune des nouvelles pratiques, ensuite nous comparons les praxis de différenciation et d’intégration déployées pour favoriser leurs mises en œuvre respective et nous terminons en comparant les résultats atteints par les praxis en question.

4.3.3.1 Comparaison des structures externes (QS2).

Sur le plan des structures externes, on remarque que la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles existait avant sa modification (elle portait l’étiquette de requêtes professionnelles) dans le cadre du projet PPCC alors que pour celle du rôle du répondant, il s’agissait d’une véritable nouvelle pratique à implanter et ce particulièrement pour les nutritionnistes et les professionnels des services de réadaptation dont les physiothérapeutes (cités à plusieurs reprises dans la section précédente). La pratique existante des requêtes professionnelles entraînait différents problèmes, et ce pour l’ensemble des groupes de participants (**Tableau 33**) ainsi que pour les médecins. En effet, les nombreuses communications avec les médecins pour annuler ou ajuster une requête professionnelle entraînaient des délais et des irritants pour les différents groupes. Dans le cas de la nouvelle pratique du rôle de répondant, il y avait certaines tâches reliées à cette pratique qui était assumée par les infirmières de liaisons et les travailleurs sociaux, mais il s’agissait quand même d’une nouvelle pratique à mettre en œuvre, et ce particulièrement pour les nutritionnistes et le personnel de la réadaptation.

Au **Tableau 33** nous faisons ressortir plusieurs différences dans les structures externes autour des deux livrables (nouvelles pratiques) du projet PPCC. Au niveau des règles, on remarque que celle octroyant aux médecins le monopole des décisions sur l’émission et l’annulation des requêtes en était une de fonctionnement interne et non régi par le MSSS ou un ordre professionnel quelconque. Par conséquent, le CIUSSS disposait des pouvoirs nécessaires

pour la changer à condition que les médecins acceptent de le faire. De plus, il faut aussi souligner que cette règle entraine en contradiction avec la norme d'efficacité, puisque cette dernière ralentissait l'implication des professionnels et par conséquent le départ des patients de l'unité.

Tableau 33

*Tableau de comparaison des structures externes de deux livrables du projet PPCC :
démocratisation des requêtes professionnelles et rôle de répondant*

| COMPOSANTES DES STRUCTURES EXTERNES | DÉMOCRATISATION DES REQUÊTES PROFESSIONNELLES | NOUVELLE PRATIQUE DU RÉPONDANT |
|---|---|---|
| RÈGLES | Seuls les médecins peuvent émettre ou annuler une requête. Norme d'efficacité visant une implication rapide des professionnels. | Confidentialité : règle sur l'échange d'informations sur les patients (intra et interétablissement). Normes sur le référencement de l'hôpital vers les services du CLSC : utilisation des demandes de services interétablissement. Norme d'efficacité visant une implication rapide des CLSC auprès du patient hospitalisé. |
| RESSOURCES | Le manque de disponibilité des médecins. Les professionnels sont déployés par spécialité pour l'hôpital 1 et par unité pour l'hôpital 2 Roulement des médecins résidents et du personnel sur les unités de soins. | Les physiothérapeutes et ergothérapeutes sont moins nombreux et plus difficiles à recruter. Surcharge des assistantes infirmières-chefs et de certains types de professionnels sur les unités de soins. |
| RÉSEAU DE POSITIONS ET PRATIQUES | | |
| Positions | Le pouvoir important des médecins en lien avec | Perception de supériorité des services de l'hôpital versus les services du CLSC. |

| COMPOSANTES DES STRUCTURES EXTERNES | DÉMOCRATISATION DES REQUÊTES PROFESSIONNELLES | NOUVELLE PRATIQUE DU RÉPONDANT |
|---|---|--|
| | l'hospitalisation des patients et les requêtes professionnelles | Différence de pouvoir entre les types de professionnels. |
| Pratiques | <p>La diversité de la pratique des requêtes d'une unité à l'autre.</p> <p>Centralisation vers l'AIC des communications interprofessionnelles. Communications aller-retour avec les médecins pour ajuster les requêtes professionnelles.</p> | <p>Les professionnels de l'hôpital interviennent auprès des patients sans faire le pont au préalable avec ceux du CLSC.</p> <p>Les travailleurs sociaux et les infirmières de liaison ont l'habitude de communiquer avec les services du CLSC pour le référencement.</p> <p>Les professionnels de la réadaptation et de la nutrition n'ont pas l'habitude de communiquer avec les services du CLSC</p> <p>Les professionnels de réadaptation ne font pas de demande de services interétablissement (Hôpital 1)</p> |
| Relations | Difficulté pour les professionnels et AIC de contredire l'avis du médecin sur une requête. | <p>Collaborations difficiles entre les Hôpitaux et les CLSC.</p> <p>Tensions au niveau du partage de certains rôles et pratiques entre les différents types de professionnels.</p> |

En ce qui a trait à la nouvelle pratique du rôle de répondant, la règle de transmission d'informations était une règle provinciale qui s'inscrivait aussi dans la notion du respect de la confidentialité promue par les différents ordres professionnels. Bien que cette règle pût avoir peu d'impact sur l'échange d'informations entre les CLSC et les hôpitaux d'un même CIUSSS, elle pouvait cependant ralentir cet échange dans le cas de CLSC et d'hôpitaux appartenant à des CIUSSS différents. Dans un contexte où la norme d'efficacité reste présente, la mise en œuvre des tâches associées à la nouvelle pratique du rôle de répondant se retrouvait alors ralentie lors de collaborations impliquant deux CIUSSS différents. Contrairement à la règle existante concernant les requêtes professionnelles et de la démocratisation de celles-ci, celle sur la transmission d'informations entre CIUSSS différents était beaucoup plus difficile à changer dû à son envergure provinciale. Notons ici que le référencement entre installations d'un même CIUSSS (et de CIUSSS différent) devait être accompagné d'une demande de services interétablissement afin que les services du soutien à domicile puissent avoir l'information nécessaire à la poursuite de l'intervention avec le patient.

Le manque de disponibilité des médecins rendait la pratique existante des requêtes professionnelles difficiles à mettre en œuvre. En effet, le personnel des unités devait courir après les médecins pour avoir l'émission ou l'annulation d'une requête professionnelle. Ce manque de disponibilité combiné à la règle existante (voulant que seuls les médecins puissent émettre ou annuler une requête) ralentissait de beaucoup la mise en œuvre des requêtes professionnelles et par conséquent la sortie du patient de l'unité. De plus, l'organisation des professionnels par spécialité de l'hôpital 1 n'était pas favorable à une concertation interprofessionnelle pouvant être favorable à une prise de décision concertée sur les réels besoins des patients en termes de services professionnels. Le roulement des médecins résidents et du personnel sur les unités de soins était aussi défavorable à la mise en œuvre de la pratique existante qu'à celle de la nouvelle pratique.

En ce qui concerne la pratique du répondant, c'est davantage la crainte de surcharge du personnel qui a été mise de l'avant par les participants. Une crainte que l'ajout de la nouvelle pratique du rôle de répondant allait surcharger le personnel en place et particulièrement les

physiothérapeutes qui allaient disposer de moins de temps clinique auprès de leurs patients. Une crainte qui était accentuée par le fait que les physiothérapeutes étaient moins nombreux que les autres professionnels et aussi plus difficiles à recruter. Contrairement à la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles qui impliquait seulement une modification de la pratique en question, celle du rôle de répondant allait augmenter les tâches et par conséquent, la crainte d'une surcharge des ressources existantes et un contexte plus propice à une certaine résistance du personnel à cet effet.

Au niveau du réseau de positions et pratiques, plusieurs caractéristiques se distinguent entre les deux pratiques. Le pouvoir important des médecins était convenu et discuté ouvertement dans les rencontres du groupe de travail PPCC (leur absence à ce groupe était probablement aidant à ce niveau). En effet, les participants nommaient l'importance d'aller chercher leurs collaborations autant pour la mise en place du projet dans son ensemble que pour la démocratisation des requêtes professionnelles. À l'opposée, la différence de pouvoir et les tensions interprofessionnelles, quoique bien présentes, n'étaient pas discutées ouvertement au groupe de travail PPCC. Des tensions au niveau du partage des pratiques existantes qui étaient latentes, mais qui allaient être ravivées par l'arrivée de la nouvelle pratique du rôle du répondant. Des tensions qui étaient difficiles à régler dû à un ancrage des pratiques existantes. Un ancrage qui était favorisé par un niveau de pouvoir plus élevé de certains groupes de professionnels qui favorisaient le maintien du statu quo.

Outre les tensions interprofessionnelles latentes, il y avait aussi des tensions entre le CLSC et les hôpitaux qui venaient complexifier la mise en œuvre de la pratique du rôle de répondant. En effet, la pratique des requêtes professionnelles était une pratique intrahospitalière alors que pour celle du rôle de répondant, il y avait le défi de travailler avec une autre installation (CLSC) qui s'ajoutait. Comme mentionné dans la section précédente, les liens de collaboration étaient à construire dans un contexte où l'ancrage des pratiques était aussi bien présent entre celles des hôpitaux et des CLSC.

En conclusion, les caractéristiques des structures externes entourant la pratique des requêtes professionnelles étaient plus favorables à un changement que celle autour de la

nouvelle pratique du rôle du répondant (**Tableau 34**). En effet, il y avait une reconnaissance des irritants de la pratique existante, et ce par tous les groupes et les médecins, une règle plus facile à changer et une réorganisation des professionnels par unité pour l'hôpital 1 qui a facilité la mise en œuvre de la nouvelle pratique. De plus, un consensus clair sur l'importance d'aller chercher la collaboration des médecins était partagé par tous les membres du groupe de travail PPCC.

Tableau 34

Caractéristiques des structures externes entourant la pratique des requêtes professionnelles et celle autour de la nouvelle pratique du rôle du répondant.

| COMPOSANTES DES STRUCTURES EXTERNES | DÉMOCRATISATION DES REQUÊTES PROFESSIONNELLES | NOUVELLE PRATIQUE DU RÉPONDANT |
|--|--|---|
| Règles | Règle interne plus facile à changer | Règle normée par le MSSS et par conséquent plus difficile à changer. |
| Ressources | Réorganisation des professionnels par unité plus favorable à la mise en œuvre de cette nouvelle pratique. | L'organisation des travailleurs sociaux en mode mixte : un présent au caucus et les autres par spécialité complexifiait la mise en œuvre de cette nouvelle pratique. |
| Réseau de positions et pratiques. | Reconnaissance des irritants de la pratique existante. Le pouvoir des médecins sur la pratique existante et sur la mise en œuvre de la nouvelle pratique est reconnu. | La nouvelle pratique suscite des craintes de surcharge de travail. La distribution du pouvoir entre les professionnels est davantage cachée et source de tension. Ancrage des pratiques et des tensions interprofessionnelles et interorganisationnelles. |

Du côté de la pratique du rôle de répondant, les structures externes étaient plus difficiles à faire bouger. En effet, ces dernières étaient marquées par un ancrage des pratiques et des tensions interprofessionnelles et interorganisationnelles installées depuis longtemps et non explicitées. La pratique du rôle de répondant était principalement considérée comme un ajout de tâches et non comme une modification d'une pratique existante. Un ajout de tâches pouvant faire peur dans un contexte existant de surcharge des ressources humaines. La mise en œuvre de la nouvelle pratique allait donc se frotter à une certaine rigidité et complexité des structures externes en place.

4.3.3.2 Comparaison des praxis de différenciation et d'intégration déployées (QS1).

Les prochains paragraphes auront pour objectifs de comparer les praxis de différenciation et d'intégration déployées pour favoriser la mise en œuvre des deux nouvelles pratiques : la démocratisation des requêtes professionnelles et celles du rôle de répondant (**Tableau 35**). Des praxis qui auront été influencées par les structures externes en place et qui auront aussi pour mandat de changer les caractéristiques de ces dernières afin de les rendre plus favorables à la mise en œuvre des différents livrables du projet PPCC (nouvelles pratiques de planification des congés).

Tableau 35

Comparaison des praxis de différenciations (PD) et d'intégrations (PI) déployées pour favoriser la mise en œuvre des deux nouvelles pratiques ciblées du projet PPCC

| PRAXIS DÉPLOYÉES | DÉMOCRATISATION DES REQUÊTES PROFESSIONNELLES | NOUVELLE PRATIQUE DU RÔLE DU RÉPONDANT |
|-----------------------------|---|---|
| AU NIVEAU DES RÈGLES | | |
| PD sur la règle existante | Sur la non-pertinence d'une règle : seuls les médecins peuvent faire des requêtes. | Témoigne de la non-clarté d'une règle sur la transmission d'informations entre installations. |
| PI sur la règle | Changement de la règle : les membres du caucus peuvent émettre et annuler des requêtes. | Clarification de la règle existante |

| PRAXIS DÉPLOYÉES | DÉMOCRATISATION DES REQUÊTES PROFESSIONNELLES | NOUVELLE PRATIQUE DU RÔLE DU RÉPONDANT |
|--|---|---|
| AU NIVEAU DES RESSOURCES | | |
| PD sur les ressources | Sur l'organisation des ressources : avantages et inconvénients des professionnels par spécialité versus par unité. | Sur l'utilisation des ressources humaines actuelles en prévision de la mise en œuvre de la nouvelle pratique : surcharge du personnel et possible perte de temps pour les tâches cliniques. |
| PI sur les ressources | Changement de l'organisation des ressources : Le déploiement des professionnels par unités sauf les TS. | Aucun changement, mais demande d'ajouts de ressources humaines : infirmières de liaison et physiothérapeute. Changement de l'organisation des ressources : Le déploiement des professionnels par unités sauf les TS. Pas favorable à la mise en œuvre de la pratique du répondant. |
| AU NIVEAU DU RÉSEAU DE POSITIONS ET PRATIQUES | | |
| SUR LES PRATIQUES | | |
| PD sur les pratiques existantes | Sur les problèmes causés par la pratique des requêtes professionnelles avant son changement. Partage des pratiques professionnelles et organisationnelles existantes dans l'élaboration du nouveau formulaire de requêtes. | Clarification de procédures existantes : contact avec le CLSC. Partage de l'ancrage de certaines pratiques chez les professionnels en lien avec le contact avec le CLSC et la réalisation des demandes de services interétablissement. |
| PD sur la nouvelle pratique et sa mise en œuvre | PD sur les problèmes d'utilisation de la nouvelle pratique par les médecins. | PD sur l'ambiguïté de la nouvelle pratique. |

| PRAXIS DÉPLOYÉES | DÉMOCRATISATION DES REQUÊTES PROFESSIONNELLES | NOUVELLE PRATIQUE DU RÔLE DU RÉPONDANT |
|---|---|--|
| | | <p>PD sur la difficulté de mise en œuvre par certains groupes.</p> <p>PD sur les conséquences de sa mise en œuvre.</p> <p>PD sur la variété de la mise en œuvre d'une unité à l'autre.</p> |
| PI sur la nouvelle pratique et sa mise en œuvre | <p>Construction de la nouvelle pratique avant sa mise en œuvre.</p> <p>Stratégies de communication pour mieux faire connaître la nouvelle pratique aux médecins.</p> <p>Retour en continu auprès des médecins lors d'une mauvaise utilisation des requêtes.</p> | <p>Clarification de certains aspects de la nouvelle pratique : balises pour le contact avec CLSC.</p> <p>Révision de la nouvelle pratique avec les employés terrain (changement pour intervenant principal) après les problèmes de mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle du répondant.</p> |
| SUR LES POSITIONS | | |
| PD sur les positions actuelles | PD sur le pouvoir des médecins et l'importance d'aller chercher leur approbation pour la nouvelle pratique. | Aucune : la différence de pouvoir est soulignée en entrevue individuelle et non au groupe de travail. |
| PI sur les positions | Discussions et rencontres avec les médecins pour déléguer le pouvoir de l'émission et d'annulation des requêtes par les membres du caucus. | Aucune PI à ce niveau. |
| RELATIONS | | |
| PD sur les relations | | <p>PD sur le manque de collaboration entre l'hôpital et le SAD du CLSC.</p> <p>Aucune PD sur les tensions interprofessionnelles existantes.</p> |

| PRAXIS DÉPLOYÉES | DÉMOCRATISATION DES REQUÊTES PROFESSIONNELLES | NOUVELLE PRATIQUE DU RÔLE DU RÉPONDANT |
|----------------------|---|--|
| PI sur les relations | | <p>Demande au CLSC d’être moins exigeant au niveau du référencement.</p> <p>Aucune PI pour améliorer les collaborations entre l’hôpital et CLSC.</p> <p>Rencontre pour favoriser l’implication des chefs de services professionnels dans le projet et la mise en œuvre de la pratique.</p> <p>Discussion pour régler le problème de la complétion des demandes de services interétablissement.</p> |

Sur le plan des règles (structures externes), des praxis de différenciations ont été déployées dans le but d’éclaircir les règles existantes. Ces praxis qui ont été déployées principalement par les conseillers cliniques dont la principale responsabilité est de s’assurer de la conformité des règles et du développement des meilleures pratiques. Dans le cas de la démocratisation des requêtes professionnelles, des praxis d’intégration ont été déployées auprès des médecins principalement afin de changer la règle existante et de permettre aux membres des caucus (professionnels et AIC) d’émettre ou d’annuler des requêtes. Dans le cas de la nouvelle pratique du rôle de répondant, on était seulement dans l’objectif de clarifier davantage la règle de transmission d’informations plutôt que de la changer.

Au niveau des ressources, les praxis de différenciation faisaient davantage référence à l’organisation des ressources humaines dans le cas de la démocratisation des requêtes professionnelles alors que pour celle du rôle de répondant, c’est davantage l’enjeu de la

surcharge des ressources humaines qui pouvait être amenées par la nouvelle pratique qui a été mise en évidence. En effet, le déploiement des professionnels par unité a permis de mettre en place la création des rencontres de caucus à l'intérieur desquels des décisions seraient prises sur l'émission ou l'annulation de requêtes faites par les médecins. Une réorganisation, qui n'a pas permis aux travailleurs sociaux d'être déployés par unité et qui est venue complexifier leur mise en œuvre du rôle de répondant : il devait y avoir un travailleur social au caucus qui devait jouer le rôle de répondant et différents travailleurs sociaux au dossier des patients. Pour les autres professionnels, le même professionnel jouait le rôle de répondant et aussi d'intervenant aux dossiers du patient. Rappelons ici que les médecins avaient utilisé leur pouvoir important dans le CIUSSS pour préserver le déploiement des travailleurs sociaux par spécialité et non par unité. Pour ce qui est de la nouvelle pratique du rôle de répondant, et en cohérence avec la crainte de surcharge des ressources humaines, des demandes d'ajout de ressources ont été faites, mais n'avaient pas porté fruit lors de la fin de la période de collecte de données.

Les praxis de différenciation et d'intégration déployées sur le réseau de position et pratiques se distinguent aussi en fonction des deux différentes nouvelles pratiques implantées. Il y a eu davantage de pratiques de différenciation sur les problèmes causés par la pratique existante des requêtes professionnelles avant son changement (avant l'implantation de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles). Pour la nouvelle pratique du rôle de répondant, ce furent principalement des praxis de différenciation portant sur les problèmes de mises en œuvre de celle-ci plutôt que sur les problèmes avec les pratiques existantes. D'ailleurs, l'initiative du rôle de répondant émanait davantage d'un désir de changement de la haute direction (Top Bottom) alors que celle de la démocratisation des requêtes professionnelles était une problématique vécue davantage par le personnel terrain (Bottom-up). Le développement de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles avait été fait d'avance par un comité à cet effet (praxis d'intégration) alors que pour le rôle de répondant, la nouvelle pratique a dû être réajustée en cours de route par le personnel terrain dû à des problèmes d'implantation de cette dernière.

Au niveau de la distribution du pouvoir, des praxis de différenciation ont été réalisées pour souligner l'importance d'aller chercher l'approbation des médecins et ce autant pour le projet que pour le changement de fonctionnement quant aux requêtes professionnelles. L'absence des médecins au groupe de travail PPCC pouvait aussi être un facteur facilitant à une communication plus ouverte. Des praxis d'intégration ont donc suivi justement pour aller chercher cette collaboration des médecins en question. Pour ce qui est de la nouvelle pratique du rôle de répondant, les inégalités de pouvoir entre les professionnels n'ont pas été soulevées explicitement lors des rencontres du groupe de travail. Il n'y a pas eu non plus de praxis d'intégration pour tenter de moduler la distribution du pouvoir entre les types de professionnels. De plus, la différence de pouvoir entre les hôpitaux et les CLSC n'a pas été soulevée lors des rencontres du groupe de travail PPCC.

Concernant les relations, il n'y a pas eu de tensions soulevées lors des rencontres du groupe de travail PPCC mise en part quelques commentaires visant à manifester le manque de collaboration avec le personnel du CLSC. Une rencontre (praxis d'intégration) a d'ailleurs eu lieu entre des gestionnaires du projet PPCC et des représentants des services du CLSC afin de rendre les demandes de services interétablissement un peu moins exigeantes (en termes de contenu) lors du transfert de patient entre l'hôpital et les CLSC. Cependant, il n'y a pas eu d'autres initiatives pour travailler les problèmes de collaborations ou pour impliquer davantage le personnel du CLSC dans le projet. Du côté des tensions interprofessionnelles ravivées par la nouvelle pratique du rôle de répondant, quelques rencontres (praxis d'intégration) ont été réalisées afin de rallier les chefs de services professionnels autour du projet et plus spécifiquement de la nouvelle pratique du rôle de répondant. Il est difficile d'évaluer jusqu'à quel point les tensions existantes ont été adressées, mais le problème de la complétion des demandes de services interétablissement a été discuté.

En conclusion, plusieurs différences sont observées dans les praxis de différenciations et d'intégrations déployées pour favoriser la mise en œuvre de ces deux nouvelles pratiques du Projet PPCC. En ce qui a trait au livrable du projet PPCC « démocratisation des requêtes professionnelles », le problème avec la pratique existante est explicitement nommé. La

modification de cette pratique existante a été travaillée par un comité en amont de son implantation. Il y a eu un changement de règle important pour démocratiser les requêtes professionnelles (et ainsi paver la voie à l'implantation de la nouvelle pratique) et une concentration des praxis d'intégration pour favoriser l'implication des médecins à cet effet. De plus, la réorganisation des professionnels par unité a été favorable à la modification de la pratique existante de requêtes professionnelles.

À l'opposé, la nouvelle pratique du rôle du répondant a dû être réajustée suite à des problèmes dans son implantation et non en amont comme celle de la démocratisation des requêtes professionnelles. Le non-déploiement des travailleurs sociaux par unité a eu des impacts négatifs plus importants sur la mise en œuvre du livrable du projet PPCC « rôle de répondant » que sur celle de la démocratisation des requêtes professionnelles. De plus, l'enjeu principal des tensions interprofessionnelles et interorganisationnelles n'a pas été explicitement nommé au groupe de travail et les praxis d'intégration pour les adresser directement et favoriser leurs résolutions ne sont pas claires. Des différences ont donc été observées dans les praxis de différenciation et d'intégration déployées pour favoriser la mise en œuvre de ces deux nouvelles pratiques du projet PPCC. Nous verrons dans les prochains paragraphes comment ces différences s'articulent en fonction des résultats atteints par ces différentes praxis.

4.3.4 Comparaisons des résultats atteints par les praxis d'intégration et de différenciation déployées (QS4)

Au **Tableau 36** nous comparons les composantes des structures externes qui ont été reproduites ou modifiées par les praxis d'intégration et de différenciation déployées dans le cadre de la mise en œuvre des deux nouvelles pratiques du projet PPCC. Ensuite, nous résumons ce qui distingue les résultats atteints par les praxis d'intégration et de différenciation visant la démocratisation des requêtes professionnelles versus la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant. C'est notamment à partir de cette comparaison des résultats (reproduction ou modification des structures externes et internes) que nous pourrons identifier les facteurs de

succès (ou d'échec) de la mise en œuvre des deux nouvelles pratiques (livrables) du projet PPCC.

Tableau 36

Comparaisons des résultats atteints par les praxis de différenciation et d'intégration déployées

| STRUCTURES EXTERNES | DÉMOCRATISATION DES REQUÊTES PROFESSIONNELLES | NOUVELLE PRATIQUE DU RÉPONDANT |
|---------------------|--|---|
| RÈGLES | | |
| Reproduction | Norme d'efficacité visant une implication rapide des professionnels. | Clarification de la règle sur l'échange d'informations sur les patients (intra et interétablissement). Normes sur le référencement de l'hôpital vers les services du CLSC : utilisation des demandes de services interétablissement. |
| Modification | Changement de la règle : les professionnels (et AIC) peuvent faire et annuler des requêtes. | |
| RESSOURCES | | |
| Reproduction | Le manque de disponibilité des médecins. Les travailleurs sociaux sont demeurés par spécialité pour Hôpital 1. Roulement des médecins résidents et du personnel sur les unités de soins. | Pas d'ajout d'infirmières de liaisons et de physiothérapeutes. |
| Modification | Répartition des professionnels de l'hôpital 1 par unité | Répartition des professionnels de l'hôpital 1 par unité |

| STRUCTURES EXTERNES | DÉMOCRATISATION DES REQUÊTES PROFESSIONNELLES | NOUVELLE PRATIQUE DU RÉPONDANT |
|---|---|---|
| RÉSEAU DE POSITIONS ET PRATIQUES | | |
| Positions | | |
| Reproduction | Le pouvoir important des médecins en lien avec l'hospitalisation des patients. | Perception de supériorité des services de l'hôpital versus les services du CLSC. Différence de pouvoir entre les types de professionnels. |
| Modification | Augmentation du pouvoir des professionnels et des AIC (membres des caucus) sur la gestion des requêtes professionnelles. | |
| Pratiques | | |
| Reproduction | Utilisation des anciens formulaires de requête par les médecins. Les médecins inscrivent sur les requêtes que le patient est PPCC (même s'il ne l'est pas) pour avoir des services professionnels plus rapidement. | Les professionnels de l'hôpital interviennent auprès des patients sans faire le pont au préalable avec ceux du CLSC. Résistance des physiothérapeutes à jouer le rôle du répondant et à faire des demandes de services interétablissement. |
| Modification | Les professionnels (et AIC) émettent et annulent des requêtes lors des rencontres de caucus. | Assouplissement des exigences des services d'aide à domicile quant au contenu nécessaire pour la réception des demandes de services interétablissement. Transformation de la pratique du répondant vers celle de l'intervenant principal. |

| STRUCTURES EXTERNNES | DÉMOCRATISATION DES REQUÊTES PROFESSIONNELLES | NOUVELLE PRATIQUE DU RÉPONDANT |
|-------------------------|---|--|
| Relations | | |
| Reproduction | | <p>Collaborations difficiles entre les Hôpitaux et les CLSC.</p> <p>Tensions au niveau du partage de certains rôles et pratiques entre les différents types de professionnels.</p> |
| Modification | Plus facile pour les professionnels et AIC de contredire l'avis du médecin sur une requête. | |

Sur le plan des règles (structure externe), nous constatons qu'il y a eu un changement important de la règle centrale permettant à la démocratisation des requêtes professionnelles de se réaliser. Un changement de règle qui était plus accessible, car il s'agissait d'une règle de fonctionnement interne et non d'une règle en provenance d'un ordre professionnel. Pour la nouvelle pratique du rôle de répondant, la démarche consistait principalement à clarifier la règle de transmission d'informations entre les installations. Une règle qui facilitait ce transfert d'informations entre les installations depuis la création des CIUSSS. La norme d'efficacité est cependant restée bien présente et on a pu le constater dans l'utilisation initiale que les médecins faisaient des requêtes professionnelles : ils cochaient dans le formulaire que le patient était PPCC (alors qu'il ne l'était pas) pour accélérer la prise en charge des patients par les services professionnels. Du côté de la nouvelle pratique du rôle de répondant, c'est la difficulté d'avoir un retour d'appel rapide du CLSC qui pouvait créer des irritations auprès du personnel de l'hôpital.

Au niveau des ressources, la réorganisation des professionnels par unités a été favorable à la mise en œuvre des deux nouvelles pratiques. En effet, cette réorganisation permettait aux professionnels de tenir des rencontres de caucus régulières (sur l'unité) à l'intérieur desquelles

ces derniers (en compagnie de l'AIC) gérer les requêtes professionnelles et pouvaient aussi s'échanger de l'information sur le patient par l'entremise notamment du professionnel identifié comme répondant de ce dernier. Cependant, le non-déploiement des travailleurs sociaux par unité semble avoir eu moins de conséquences négatives sur la démocratisation des requêtes professionnelles que sur la mise en œuvre de la pratique du répondant. Les membres présents au caucus pouvaient décider immédiatement des requêtes qu'ils allaient émettre ou annuler. Pour le travail social ayant le rôle de répondant, présent au caucus, ce dernier devait courir après l'information sur le suivi du patient qui était effectué par d'autres travailleurs sociaux (déploés par spécialité). Rappelons ici que dans le cas des autres professionnels, le même professionnel jouait le rôle de répondant et celui d'intervenant au dossier du patient rendant la transmission plus facile.

Au niveau du réseau de positions et pratiques, ce dernier a été davantage modifié par la pratique « démocratisation des requêtes professionnelles » que celle du « rôle de répondant ». En effet, le pouvoir des médecins sur les requêtes professionnelles a été partagé avec les autres professionnels (et AIC) membres des caucus sur les unités. Beaucoup de praxis d'intégration ont d'ailleurs été réalisées à cet effet pour aller chercher la collaboration des médecins. Les membres du caucus ont d'ailleurs mis en œuvre rapidement cette modification des requêtes professionnelles. Certains médecins ont tardé avant de bien intégrer cette modification et ont eu parfois tendance à se servir du nouveau formulaire pour faire accélérer des services professionnels pour des patients qui n'étaient pas identifiés comme étant PPCC.

Du côté de la nouvelle pratique du rôle de répondant, la distribution du pouvoir entre les professionnels et entre les installations (hôpital 1 et 2 versus CLSC) n'a pas changé. Il faut préciser qu'il n'y a pas eu de praxis d'intégration et de différenciation à cet effet non plus. Les physiothérapeutes sont demeurés réticents à jouer le rôle de répondant alors que les professionnels de l'hôpital (1 et 2) n'ont pas vraiment développé le réflexe de collaborer avec les CLSC avec pour conséquences des dédoublements dans les interventions. Il y a eu cependant des modifications légères concernant les exigences des CLSC à l'égard des demandes de services interétablissement (moins de détails nécessaires) des deux hôpitaux. L'ajustement de la

nouvelle pratique rôle de répondant à celle d'intervenant principal a facilité un peu sa mise en œuvre.

Du côté des relations, il est devenu plus facile pour les membres du caucus de remettre en cause l'avis du médecin sur les requêtes professionnelles. Pour ce qui est du rôle de répondant, les tensions interorganisationnelles et interprofessionnelles initiales n'ont pas réussi à se résoudre, et ce malgré certaines praxis d'intégration à cet effet. Comme mentionné précédemment, les praxis d'intégration utilisées avaient pour but principal de rallier les chefs de services professionnels au projet et non de s'engager dans un processus de résolution de conflits. Les membres des CLSC ne semblent pas non plus avoir été impliquées suffisamment pour travailler plus en profondeur les enjeux de collaboration entre les hôpitaux et les CLSC.

Quant aux structures internes, les professionnels et AIC (membre des caucus) ont développé une plus grande confiance dans leur jugement clinique, mais surtout dans l'affirmation de ce dernier auprès des médecins lors de l'émission ou de l'annulation des requêtes professionnelles. Au niveau de la nouvelle pratique du rôle de répondant, il demeurerait difficile pour les physiothérapeutes de sortir de leur pratique uniquement clinique pour assumer davantage des pratiques associées à un rôle de pivot de l'intervention auprès de patients. Le sentiment des travailleurs sociaux d'être moins important que les autres professions est demeuré inchangé ainsi que la vision de supériorité des services de l'hôpital (1 et 2) à l'égard des services du CLSC.

En conclusion, la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles s'est beaucoup mieux mise en œuvre que celle du rôle de répondant. Initialement, les structures externes (règles, les ressources, le réseau de position et pratiques autour des requêtes étaient plus favorables au changement. En effet, tous les groupes de participants et aussi les médecins éprouvaient de la difficulté avec la préservation du statu quo. D'ailleurs, si ces derniers n'avaient pas manifesté d'intérêts à déléguer une partie de leur pouvoir sur l'émission et l'annulation des requêtes professionnelles, la modification de cette pratique n'aurait pas pu voir le jour. De plus, la règle octroyant aux médecins le seul pouvoir de gérer l'émission et l'annulation des requêtes professionnelles était facile à changer. Il ne faut pas oublier la

réorganisation des professionnels par unité (hôpital 1) qui a été favorable à la mise en œuvre de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles, et ce malgré le fait que les travailleurs sociaux sont demeurés déployés par spécialité.

Les praxis d'intégration et de différenciation déployées pour favoriser la mise en œuvre de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles ont permis de créer des changements aux trois principales composantes des structures externes soient les règles, les ressources et le réseau de positions et pratiques (**Tableau 37**). De plus, les structures internes ont aussi été modifiées en permettant aux professionnels (et AIC) d'avoir davantage confiance dans leur jugement clinique (concernant l'émission ou l'annulation des requêtes) et dans l'affirmation de ce jugement auprès des médecins. Ces changements sur les structures externes et internes ont donc été des facteurs de succès importants de la mise en œuvre de cette nouvelle pratique du projet PPCC.

Tableau 37

Résumé des changements provoqués par les praxis de différenciation et d'intégration pour favoriser la mise en œuvre des nouvelles pratiques

| STRUCTURES | DÉMOCRATISATION DES REQUÊTES PROFESSIONNELLES | NOUVELLE PRATIQUE DU RÉPONDANT |
|--|--|--|
| STRUCTURES EXTERNES | | |
| Règles | Changement de règle | Statut quo Clarification d'une règle seulement |
| Ressources | Réorganisation des ressources favorables à la mise en œuvre de la nouvelle pratique. | Réorganisation des ressources plus ou moins favorables à la mise en œuvre de la nouvelle pratique. |
| Réseau de positions et pratiques. | Changement du réseau de positions et pratiques par une redistribution du pouvoir. | Statut quo |

| STRUCTURES | DÉMOCRATISATION DES REQUÊTES PROFESSIONNELLES | NOUVELLE PRATIQUE DU RÉPONDANT |
|----------------------------|--|---|
| STRUCTURES INTERNES | | |
| Habitus | Plus grande confiance des professionnels et AIC dans leur jugement clinique. | Statut quo |

Du côté de la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant, les structures externes et internes n'ont pas bougé. On a assisté à un ancrage des pratiques combiné à des tensions interprofessionnelles et interorganisationnelles qui n'ont pu se résoudre. De plus, le non-déploiement des travailleurs sociaux par unité à l'hôpital 1 n'a pas été favorable à la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle de répondant. Bref, les praxis d'intégration et de différenciation déployées n'ont pas réussi à modifier le réseau de positions et pratiques existant et la transformation de la pratique du rôle de répondant (vers celle de l'intervenant principal) n'a pas été suffisante pour favoriser sa mise en œuvre.

Cette comparaison entre la mise en œuvre de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles et celle de la pratique du rôle de répondant nous a permis de mieux comprendre les facteurs de succès (ou d'échec) de la mise en œuvre de ces pratiques du projet PPCC (livrables). Plus important encore et en cohérence avec les objectifs de la recherche, elle nous a permis de répondre à nos 4 questions spécifiques de recherche et par ricochet de mieux comprendre le processus de structuration en cours dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques d'un projet (livrables) et plus spécifiquement le rôle des praxis de différenciation et d'intégration (objectif spécifique de la recherche).

CHAPITRE 5 : DISCUSSION

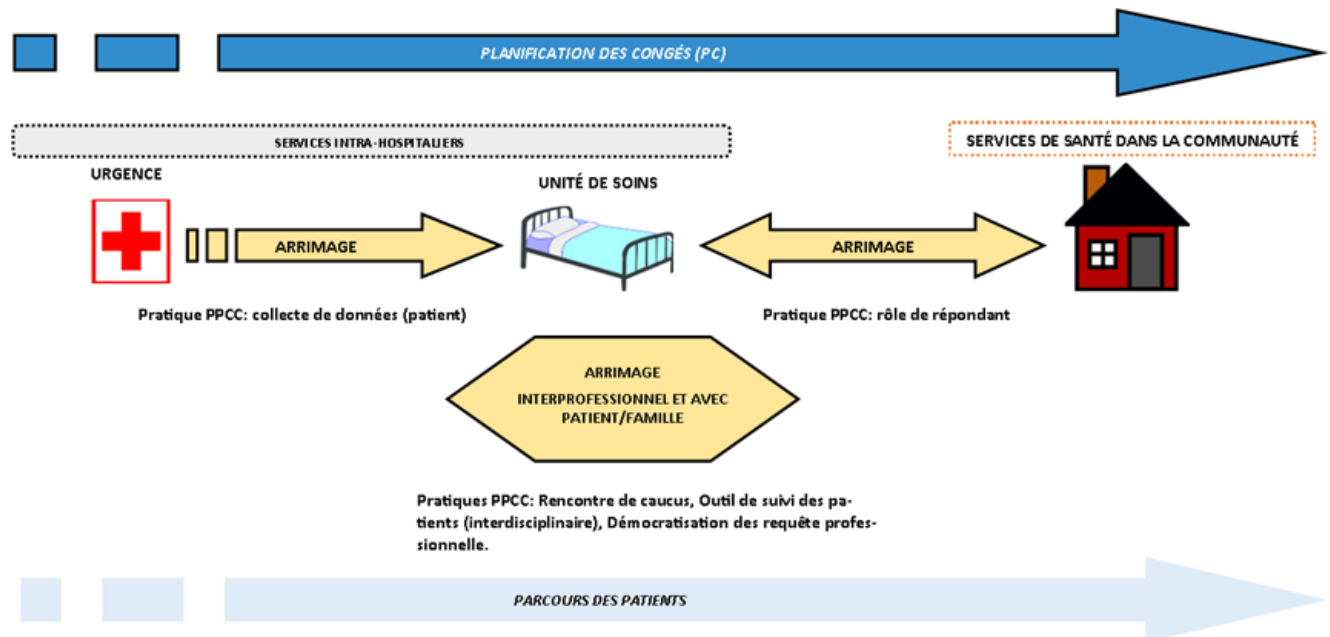
Dans ce chapitre, nous présentons d'abord en quoi les résultats proposés dans cette thèse se distinguent un peu de l'objet de recherche initial. Ensuite, s'appuyant sur la théorie de la structuration et le cadre conceptuel de Stones (2005), nous répondons à nos quatre questions spécifiques de recherche issues de l'analyse des données du projet PPCC. En cohérence avec ces réponses, nous allons décrire une approche (modèle) de mise en œuvre des nouvelles pratiques (livrables) d'un projet en santé en explicitant le rôle des praxis de différenciation et d'intégration. Pour terminer, nous allons présenter la contribution théorique et pratique de la thèse qui sera faite avec l'aide d'articles scientifiques (empiriques) en gestion de projets qui ont utilisé l'approche du projet comme pratique (« projects-as-practice »).

5.1 Comparaison des résultats proposés dans cette thèse avec l'objet de recherche initial

Le projet PPCC visait à avoir une planification des congés plus précoce et à augmenter la concertation des acteurs impliqués dans cette planification des congés, et ce tout au long du parcours de soins des patients. En corolaire, il ciblait un meilleur arrimage des pratiques (professionnelles et organisationnelles existantes) à l'intérieur de la planification des congés des patients qui pouvaient avoir des enjeux à leur sortie de l'hôpital. Pour favoriser cet arrimage des pratiques existantes, de nouvelles pratiques ont été développées et mises en œuvre (livrables) dans le cadre du projet PPCC. Comme illustré par la **Figure 13** ci-dessous, ce sont ces nouvelles pratiques (livrables du projet) qui avaient pour fonction de créer des ponts (à l'intérieur des différentes zones d'arrimage) entre les pratiques existantes afin de favoriser un meilleur arrimage des services dans la trajectoire de soins des patients PPCC.

Figure 13

Nouvelles pratiques du projet PPCC (livrables) associées aux zones d'arrimage de la planification des congés



Lors de la rédaction de l'objet de recherche, l'arrimage des pratiques sous-entendait davantage un arrimage entre les pratiques existantes d'une diversité de parties prenantes en provenance de différentes professions, services, départements et installations. Plus précisément, l'objectif de la thèse visait à décrire le rôle des praxis de différenciation et d'intégration pour favoriser cet arrimage entre les pratiques existantes. Toutefois, comme explicité dans le paragraphe ci-dessus et la **Figure 13**, c'est la mise œuvre des nouvelles pratiques (à l'intérieur des différentes zones d'arrimage) qui est venue créer cet arrimage entre les pratiques existantes.

Ces nouvelles pratiques du projet PPCC ont cependant dû s'arrimer aux structures externes pour favoriser leurs mises en œuvre par les pratiques des parties prenantes. L'arrimage dont il est question à travers les réponses aux questions spécifiques de recherche et dans le modèle présenté (**Figure 14**) concerne donc celui entre les nouvelles pratiques du projet PPCC (livrables) et les structures externes (existantes et en transformation). Le modèle proposé (**Figure 14**) met en évidence le rôle des praxis de différenciation et d'intégration, à travers le

processus de structuration, pour favoriser cet arrimage entre les structures externes et les nouvelles pratiques du projet. Comme mentionné précédemment, c'est à partir de ces nouvelles pratiques qu'un meilleur arrimage pourra avoir lieu entre les pratiques existantes (professionnelles et organisationnelles) des différentes parties prenantes.

Il faut cependant considérer que l'arrimage structure externe-nouvelle pratique est influencé par les structures internes des différentes parties prenantes. En effet, les structures externes peuvent être favorables à l'arrimage avec une nouvelle pratique, mais certaines parties prenantes peuvent le percevoir autrement avec leurs structures internes respectives. L'inverse est aussi vrai, les structures externes peuvent ne pas être favorables à l'implantation d'une nouvelle pratique, mais certaines parties prenantes peuvent penser qu'elles le sont : l'uniformisation d'une pratique dans un établissement (visée par les gestionnaires par exemple) peut se confronter à des défis d'implantation en lien avec des structures externes qui peuvent être favorables à l'implantation d'une nouvelle pratique dans un service, mais pas dans un autre, car certaines caractéristiques des structures externes diffèrent. De plus, rappelons ici que c'est à partir des structures internes que les parties prenantes analysent les conditions d'action (structures externes) pour déployer leurs praxis de différenciation et d'intégration.

Outre cette distinction au niveau du type d'arrimage, les résultats proposés dans cette thèse se distinguent de l'objet de recherche initial au niveau de l'intégration et la différenciation des parties prenantes. En effet, l'objet de recherche initial faisait état de l'intégration et de la différenciation des parties prenantes et de leurs pratiques. Cependant, l'intégration et la différenciation des parties prenantes a été peu observées dans la collecte de données. Les observations se sont concentrées principalement sur la différenciation et l'intégration des pratiques. Les prochains paragraphes auront donc pour objectifs de répondre aux questions spécifiques de recherche et de présenter le processus de structuration de la mise en œuvre des nouvelles pratiques qui en découle (**Figure 14**).

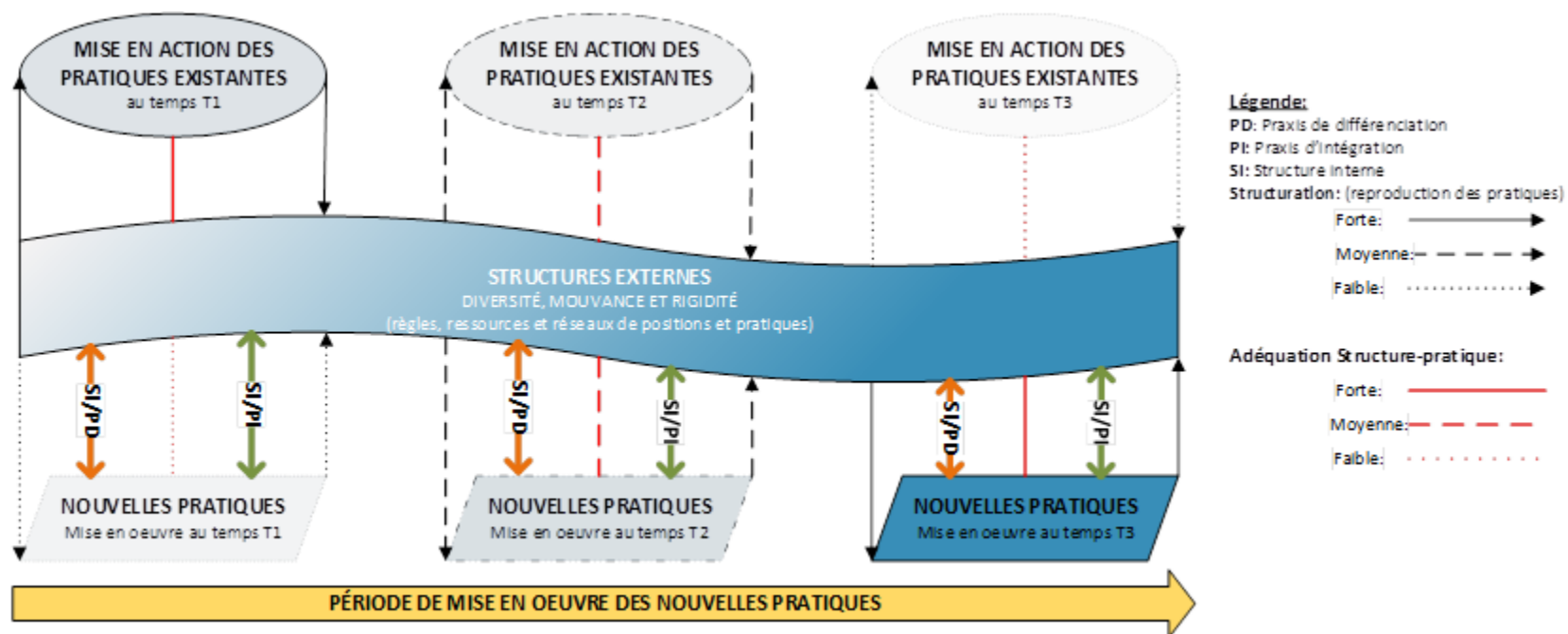
5.2 Réponses aux questions spécifiques de recherche

Les résultats empiriques ont permis de répondre aux quatre questions spécifiques de recherche suivantes : quelles sont les praxis d'intégration et de différenciations déployées dans le cadre du projet PPCC (QS1)? Quelles sont les structures externes (QS2) et internes (QS3) impliquées dans la mise en œuvre de ces praxis? Quels sont les impacts de ces praxis sur les structures existantes (reproduction ou modification) et la mise en œuvre des nouvelles pratiques (livrables) du projet PPCC (QS4)?

Par souci de bien faire comprendre le rôle des praxis de différenciation et d'intégration, nous commençons par répondre à la question spécifique sur les structures externes (QS2), nous enchaînons avec la description des praxis de différenciation et d'intégration (QS1), suivi des structures internes impliquées dans le déploiement de ces praxis (QS3) et des impacts de ces dernières sur les structures et la mise en œuvre des nouvelles pratiques (livrables) du projet PPCC (QS4). De plus, dans l'objectif de mieux faire comprendre aux lecteurs les réponses aux questions spécifiques ci-dessus, nous faisons référence au modèle de structuration de la mise en œuvre des nouvelles pratiques (**Figure 14**) dans nos réponses. Le modèle est la résultante des réponses à ces questions et sera présenté plus en détail dans la section subséquente.

Figure 14

Modèle de structuration de la mise en œuvre de nouvelles pratiques dans un projet en santé : entre intégration et différenciation



Note : **Les praxis de différenciation (PD)** : donnent de l'information sur les structures externes et leurs adéquations avec les pratiques existantes et les nouvelles pratiques en implantation. **Les praxis d'intégration (PI)** : servent à modifier les structures externes, les nouvelles pratiques et leurs moyens de mises en œuvre.

5.2.1 Les structures externes impliquées dans la mise en œuvre des praxis de différenciation et d'intégration (QS2)

Les structures externes se composent des règles, des ressources et des réseaux de positions et pratiques des parties prenantes du projet. Ces structures sont à la fois le médium et la résultante de la mise en œuvre des différentes pratiques par les parties prenantes (Giddens, 2012 c1987). En s'appuyant sur l'analyse des données réalisées dans le cadre de cette thèse, on remarque trois principales caractéristiques de ces structures. Elles sont à la fois diversifiées, ancrées (rigides) et aussi en mouvance constante. Les paragraphes qui suivent décrivent ces trois caractéristiques observées au niveau des structures externes qui ont eu un impact dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet PPCC.

5.2.1.1 Des structures externes diversifiées.

Au niveau des structures externes, on observe une diversité de pratiques professionnelles, organisationnelles, intra et interorganisationnelles. Dans le cadre du projet PPCC par exemple, les pratiques de planification des congés (avant la mise en place du projet) pouvaient différer en fonction des unités, des services ainsi que des hôpitaux. Une différence de pratiques reliée à des différences au niveau des règles, des ressources et du réseau de positions et pratiques d'une unité à l'autre, d'un service à l'autre ainsi que d'un hôpital à l'autre. La mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet PPCC a d'ailleurs dû se frotter à quelques reprises à ces différences. Certaines pratiques du projet PPCC étaient d'ailleurs plus faciles à implanter sur certaines unités que d'autres en raison de caractéristiques des structures externes plus favorables à leurs implantations. La nouvelle pratique de collecte de données par exemple, était plus facile à mettre en œuvre sur les unités de gériatrie, car la durée moyenne de séjour était plus élevée : ce qui donnait le temps aux infirmières de la remplir avant que le patient quitte l'unité. Un projet qui vise la mise en œuvre de nouvelles pratiques doit donc tenir compte de cette diversité des pratiques et des caractéristiques des structures externes qui les favorisent afin de pouvoir identifier à l'avance les défis d'implantation de ces dernières. Cette stratégie est d'autant plus pertinente lorsque l'on tente d'obtenir une certaine uniformisation des pratiques en question.

5.2.1.2 Des structures externes en mouvance constante.

Les structures externes sont diversifiées, mais aussi en mouvance constante. En effet, on y retrouve entre autres beaucoup de changements et de mouvements au niveau des ressources humaines. Il y a les mouvements de personnel qui sont planifiés (les différents quarts de travail, les déplacements du personnel d'une unité de soins à l'autre, les vacances, etc.) et ceux qui ne le sont pas (départ, maladie, variation du personnel des agences, etc.). Dans la mouvance, s'inscrit aussi l'utilisation des services par les patients. Des services qui sont souvent surchargés et qui peuvent aussi être impactés par l'évolution de santé des patients (éclosion sur une unité, augmentation des cas de gripes, etc.). De plus, ces différents services peuvent subir différents changements (mineurs ou majeurs) à travers différentes initiatives d'amélioration continue qui pourront avoir un impact direct ou indirect en cours de route sur le projet à mettre en place. Cette mouvance peut aussi être observée au niveau de la disponibilité des ressources matérielles, techniques et financières, et ce tant pour les services courants que pour celles dédiées pour le projet. Des ressources qui sont souvent nommées comme étant manquantes ou surutilisées.

Cette mouvance des structures externes a eu un impact sur les pratiques de planification des congés avant le projet PPCC et aussi lors de son implantation. La faible disponibilité des médecins ainsi que le mouvement des professionnels sur plusieurs unités de l'hôpital 1, par exemple, a favorisé l'émergence de l'utilisation de l'AIC comme intermédiaire dans les communications (sur les patients) entre ces derniers. L'implantation des pratiques du projet PPCC a dû considérer cette mouvance, et ce autant au niveau des stratégies pour implanter les nouvelles pratiques sur les unités que dans le développement des nouvelles pratiques elles-mêmes. En effet, les moyens de communication pour faire connaître les nouvelles pratiques ont dû être diversifiés et répétés à plusieurs reprises afin de pouvoir rejoindre et attirer l'attention des ressources humaines en mouvance (notamment les médecins résidents). Au niveau de l'implantation de la nouvelle pratique du répondant par exemple, une procédure de communications avec les CLSC (dans le cadre de l'implantation du rôle du répondant) a été mise en place afin de palier à la mouvance de leur personnel (déplacements pour des interventions à domicile, vacances, changement de postes, etc.) et réussir à rejoindre un

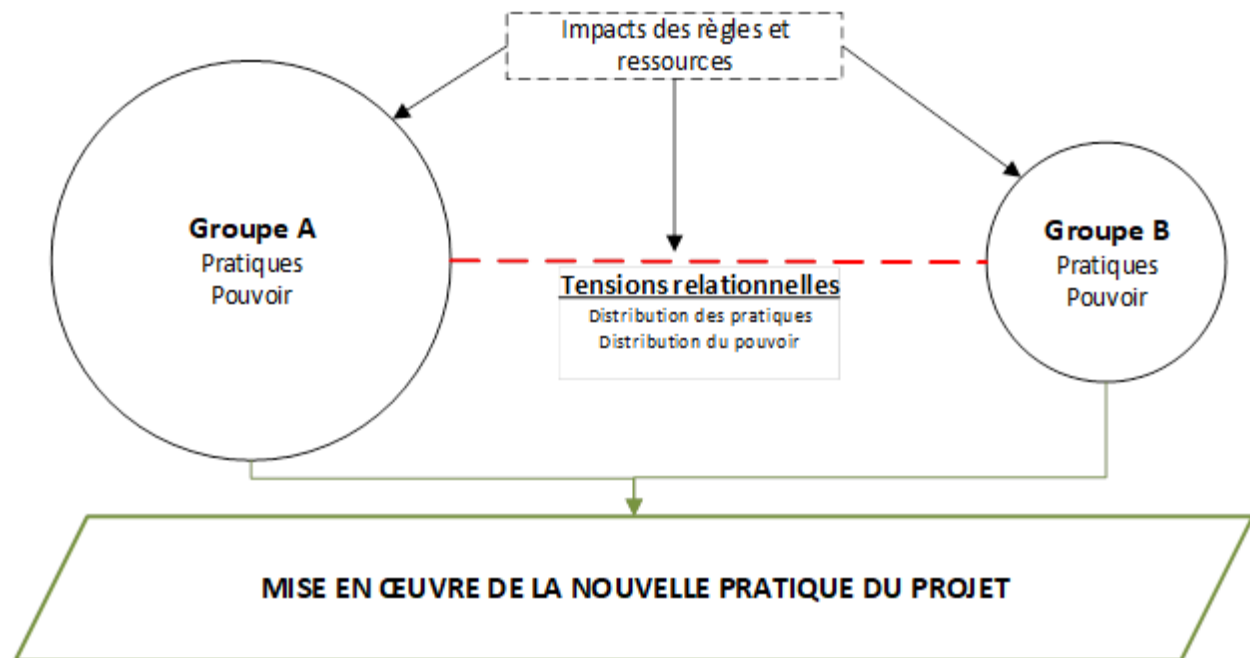
professionnel qui pourrait prendre en charge le suivi du patient à l'hôpital. Bref, il est donc important pour le gestionnaire de projet de bien comprendre les caractéristiques de cette mouvance des structures externes afin de mieux comprendre pourquoi certaines pratiques existantes sont en place et les défis de développement et de mise en œuvre des nouvelles pratiques (livrables) dans le cadre d'un projet.

5.2.1.3 Des structures externes ancrées.

L'ancrage des structures externes s'observe principalement au niveau des réseaux de positions et pratiques à l'intérieur desquels les différentes parties prenantes interagissent et déploient leurs pratiques respectives. Comme mentionné dans le chapitre sur le cadre conceptuel, le réseau de positions et pratiques se compose de groupes d'acteurs avec leur positionnement (pouvoir) et leurs pratiques respectives (**Figure 15** ci-dessous : la différence de grosseur des cercles représente la différence de pouvoir entre les acteurs). Le réseau de positions et pratiques implique aussi un réseau de relations historiques (collaborations, tensions (ligne rouge pointillées, etc.-**Figure 15**) entre les différents types d'acteurs.

Figure 15

Cartographie simplifiée du réseau de positions et pratiques des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des pratiques d'un projet



Dans le cadre du projet PPCC, on a remarqué que les tensions (ligne pointillée rouge-**Figure 15**) peuvent être reliées à une mauvaise distribution des pratiques et du pouvoir, entre les acteurs, dans la mise en œuvre de pratiques. Les tensions peuvent aussi être reliées à l'ambiguïté de la distribution des pratiques entre ces derniers : qui fait quoi, quand et qui peut prendre des décisions sur quoi, quand et comment ? Des tensions étaient déjà présentes à ce niveau entre les travailleurs sociaux, les infirmières de liaison et les physiothérapeutes avant l'implantation de la nouvelle pratique du rôle du répondant. L'implantation de cette nouvelle pratique est venue simplement raviver les tensions existantes et freiner l'implantation de cette nouvelle pratique.

Si les interventions sur la mouvance des structures externes sont plus imprévisibles et difficiles à mettre en place, celles sur le réseau de positions et pratiques semblent beaucoup plus faciles à identifier. En effet, les zones de tensions des réseaux de positions et pratiques sont facilement identifiables, car présentes depuis longtemps et connues par plusieurs.

Ces tensions sont aussi renforcées par des règles présentes depuis longtemps et sur lesquelles il est parfois possible pour l'organisation d'intervenir pour favoriser la formation d'un réseau de positions et pratiques favorables à la mise en place des nouvelles pratiques. Un assouplissement des mesures de performances d'efficience individualisées (règle) aurait pu favoriser une plus grande ouverture des professionnels à assumer la nouvelle pratique du répondant par exemple. En effet, des mesures de performance encourageant la collaboration (ou une diminution de la pression sur la performance d'efficience individualisée) avec les autres professionnels et les CLSC auraient pu encourager les professionnels à assumer davantage le rôle de répondant. Dans le cas de l'implantation de la démocratisation des requêtes professionnelles, la redistribution du pouvoir permettant aux membres des caucus d'émettre ou d'annuler des requêtes professionnelles, combiné au changement de la règle correspondante, a contribué au succès de l'implantation de cette pratique. Malgré le fait que les difficultés du réseau de positions et pratiques sont facilement identifiables, la résolution de ces tensions ou la redistribution du pouvoir dans les réseaux demande un certain courage managérial.

En résumé, les structures externes sont à la fois diversifiées, en mouvement constant et rigides (rectangle bleu ondulé-**Figure 14**). En effet, la diversification des pratiques, la mouvance des ressources et la rigidité des réseaux de positions et pratiques favorisent la production et reproduction des pratiques existantes qui à leur tour renforcent les structures externes en place. La mise en œuvre des nouvelles pratiques d'un projet (comme celles du projet PPCC) doit se frotter à cette dynamique de structuration existante et c'est ici que les praxis de différenciation et d'intégration entrent en jeu.

5.2.2 Les praxis de différenciation et d'intégration déployées dans le cadre du projet PPCC (QS1)

Les praxis de différenciation (flèches orange-**Figure 14**) et d'intégration (flèches vertes-**Figure 14**) servent à favoriser l'arrimage des nouvelles pratiques avec les structures externes en place et en évolution. Cet arrimage des pratiques se fait à travers un processus itératif et continu de modification des nouvelles pratiques et/ou des structures externes en cause. Les prochains

paragraphes décrivent avec davantage de précision le rôle des praxis de différenciation et d'intégration dans cet arrimage.

5.2.2.1 Les praxis de différenciation.

Les praxis de différenciation (PD) transmettent de l'information sur les structures externes en place (leurs changements en cours et/ou à venir) et leurs adéquations avec les nouvelles pratiques du projet PPCC et ce tout au long de la période d'implantation de ces nouvelles pratiques. Elles fournissent aussi de l'information sur les particularités des structures externes (règles, ressources et réseau de positions et pratiques) agissant sur les pratiques de planification de congés existantes ainsi que sur la mise en œuvre des nouvelles pratiques. Elles prodiguent aussi de l'information sur les impacts des nouvelles pratiques en implantations sur les structures externes, et ce tout au long de la période d'implantation. Par exemple, la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle du répondant avait réveillé des tensions interprofessionnelles existantes (impact sur le réseau de positions et pratiques) dont celle entourant la complétion des demandes de services interétablissements (DSIE) : des PD ont donc été réalisées à cet effet pour sensibiliser les gestionnaires de projet à cette problématique.

5.2.2.1.1 Les praxis d'intégration.

S'appuyant sur les informations fournies par les praxis de différenciation, les praxis d'intégration (PI) visent à modifier les composantes des structures externes (ou interne au besoin) et/ou les nouvelles pratiques dans le but de favoriser l'intégration des nouvelles pratiques du projet PPCC avec les structures externes. Par exemple, dans le cadre de la mise en œuvre de la démocratisation des requêtes professionnelles (livrable) du projet PPCC, des PI ont été réalisées sur :

- **Le réseau de position et pratiques :** Dans le cas de la mise en place de la nouvelle pratique des requêtes professionnelles, plusieurs interventions ont dû être réalisées auprès des médecins afin que ces derniers acceptent de déléguer, aux membres de l'équipe PPCC, une partie de leur pouvoir en lien avec la création et l'annulation des requêtes.

- **Les règles (modification ou ajout).** Dans le cas des requêtes professionnelles, une nouvelle règle a été établie, avec l'accord des médecins, afin de permettre aux membres des équipes PPCC de créer ou d'annuler des requêtes.
- **Les ressources (humaines, matérielles et financières) dans l'objectif de les modifier ou d'en ajouter.** La réorganisation des professionnels par unité de soins à l'hôpital 1 par exemple, a favorisé la mise en place des équipes PPCC et par conséquent des rencontres de caucus pour discuter des patients PPCC. C'est justement lors de ces rencontres que les membres de l'équipe PPCC pouvaient créer de nouvelles requêtes professionnelles ou annuler celles des médecins pour les patients PPCC.
- **La conception des nouvelles pratiques afin de les rendre davantage en adéquation avec les structures externes en place.** Des ajustements ont aussi été faits au niveau du formulaire des requêtes professionnelles afin de le rendre plus conforme à la nouvelle règle et au nouveau mode de fonctionnement.

Rappelons ici que des modifications peuvent aussi se faire sur les structures internes (surtout la perception des conditions d'action) afin de s'assurer que ces dernières sont le plus possible en adéquation avec les structures externes existantes. Dans les prochains paragraphes, nous décrivons comment les parties prenantes s'appuient sur leurs structures internes pour déployer les praxis de différenciation et d'intégration.

5.2.3 Des praxis qui s'appuient sur les structures internes d'une diversité de parties prenantes (QS3)

Les parties prenantes déploient leurs praxis en fonction de leurs structures internes respectives (SI à l'intérieur des flèches orange et vertes-**Figure 14**). Elles analysent le contexte spécifique de l'action en fonction des caractéristiques des structures externes (règles, ressources et réseau de positions et pratiques) dans lesquelles elles se retrouvent et aussi en fonction des particularités de leurs habitus respectifs. Par exemple, la chef d'une unité de chirurgie à l'hôpital 1 se situe à l'intérieur de structures externes bien différentes que la chef des services professionnels qui supervise des professionnels à travers les deux hôpitaux. De plus, certaines

particularités de leur habitus diffèrent aussi : la première pouvant être davantage axée sur l'adaptation des nouvelles pratiques du projet PPCC à la réalité de son unité alors que la seconde vise une plus grande uniformisation de ces nouvelles pratiques afin qu'elles soient plus faciles à utiliser (par ses professionnels) d'une unité ou d'un hôpital à l'autre.

S'appuyant ainsi sur leurs structures internes respectives, les parties prenantes vont se servir des praxis de différenciation pour témoigner du lien entre les particularités des structures externes dans lesquelles elles se trouvent (et perçoivent) et les nouvelles pratiques en implantation (ou les pratiques existantes). Elles vont aussi proposer et mettre en œuvre des praxis d'intégration pour induire des changements au niveau des structures externes ou sur les nouvelles pratiques pour favoriser une meilleure adéquation entre les structures externes (en évolution) dans lesquelles elles se trouvent et les nouvelles pratiques du projet PPCC à mettre en œuvre.

5.2.4 Les impacts des praxis de différenciation et d'intégration sur les structures et la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet PPCC (QS4)

À travers le processus de mise en œuvre des nouvelles pratiques, les praxis de différenciation (PD) et d'intégration (PI) jouent des rôles différents et complémentaires : la première (PD) sert à expliciter l'adéquation des structures externes avec les nouvelles pratiques alors que la deuxième (PI) sert à faire les modifications en conséquence sur les structures externes et/ou les nouvelles pratiques pour favoriser l'adéquation en question. Dans le cadre du projet PPCC, les praxis d'intégration qui ont modifié à la fois les structures externes et les nouvelles pratiques (livrables du projet PPCC) ont eu des impacts plus favorables sur le niveau de mise en œuvre de ces nouvelles pratiques.

Dans le cas de la nouvelle pratique de démocratisation des requêtes professionnelles par exemple, les composantes des structures externes (règles, ressources et réseau de positions et pratiques) ont été modifiées (PI) pour favoriser la mise en œuvre de cette nouvelle pratique. De plus des ajustements ont été faits sur la nouvelle pratique (révision du formulaire par exemple) pour favoriser une meilleure adéquation entre les structures externes et la nouvelle pratique. Ce

sont donc les modifications réalisées sur les structures externes et la nouvelle pratique qui ont permis de créer une adéquation plus forte (ligne rouge pleine-**Figure 14**) et qui ont favorisé le succès de la mise en œuvre de cette pratique.

Dans le cas de la mise en œuvre de la nouvelle pratique du rôle du répondant du projet PPCC, il y a eu des modifications de la pratique initiale (transformation du rôle du répondant en intervenant principal), mais aucune modification des structures externes d'où l'échec de sa mise en œuvre. Si des modifications sont faites uniquement au niveau de la conception des nouvelles pratiques (et non sur les structures externes), ces praxis d'intégration risquent d'être insuffisantes pour favoriser l'adéquation recherchée (structures externes-nouvelles pratiques) et par conséquent sur la réelle mise en œuvre de ces dernières.

Ces réponses aux questions spécifiques de la présente thèse mettent en lumière le processus de structuration ayant cours dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques (livrables) du projet (**Figure 14**). La prochaine section aura pour but de décrire le processus de structuration en question.

5.3 Modèle de structuration de la mise en œuvre de nouvelles pratiques dans un projet en santé : entre intégration et différenciation

S'appuyant sur les réponses aux questions spécifiques précédentes, l'abstraction proposée ici (modèle) explicite le processus de structuration de la mise en œuvre des nouvelles pratiques d'un projet (livrables) en mettant en lumière les rôles joués par les praxis de différenciation et d'intégration. La **Figure 14** illustre ce modèle dont le fonctionnement est décrit dans les prochains paragraphes.

5.3.1 La reproduction des pratiques existantes

En cohérence avec la théorie de la structuration (Giddens, 2012 c1987), les structures influencent la mise en œuvre des pratiques qui à leur tour vont agir sur les structures en place

pour favoriser leurs reproductions ou leurs changements (dualité du structurel). Au début de l'implantation d'une nouvelle pratique (comme celles du projet PPCC par exemple), les structures externes (diversité, mouvance et rigidité) favorisent la reproduction des pratiques existantes (de planification de congé) et vice versa (flèches noires pleines- **Figure 14**). Avec le temps, une forte adéquation se crée entre les pratiques existantes et les structures externes (ligne rouge pleine-**Figure 14**): c'est-à-dire que les caractéristiques de ces structures (règles, ressources, réseau de positions et pratiques) sont en cohérence avec les pratiques existantes en place. Dans le cas de la pratique des requêtes professionnelles par exemple, la règle d'émission et d'annulation des requêtes octroyait au médecin l'exclusivité du choix des professionnels pouvant intervenir auprès d'un patient. Cette règle était en cohérence avec la distribution du pouvoir entre les médecins et les professionnels ainsi qu'avec le fait que les professionnels de l'hôpital 1 étaient organisés par spécialité, se promenaient d'une unité à l'autre et avaient ainsi une moins bonne connaissance des besoins en services professionnels des différents patients sur les unités.

5.3.2 L'intégration des nouvelles pratiques du projet (livrables)

Au début de la mise en œuvre des nouvelles pratiques (livrables d'un projet), l'adéquation entre les structures externes et les nouvelles pratiques est faible (ligne rouge pointillée- **Figure 14**). Le cycle de reproduction entre les structures externes et les nouvelles pratiques du projet est aussi faible (flèches noires pointillées-**Figure 14**). Lors de la mise œuvre des nouvelles pratiques du projet, plus il y a des praxis d'intégration pertinentes sur les structures externes ainsi que sur les nouvelles pratiques, plus la dynamique de reproduction des nouvelles pratiques par les structures (et vice versa) commence à s'installer (flèches noires au temps T2 et T3-**Figure 14**). Par conséquent, les structures externes deviennent de plus en plus en adéquation avec les nouvelles pratiques du projet (ligne rouge pleine -**Figure 14**) et ces dernières s'intègrent tranquillement aux structures externes en place (d'où la concordance entre le bleu foncé des nouvelles pratiques et celui des structures externes-**Figure 14**).

5.3.3 Le rôle des praxis de différenciation et d'intégration

Le succès de la mise en œuvre des nouvelles pratiques dépend de leur adéquation avec les structures externes (ligne rouge- **Figure 14**) du projet PPCC. Les praxis de différenciation (PD) et d'intégration (PI) contribuent à améliorer cette adéquation, et ce tout au long du processus d'implantation. En effet, les praxis de différenciation communiquent de l'information sur cette adéquation alors que les praxis d'intégration servent à modifier les structures externes et/ou les nouvelles pratiques pour créer l'adéquation en question. Une fois cette adéquation créée entre les structures externes et les nouvelles pratiques, le processus de structuration (flèches noires pleines-**Figure 14**) risque de favoriser la reproduction des nouvelles pratiques et ainsi favoriser leur mise en œuvre dans le temps.

5.3.4 Le rôle des structures internes des parties prenantes dans l'intégration des nouvelles pratiques

Les praxis de différenciation et d'intégration sont déployées par une diversité de parties prenantes et permettent d'identifier les différentes caractéristiques des structures externes (en évolution dans le temps) à prendre en considération dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques (livrables) du projet PPCC. En effet, chaque partie prenante possède sa vision (structure interne (SI-**Figure 14**) de cette adéquation (structures externes -pratiques (existantes et nouvelles)) en fonction de sa réalité particulière (structure externe) et utilisent les praxis de différenciation pour en témoigner. Même si cette diversité peut amener certaines tensions dans la mise en œuvre du projet, elle permet aussi d'avoir un portrait plus clair de l'ensemble des enjeux (structures externes-nouvelles pratiques) à considérer dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques. Plus clairs sont ces différents enjeux à considérer et plus on augmente les chances de déployer des praxis d'intégration (sur ces pratiques et structures) qui seront favorables au succès de la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet PPCC.

Voyons maintenant comment les résultats de cette thèse se comparent à la littérature scientifique en gestion de projet et comment l'utilisation de l'abstraction proposée peut contribuer à la pratique de la gestion de projet.

5.4 Contribution théorique et pratique de la thèse

La prochaine section a pour objectif d'expliciter la contribution théorique et pratique de la présente thèse. La comparaison théorique sera faite avec les articles scientifiques (empiriques) en gestion de projets qui ont utilisé l'approche du projet comme pratique (« projects-as-practice ») puisque c'est dans ce sillon de courant de pensée que s'inscrit cette dernière. La contribution pratique sera faite en comparant l'abstraction proposée avec le contenu du guide PMBOK (PMI, 2021).

5.4.1 Contribution théorique

La thèse se distingue par l'utilisation de la théorie de la structuration de Stones (2005). À travers la documentation scientifique en gestion de projets recensée, cette thèse est la seule recherche recensée à utiliser ce cadre conceptuel (Stones, 2005) dans une perspective de "projects-as-practice". Le cadre conceptuel de Stones (2005) a permis de saisir les dynamiques ayant cours entre les structures et la mise en œuvre des pratiques et/ou des praxis. L'utilisation du cadre était particulièrement pertinente dans le contexte où le projet visait la mise en œuvre de nouvelles pratiques (livrables du projet PPCC) afin de favoriser des arrimages entre des pratiques existantes. En fonction des résultats obtenus et tel qu'illustré au début du chapitre sur la discussion, une abstraction a été proposée décrivant la structuration de la mise en œuvre de nouvelles pratiques d'un projet (livrables) en santé.

Dans les prochains paragraphes, nous allons comparer les principales caractéristiques de cette abstraction avec les écrits scientifiques répertoriés. Nous débutons notre comparaison avec le concept de la dualité structurelle qui est actif dans l'abstraction proposée par cette thèse. Nous traitons ensuite des ressemblances et différences entre les caractéristiques et fonctions des structures (externes et internes) et d'autres concepts similaires utilisés dans la documentation scientifique existante. Enfin nous terminons en comparant la documentation scientifique existante avec la dynamique ayant cours entre les praxis de différenciation et d'intégration lors de la mise en œuvre de nouvelles pratiques (livrables) d'un projet en santé.

5.4.1.1 La dualité structurelle.

À travers les écrits scientifiques répertoriés, l'abstraction proposée par cette thèse est la seule à utiliser le concept de dualité structurelle pour décrire le phénomène de cristallisation des pratiques existantes ainsi que pour expliciter la structuration de la mise en œuvre des nouvelles pratiques (livrables) du projet.

Cependant, sans utiliser le concept de dualité structurelle, certains articles répertoriés (Buchan et Simpson, 2020; Zeivots et al., 2023) font état de la dynamique d'interinfluence entre les pratiques déployées dans le cadre d'un projet et son contexte. Dans son article sur les pratiques de Codesign, Zeivots et al. (2023), en s'appuyant sur la théorie de la pratique de Kemmis (2022), mentionnent que les pratiques de projets sont façonnées par l'architecture des pratiques du site et que cette architecture peut être modifiée par la réalisation du projet. De son côté, Buchan et Simpson (2020) proposent d'étudier le projet en utilisant une ontologie du projet axée sur le « becoming » où le projet est vu davantage comme une série d'actions en continu qui transforme et est transformé par la situation :

We propose instead a processual theory of practice grounded in a becoming ontology in which projects are embedded in dynamically emergent situations. This performative conceptualization recognizes the inherently iterative and precarious nature of projects as agents, both human and material that transactionally produce, and are produced by, their situations. (Buchan et Simpson, 2020, p. 46)

D'autre part, et en cohérence avec l'approche « projects-as-practice » une attention particulière est portée par certains articles sur les actions situées dans leur contexte sans pour autant mobiliser le principe de dualité du structurel. À travers la littérature répertoriée, l'influence du contexte sur les actions des parties prenantes (praxis et pratiques) est davantage mise de l'avant que le mouvement inverse (soit l'influence des actions sur le contexte du projet). Quelques auteurs traitent des stratégies de gestion des phénomènes émergents (déviations, crises) du contexte du projet (Hällgren et Maaninen-Olsson, 2009; Hällgren et Wilson, 2008; Sjögren et al., 2018): la mise en place d'équipe ad hoc spécifique (aux problèmes rencontrés)

ainsi que les concepts d'improvisation et de bricolage sont nommés comme stratégies pour gérer ces phénomènes émergents.

Dans le même courant des articles traitant de l'influence du contexte sur les actions des parties prenantes, on retrouve aussi des articles abordant l'impact de la gouvernance et de la culture sur les actions et interactions des parties prenantes (Ika et Saint-Macary, 2012; Salovaara et al., 2020; Toivonen et Toivonen, 2014). Toivonen et Toivonen (2014) décrivent comment des changements au niveau de la haute direction sont venus affecter la dynamique d'interactions des parties prenantes : la faisant passer d'une culture de coopération à une culture de compétition. De leur côté, Ika et Saint-Macary (2012); Narayanan et Huemann (2021), traitent de l'adaptation des pratiques du gestionnaire de projet au contexte particulier (culture, ressources) des pays en développement ou émergent. Salovaara et al. (2020) utilisent l'ontologie du jeu et mentionnent que: « In a project context, this can be interpreted that anybody involved in a project participates in a play that is played by the rules that were set much before this particular project saw its birth » (p.51). Salovaara et al. (2020) ne détaillent pas cependant comment les acteurs impliqués dans le jeu peuvent créer ou modifier les règles en question comme le propose l'abstraction proposée par cette thèse.

En résumé, même si l'interaction entre les particularités du contexte et les actions (mise en œuvre des pratiques et praxis) est mise de l'avant à travers la documentation scientifique utilisant l'approche « projects-as-practice », aucun n'article explicite le phénomène de reproduction des pratiques (provoqué par la dualité structurelle) comme le propose l'abstraction de cette thèse. Il faut cependant considérer que les recherches empiriques portaient sur l'implantation de nouveaux projets (constructions, projets énergétiques, développement urbain, environnement, éducation) et non sur des projets visant un changement de pratiques (par la mise en œuvre de nouvelles pratiques) comme le Projet PPCC étudié dans cette thèse. Un changement de pratiques qui devait s'opérer à l'intérieur de milieux hospitaliers où les pratiques existantes (de planification de congés) avaient eu beaucoup de temps pour se cristalliser. Une autre contribution théorique de cette thèse réside dans la caractérisation des structures (externes et internes) modulant la mise en œuvre de nouvelles pratiques d'un projet (livrables).

5.4.1.2 Les caractéristiques des structures externes agissant sur les pratiques et les praxis.

Dans la documentation scientifique, comment sont traitées les caractéristiques du contexte pouvant avoir une influence sur la réalisation des projets. Nous allons comparer cette documentation avec les caractéristiques des structures externes explicitées dans cette thèse.

Les structures externes

Les écrits scientifiques répertoriés abordent l'influence de certaines composantes du contexte sur les pratiques et les praxis en contexte de projets. On souligne notamment l'influence des règles (Ika et Saint-Macary, 2012; Salovaara et al., 2020), des ressources (Ika et Saint-Macary, 2012; Narayanan et Huemann, 2021), du pouvoir (Çıdık et Bowler, 2022; Ika et Saint-Macary, 2012; Toivonen et Toivonen, 2014), des relations (Çıdık et Bowler, 2022; van der Hoorn et Whitty, 2017; Zeivots et al., 2023) ainsi que de la distribution des rôles et responsabilités (Smits et van Marrewijk, 2012) sur les actions et les interactions des parties prenantes. De son côté, Buchan et Simpson (2020) mentionnent que les parties prenantes doivent rester conscientes des composantes historiques, sociales, culturelles, et politiques dans le développement de leurs activités ou pour faire face à des situations émergentes. Cependant, aucun article ne traite de l'ensemble de ces composantes de façon intégrée comme le propose le concept des structures externes de cette thèse et plus précisément celui du réseau de positions et pratiques.

Malgré le fait que le concept de réseaux de positions et pratiques n'est pas abordé directement à travers les écrits scientifiques en gestion de projet, quelques auteurs font référence à certaines de ces caractéristiques. En effet, Zeivots et al. (2023) soulignent l'importance du rôle des relations pour favoriser le développement de pratiques relationnelles favorables à l'innovation dans la réalisation des projets: « We noted that the clearer were the relatings in projects, the clearer were doings and sayings. Being complex social-political arrangements, relatings comprise social-cultural matters that allow (or constrain) trialng new social connection practices in innovative contexts» (p.660). En résumé, ces auteurs nomment des caractéristiques

que l'on retrouve dans les réseaux de positions et pratiques. Cependant, ils n'utilisent pas le concept de réseau et ne détaillent pas comment ce réseau de positions et pratiques peut être explicité et changé pour favoriser la mise en œuvre de nouvelles pratiques (livrables) d'un projet.

Comme souligné dans l'abstraction proposée dans cette thèse, les relations à l'intérieur des réseaux de positions et pratiques peuvent être marquées par la présence de liens de collaborations ou de tensions historiques entre les différents groupes de parties prenantes. Des tensions pouvant être reliées au partage et à l'ambiguïté du partage des rôles et pratiques entre les parties prenantes. Des tensions pouvant aussi provenir d'une distribution du pouvoir, à l'intérieur du réseau, qui est défavorable à la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet. Le développement des pratiques de collaboration entre les parties prenantes est très présent dans la documentation scientifique existante (Karrbom Gustavsson et Gohary, 2012; Urton et Murray, 2021; Zeivots et al., 2023; Zerjav, 2015). Dans le but d'améliorer ces pratiques de collaboration, certains auteurs abordent notamment l'importance d'identifier et de réduire les frontières entre les différents groupes de parties prenantes d'un projet (Karrbom Gustavsson et Gohary, 2012; Zerjav, 2015). On parle notamment de frontière physique, de frontière entre les disciplines, les domaines de connaissances et entre les paliers hiérarchiques. Des stratégies sont alors proposées pour éliminer ou réduire l'impact de ces frontières afin de favoriser une meilleure collaboration ainsi que le développement de pratiques communes favorables à l'implantation du projet.

Quelques articles scientifiques font référence à l'importance de considérer les tensions (Lehtimäki et al., 2023; Smits et van Marrewijk, 2012; Zeivots et al., 2023) dans la gestion des projets pour favoriser cette collaboration. Smits et van Marrewijk (2012) mentionnent d'ailleurs que les conflits entre les groupes de parties prenantes aident à mettre en évidence les pratiques tacites de ces différents groupes et enclenchent un processus de négociations visant à créer de nouvelles pratiques de collaboration. Cependant, la documentation scientifique existante met davantage l'accent sur les tensions et conflits en lien avec la réalisation des futurs projets (Hallgren et Lindahl, 2017) et non en lien avec les tensions existantes avant l'implantation de

ces derniers. L'accent est d'ailleurs mis davantage sur des conflits en lien avec les divergences d'intérêts, le partage des rôles et la distribution du pouvoir (Çıdık et Bowler, 2022) dans l'implantation des projets et non en amont (Urton et Murray, 2021; Zeivots et al., 2023) de ces derniers.

5.4.1.3 Les structures internes.

L'abstraction proposée dans cette thèse utilise le concept de structure interne de Stones (2005). Les parties prenantes s'appuient sur leurs structures internes respectives pour déployer leurs pratiques et praxis. Ces structures internes se composent de deux composantes soit l'analyse de la partie prenante des conditions spécifiques à l'action (en d'autres mots sa vision des possibilités et des contraintes à l'action qu'offrent les structures externes dans lequel elle se trouve) et son habitus qui influence sa perception des conditions spécifiques à l'action.

L'abstraction proposée par cette thèse illustre le fait que ce ne sont pas seulement les structures externes qui sont à considérer dans la cristallisation ou le changement des pratiques existantes, mais aussi les structures internes des parties prenantes. Comme mentionné précédemment, les structures externes peuvent avoir, par exemple, une architecture favorable à la mise en œuvre des nouvelles pratiques d'un projet, mais des parties prenantes peuvent avoir de la difficulté à les percevoir en raison de leurs structures internes respectives et vice versa.

Si les caractéristiques des structures externes sont abordées de façon parcellaire à travers la documentation scientifique existante en gestion de projet, le concept des structures internes est presque absent. En effet, on retrouve un article qui traite des habitus des gestionnaires de projet (Kalogeropoulos et al., 2020) et un qui traite des schèmes mentaux communs dans la prise de décision (Sjögren et al., 2018). Kalogeropoulos et al. (2020) traite des caractéristiques communes des habitus des gestionnaires de projet qui ont eu du succès. L'accent est mis sur la description des profils d'habitus de ces gestionnaires pour faciliter leur recrutement. De son côté, Sjögren et al. (2018), souligne l'importance de développer des schèmes mentaux communs pour faciliter les prises de décisions collectives dans la gestion des projets.

Le concept des schèmes mentaux peut s'apparenter à celui des structures internes au niveau de l'analyse des conditions spécifiques à l'action. En effet, tout comme le propose Sjögren et al. (2018) dans l'importance de développer des schèmes mentaux communs, l'abstraction de cette thèse propose une mise en commun des structures internes respectives. En effet, appuyé par les praxis de différenciation, les parties prenantes peuvent tendre vers le développement de structures internes communes en lien avec les composantes de leurs structures externes respectives (et collectives) et choisir ensemble des praxis d'intégration qui viendront transformer les structures externes afin de les rendre plus favorables à la mise œuvre des nouvelles pratiques d'un projet. Dans les prochains paragraphes, nous allons comparer cette dynamique ayant cours entre les praxis de différenciation et d'intégration avec les écrits scientifiques en gestion de projet.

5.4.1.4 La dynamique entre les praxis de différenciation et d'intégration

L'une des contributions théoriques importantes de cette thèse est la description de la dynamique ayant cours entre les praxis de différenciation et d'intégration. Rappelons ici que les praxis de différenciation ont pour fonction d'explicitier l'adéquation (ou les problèmes d'adéquation) entre les composantes des structures externes et les pratiques (existantes ou à mettre en œuvre). Des structures qui, telles que présentées dans la section 5.2.1, sont marquées par la diversité, la mouvance et la rigidité. S'appuyant sur l'information reçue en provenance des praxis de différenciation, les praxis d'intégration visent à intervenir sur les composantes des structures (ou sur les nouvelles pratiques à implanter) afin d'améliorer cette adéquation entre les structures et les nouvelles pratiques.

Les écrits scientifiques répertoriés abordent le phénomène des allers-retours dans la réalisation des projets (Salovaara et al., 2020) et dans les processus de décisions collectives (Hällgren et Maaninen-Olsson, 2009; Sjögren et al., 2018), mais n'utilisent pas les concepts de praxis de différenciation et d'intégration. Les auteurs font davantage référence au concept d'apprentissage et de développement de schèmes mentaux commun dans les processus de négociation et de prise de décision collective (Sjögren et al., 2018; Zeivots et al., 2023; Zerjav, 2015). Ils ne précisent pas de quels types d'apprentissages il est question, mais soulignent

cependant que des apprentissages peuvent provenir des actions en cours ou de l'utilisation des pratiques passées dans la réalisation des projets. En revanche, les praxis de différenciation permettent d'apprendre sur les structures existantes et leur adéquation avec les pratiques (existantes ou à venir). En d'autres mots, elles permettent de mieux comprendre la structuration des pratiques respectives des différentes parties prenantes ainsi que de mieux comprendre les problèmes de structuration reliés à la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet ciblé.

En somme, les recherches utilisant l'approche de « project-as-practice » mettent beaucoup l'emphasis sur le processus itératif des actions (et des interactions) des parties prenantes et le contexte de réalisation du projet : soit pour faire face aux situations émergentes ou pour favoriser l'implantation du projet en fonction des particularités de ce contexte. L'abstraction proposée dans cette thèse vient préciser, au moyen des praxis de différenciation et d'intégration, comment cette itération et adaptation constante entre les structures et la mise en œuvre des nouvelles pratiques se déroule. La prochaine section aura pour objectif de détailler davantage la contribution pratique de cette thèse.

5.4.2 La contribution pratique de l'abstraction proposée à la gestion de projet

Nous divisons la présente section en deux parties. Nous soulignerons d'abord la différence de l'abstraction proposée (à la section 5.3) avec le contenu du guide PMBOK (PMI, 2021) et ce particulièrement sur le plan de la gestion des parties prenantes. Ensuite, nous terminerons cette section en proposant une démarche d'utilisation, issue de l'approche, pouvant servir de guide à la gestion de projet visant la mise en œuvre de nouvelles pratiques comme livrables. Un guide qui mettra en évidence l'utilisation des praxis de différenciation et d'intégration dans l'implantation de ce type de projet. À noter que les orientations et les pratiques proposées ici s'inscrivent dans un esprit de complémentarité avec celles du PMBOK et non en opposition avec ces dernières.

5.4.2.1 Le PMBOK 2021 versus l'abstraction proposée par la thèse

Le guide PMBOK (PMI, 2021) accorde beaucoup d'importance aux parties prenantes et à

leur gestion. Le principal objectif des projets est d'ailleurs la création de valeur pour l'organisation et pour les parties prenantes. L'identification, l'analyse et la gestion des parties prenantes pouvant avoir un impact positif ou négatif sur le projet sont préconisées, et ce à travers tout le cycle de vie du projet. Leur intérêt et pouvoir à l'égard du projet fait partie des principaux aspects à considérer par le gestionnaire de projet et son équipe. Susciter l'engagement des parties prenantes à l'égard du projet est primordial, et ce particulièrement dans le cadre d'un projet visant à mettre en œuvre de nouvelles pratiques. Une fréquente communication avec les parties prenantes sur la vision du projet (création de sens et de valeur) et sur son implantation est d'ailleurs encouragée par le guide PMBOK (PMI, 2021) et ce à travers toutes les étapes du cycle de vie du projet.

Dans le cadre du projet PPCC, une analyse des parties prenantes avait été réalisée initialement par les différentes directions du CIUSSS impliquées dans le projet. Ces dernières étaient au courant de certains enjeux quant à l'implication possible des parties prenantes dans le projet et étaient conscientes du pouvoir important des médecins à considérer pour favoriser la mise en œuvre des nouvelles pratiques. La charte de projet sous forme de A3 (Grande feuille résumant le contenu de la charte de projet) mettait d'ailleurs en évidence les enjeux liés à l'ancrage des pratiques cliniques et hospitalières, la faible capacité (en termes d'énergie et temps) des équipes et gestionnaires à mener les changements proposés dans le contexte de surcharge des hôpitaux ainsi que la nécessité de mobiliser le corps médical autour du projet. Pour impliquer les parties prenantes et faire face à ces enjeux, plusieurs initiatives de communications et beaucoup de négociations ont été nécessaires. Des négociations qui ont été ardues en raison de la diversité des disciplines, des milieux d'implantation des pratiques (hôpitaux, CLSC, unités, services, etc.) ainsi que des paliers hiérarchiques auxquels pouvaient appartenir les différentes parties prenantes impliquées dans le projet.

Outre les différentes initiatives de communication et de négociations, l'utilisation d'une approche d'implantation du projet hybride (guide PMBOK (PMI, 2021)) avait été utilisée pour favoriser l'implication des parties prenantes dans le projet PPCC. En effet, à la suite du volet plus prescriptif de la conception initiale du projet PPCC par les directions du CIUSSS, le volet

de mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés s'est déroulé avec une approche plus adaptative et « bottom-up ». Une approche qui s'est déroulée lors de la phase d'implantation des projets pilotes avec un processus de rétroaction hebdomadaire dans le but de faire les ajustements nécessaires pour favoriser la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet PPCC. Il est à noter ici que beaucoup d'ajustements et d'énergie ont été nécessaires afin de réussir à avoir un certain degré de mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet PPCC. Des ajustements qui ont dû prendre en compte la spécificité des hôpitaux, les différentes caractéristiques des unités et services professionnels à l'intérieur desquelles les nouvelles pratiques devaient s'implanter.

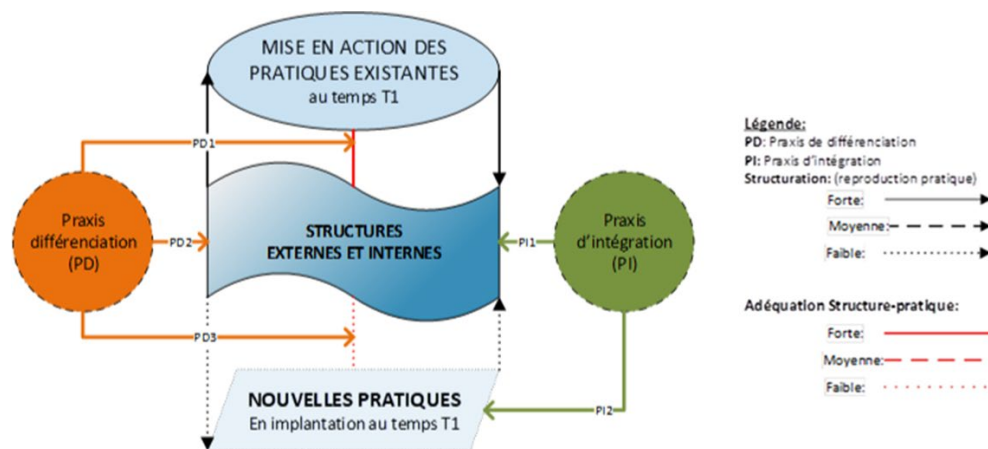
En résumé, une analyse des parties prenantes et une bonne approche d'implantation du projet avaient été choisies pour engager ces dernières dans le projet. Plusieurs stratégies et outils de communications ont aussi été utilisés pour informer et impliquer les parties prenantes dans le projet. Cependant, malgré l'utilisation de ces façons de faire proposées par le guide PMBOK (PMI, 2021), la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet PPCC a été difficile et a demandé beaucoup d'ajustements, de négociations et a été génératrice de plusieurs tensions. Cette mise en œuvre des pratiques a d'ailleurs été très inégale en fonction des hôpitaux, des unités et des différents services professionnels. De plus, autant les participants que les gestionnaires du projet ont mentionné que l'implantation du projet PPCC avait exigé beaucoup de temps et d'énergie dans un contexte hospitalier déjà surchargé par ses opérations régulières.

Dans l'abstraction proposée et représentée de façon simplifiée ci-dessous (**Figure 16**), l'accent est mis davantage sur les pratiques des parties prenantes et la structuration de leurs mises en œuvre. À l'instar du guide PMBOK (PMI, 2021), qui porte son regard principalement sur les motivations et l'influence possible (pouvoir) des parties prenantes à l'égard du projet, l'abstraction suggère de comprendre de façon plus approfondie la structuration de leurs pratiques respectives (flèches noires (pleine et pointillée) à la **Figure 16**) de manière à voir comment cette structuration est à considérer dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet. En effet, le modèle encourage les parties prenantes à comprendre davantage les caractéristiques des structures externes et internes qui favorisent le maintien des pratiques

existantes (et vice versa) et qui seront en causes dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet. Une compréhension qui sera favorisée par les praxis de différenciation (flèches orange-**Figure 16**) et qui permettra de bien cibler les praxis d'intégration (flèches vertes- **Figure 16**) à déployer pour favoriser la structuration des nouvelles pratiques du projet. Dans les prochains paragraphes, nous décrirons de façon plus détaillée comment l'abstraction proposée peut s'incarner dans la pratique de la gestion de projet pour favoriser une implantation plus efficiente, efficace et pérenne des pratiques d'un projet (livrables).

Figure 16

Dynamique des praxis de différenciation et d'intégration visant à favoriser la structuration des nouvelles pratiques du projet



5.4.2.2 L'application de l'abstraction proposée en gestion de projet

Comme mentionné précédemment, l'abstraction proposée incite les gestionnaires de projet, et leurs équipes, à porter un regard plus approfondi sur la structuration des pratiques (existantes et à venir) afin de pouvoir déployer les interventions (praxis d'intégration) nécessaires à la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet (**Figure 16**). La connaissance de la structuration des pratiques existantes (et à venir) sera favorisée par les praxis de différenciation en amont et pendant la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet (flèches orange (PD1,2,3) à la **Figure 16**). S'appuyant sur les connaissances obtenues, des praxis d'intégration seront mises en œuvre afin de modifier les structures externes et internes plus

favorables à la mise en œuvre des nouvelles pratiques (flèche verte (PI1) à la **Figure 16**). De plus, des praxis d'intégration seront aussi déployées dans la conception des nouvelles pratiques de projet (flèche verte (PI2) à la **Figure 16**) afin de les rendre davantage en adéquation (lignes rouges – **Figure 16**) avec les structures (externes et internes) en place. Le **Tableau 38** ci-dessous résume les grandes étapes, issue de l'abstraction, qui permettront de favoriser la mise en œuvre des nouvelles pratiques d'un projet.

Tableau 38

Les principales étapes, issues de l'abstraction proposée, pour favoriser la mise en œuvre des nouvelles pratiques d'un projet

| ÉTAPE | DESCRIPTION |
|------------|--|
| 1 | Par l'entremise des praxis de différenciation, identifier les caractéristiques des structures externes et internes qui favorisent le maintien (rigidité) des pratiques existantes (et vice versa) et qui seront touchées par la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet. |
| 2.a | Par l'entremise des praxis d'intégration, modifier (au besoin) les caractéristiques des structures externes et internes pertinentes (identifiées à l'étape 1) pouvant favoriser la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet. |
| 2.b | Par l'entremise des praxis d'intégration, concevoir les nouvelles pratiques du projet en fonction des structures externes et internes modifiées afin de créer une nouvelle adéquation entre ces structures et les nouvelles pratiques en question. |

Étape 1 : Par l'entremise des praxis de différenciation, identifier les caractéristiques des structures externes et internes qui favorisent le maintien (rigidité) des pratiques existantes (et vice versa) et qui seront touchées par la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet.

L'abstraction proposée incite les gestionnaires de projet à changer sa façon de voir les choses. En effet, elle encourage ces derniers à porter un regard plus approfondi sur la structuration des pratiques existantes avant de se lancer trop rapidement dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet (livrables). Plus spécifiquement, le gestionnaire de projet, avec

les parties prenantes pertinentes (celles qui seront impliquées ou affectées par la mise en œuvre des nouvelles pratiques), devrait tenter d'identifier et de décrire les dynamiques de structuration (l'aspect reproduction) actuelles entre les pratiques existantes et les structures (externes et internes). Qu'est-ce qui fait que les pratiques existantes (bonnes ou mauvaises) se sont installées et rigidifiées avec le temps ? Quelles sont les caractéristiques des structures externes et internes qui favorisent le maintien de ces pratiques ? Quelles sont les règles, les ressources et les caractéristiques du réseau de positions et pratiques en place qui favorisent le maintien de ces pratiques ? Quelles sont les particularités des habitus qui peuvent aussi contribuer au maintien de ces pratiques et comment la mise en œuvre de ces pratiques par les acteurs vient renforcer les structures internes et externes existantes ? Toutes ces informations peuvent être fournies par les praxis de différenciation, et ce autant en amont que pendant la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet. Le **Tableau 39** ci-dessous explicite le type d'information sur les structures (externes et internes) que les praxis de différenciation permettent d'aller chercher afin de décrire la structuration des pratiques existantes.

Tableau 39

Les types de praxis de différenciation permettant la description des structures externes et internes qui favorisent le maintien des pratiques existantes (et vice versa) qui seront touchées par le projet.

| Les types de praxis de différenciation en amont et pendant la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet |
|---|
| A) Décrire les réseaux de position et pratiques existants à travers lesquelles les nouvelles pratiques vont être mises en œuvre : la distribution des pratiques, du pouvoir et l'état des relations (collaborations et tensions) entre les parties prenantes. |
| B) Décrire les règles pouvant avoir un impact sur les réseaux de positions et pratiques existants et par conséquent sur la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet. |
| C) Décrire les caractéristiques des ressources pouvant avoir un impact sur le réseau de positions et pratiques et par conséquent sur la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet. |
| D) Décrire les principales caractéristiques des structures internes (analyse du contexte spécifique et |

habitus professionnels) des parties prenantes pouvant avoir un impact sur la mise en œuvre des nouvelles pratiques.

Étape 2a. Par l’entremise des praxis d’intégration, modifier (au besoin) les caractéristiques des structures externes et internes pertinentes (identifiées à l’étape 1) pouvant favoriser la modification des nouvelles pratiques du projet.

En s’appuyant sur les praxis de différenciation, le gestionnaire de projet pourra cibler sur quelles caractéristiques des structures (externes et internes) et/ou sur quels aspects des pratiques il devra intervenir afin de créer une nouvelle adéquation entre les structures en place et les nouvelles pratiques à implanter. La création de cette nouvelle adéquation favorisera la mise en place d’une nouvelle dynamique de structuration favorable au maintien des nouvelles pratiques du projet. Le **Tableau 40** résume les différents types de praxis d’intégration pouvant être déployées au niveau des structures et/ou des nouvelles pratiques du projet pour favoriser la mise en œuvre de ces dernières.

Tableau 40

Les types de praxis d’intégration sur les caractéristiques des structures (externes et internes) et /ou sur les nouvelles pratiques du projet permettant la mise en œuvre de ces dernières.

| Les types de praxis d’intégration sur les structures et/ou sur les nouvelles pratiques |
|--|
| <p>A) Intervention sur le réseau de positions et pratiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modifier la distribution du pouvoir autour de la nouvelle pratique afin de favoriser sa mise en œuvre. • Résoudre les conflits existants (ou ambiguïté dans le partage des pratiques) entre des groupes de parties prenantes afin de favoriser la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet. |
| <p>B) Changement ou adaptation d’une règle en présence afin de favoriser la mise en œuvre de la nouvelle pratique.</p> |
| <p>C) Ajout ou modification de l’organisation des ressources afin de favoriser la mise en œuvre de la nouvelle pratique.</p> |
| <p>D) Modification des composantes des structures internes (analyse des conditions spécifiques à l’action ou habitus) des parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet.</p> |

E) Conception des nouvelles pratiques du projet en adéquation avec les structures externes et internes modifiées.

Étape 2b. Par l’entremise des praxis d’intégration, concevoir les nouvelles pratiques du projet en fonction des structures externes et internes modifiées afin de créer une nouvelle adéquation entre ces structures et les nouvelles pratiques en question.

Nous avons abordé jusqu’ici les praxis d’intégration pouvant être réalisées sur les structures (externes et internes) afin de favoriser la mise en œuvre des nouvelles pratiques. Des interventions peuvent aussi être faites sur les nouvelles pratiques à déployer. Il s’agit ici de tenter de modifier la pratique de manière qu’elle soit en adéquation avec les structures (en place ou à venir). Dans le cadre du projet PPCC, le questionnaire de collecte de données pour mieux connaître la situation des patients (à l’urgence et sur les unités de soins) a été modifié à plusieurs reprises afin de le rendre plus rapide à remplir tout en ayant la majorité des informations nécessaires à une planification précoce et conjointe des congés. Ces caractéristiques étaient directement liées à la réalité des services de l’urgence qui étaient constamment débordés et dont les ressources humaines (souvent insuffisantes) disposaient de très peu de temps pour administrer le questionnaire en question.

En conclusion, l’abstraction proposée oblige le gestionnaire de projet à s’attarder non seulement aux intérêts et pouvoirs des parties prenantes à l’égard du projet comme le propose le guide PMBOK (PMI, 2021), mais à la structuration des pratiques existantes et à venir. Les praxis de différenciation en amont et pendant la mise en œuvre des pratiques communiquent de l’information précieuse sur le niveau d’adéquation entre les structures (internes et externes) et les pratiques existantes et en déploiement. Elles permettent aussi à l’ensemble des parties prenantes de mieux comprendre la structuration de leurs pratiques respectives et ainsi favoriser un esprit de collaboration plus important lors de la mise en œuvre des nouvelles pratiques. Guider par les praxis de différenciation, les praxis d’intégration sont déployées sur les structures et/ou sur les pratiques afin de créer une nouvelle adéquation entre ces dernières et favoriser ainsi une structuration favorable à la mise en œuvre et au maintien dans le temps des nouvelles pratiques (livrables) du projet. L’abstraction proposée vise à favoriser une mise en œuvre plus

efficace, efficace et pérenne des nouvelles pratiques d'un projet. De plus, l'abstraction incite les gestionnaires de projet et leurs équipes à prendre le temps de bien comprendre la structuration des pratiques avant de se lancer dans la mise en œuvre de nouvelles pratiques et consommer ainsi le temps et l'énergie des ressources humaines souvent absorbées par les opérations régulières de l'organisation visée.

5.5 Conclusion du chapitre 5 sur la discussion

Dans ce chapitre, nous avons proposé une abstraction de la structuration de la mise en œuvre de nouvelles pratiques (livrables) dans un projet en santé en explicitant les rôles joués par les praxis d'intégration et de différenciation. En comparaison à la documentation scientifique recensée, l'abstraction proposée se distingue en utilisant la théorie de la structuration pour fédérer un ensemble de caractéristiques des structures externes et internes agissant sur la mise en œuvre des pratiques et des praxis et vice versa. Au niveau de la contribution pratique, nous avons montré en quoi cette abstraction était complémentaire à la connaissance existante dans le guide PMBOK (PMI, 2021) notamment par son regard plus approfondi sur la structuration des pratiques existante. S'appuyant sur l'abstraction proposée, nous avons proposé de nouvelles pratiques de gestion projet qui allaient permettre de mieux comprendre cette structuration et d'agir sur cette dernière afin de faciliter la mise en œuvre des nouvelles pratiques d'un projet.

CONCLUSION

La gestion des parties prenantes est reconnue à travers la littérature en gestion de projet comme étant un facteur de succès important des projets (Assudani et Kloppenborg, 2010; Atkinson, 1999; Jugdev et Müller, 2005; Westerveld, 2003). L'un des objectifs de la gestion des parties prenantes est d'arriver à arrimer leurs pratiques respectives (professionnelles et organisationnelles) au profit de la réalisation d'un projet commun (Baiden et al., 2006; Gauthier et St-Pierre, 2012; Morris, 2013). Cependant, peu était dit sur la manière (quoi, comment et pourquoi) dont les parties prenantes interagissaient pour atteindre cet objectif (Gauthier et St-Pierre, 2012).

Si l'intégration des parties prenantes et de leurs pratiques a été un thème exploré en gestion de projet (Aapaoja et al., 2013; Baiden et Price, 2011; Baiden et al., 2006; Che Khairil Izam Che et al., 2015a, 2015b), celui de la dialectique entre l'intégration et la différenciation des parties prenantes et de leurs pratiques était absent de la littérature. Devant l'absence de connaissances théoriques développées sur cette dialectique, cette thèse avait pour but de mieux comprendre ce que les parties prenantes font, comment elles le font, dans quel contexte et pourquoi afin de favoriser l'arrimage de leurs pratiques respectives dans un projet de santé? Plus spécifiquement, elle avait pour objectif de décrire les praxis de différenciation et d'intégration utilisées par les parties prenantes pour favoriser cet arrimage en question. Le cadre conceptuel de la structuration de Stones (2005) a été utilisé pour observer les actions et interactions des parties prenantes et répondre à notre question de recherche.

S'appuyant sur l'approche du projet comme pratique (« projects-as-practice ») (Blomquist et al., 2010) et utilisant l'ethnographie (Gobo et Molle 2017) comme démarche de recherche, l'implantation d'un projet de planification précoce et conjointe des congés (PPCC) dans un Centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) a été utilisé pour collecter les données nous permettant de répondre à notre question de recherche. Plus spécifiquement, le projet visait à mettre en œuvre cinq nouvelles pratiques (livrables du projet)

qui allaient permettre d'améliorer la continuité, l'efficiencia et l'efficacité de la planification des congés existantes.

Le projet PPCC s'est implanté sur six unités pilotes avant de se déployer à l'intérieur des hôpitaux. À l'intérieur d'une structure hiérarchique de la gouvernance du projet s'étalant sur trois paliers, une approche itérative de gestion de projet avec des rencontres hebdomadaires (du groupe de travail PPCC) a été utilisée pour favoriser la mise en oeuvre des nouvelles pratiques ciblées. L'observation des interactions a eu lieu pendant l'implantation du projet dans ces six unités pilotes et ce sur une période de six mois. Des entrevues semi-structurées ont eu lieu au début et après cette phase pilote. Les données récupérées ont été croisées avec les échanges de courriels ainsi qu'avec la documentation produite pour le projet PPCC. L'approche descriptive de (Miles et al., 2014) a été la stratégie d'analyse des données utilisées.

Une analyse de l'implantation du projet a d'abord été réalisée en utilisant les prémisses et concepts du guide PMBOK (PMI, 2021). L'implication d'une diversité de parties prenantes dans le groupe de travail, la fréquence des rencontres, la création de groupe Ad hoc pour la conception ou la modification des nouvelles pratiques, l'ampleur des communications horizontales et verticales, la recherche du support des médecins à l'égard du projet ainsi que la rigueur du gestionnaire de projet principal ont été identifiées comme étant des facteurs de succès du projet. Malgré ces facteurs et l'énergie importante déployée par les parties prenantes, la mise en oeuvre des nouvelles pratiques du projet PPCC s'est avérée variable en fonction des hôpitaux, des unités et des types de services professionnels.

Utilisant le cadre conceptuel de Stones (2005), deux pratiques ont été sélectionnées afin de décrire les praxis de différenciation et d'intégration utilisées et leurs rôles dans la structuration de la mise en oeuvre des nouvelles pratiques (livrables) du projet. La nouvelle pratique qui s'est le mieux implantée est celle de la démocratisation des requêtes professionnelles. Les facteurs favorables à son implantation se situent au niveau des modifications (praxis d'intégration) sur les structures externes principalement. En effet, la modification du réseau de positions et pratiques existant (dont une redistribution du pouvoir autour de cette pratique), le changement de règle permettant au professionnel d'émettre (ou

annuler) des requêtes professionnelles et une redistribution des professionnels par unité (réorganisation des ressources) ont été des interventions sur les structures externes qui ont été très favorables à l'implantation de cette nouvelle pratique. Du côté de la pratique ayant subi un échec dans son implantation, soit celle du rôle de répondant, la rigidité du réseau de positions et pratiques autour de la mise en œuvre de cette dernière a rendu son implantation très difficile. Des tensions interprofessionnelles et interorganisationnelles non réglées (entre hôpitaux et CLSC) ont freiné l'implantation de cette pratique. Des tensions historiques qui ont été réactivées lors de la distribution des rôles et responsabilités visant la mise en œuvre de cette nouvelle pratique.

À la suite de l'analyse des interactions entre les parties prenantes et de ces résultats, un modèle de mise en œuvre des nouvelles pratiques du projet a été proposé. Ce modèle met en évidence le rôle des praxis de différenciation et d'intégration dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques (de planification des congés dans le cas du projet PPCC). À travers leurs interactions, les parties prenantes vont utiliser les praxis de différenciations pour témoigner du niveau d'adéquation entre la nouvelle pratique en implantation et les structures externes en place. S'appuyant sur les informations fournies par les praxis de différenciation, les praxis d'intégration auront pour objectif d'aller intervenir sur les structures et les nouvelles pratiques afin de créer un niveau d'adéquation favorable à leur structuration (reproduction) : à leurs mises en œuvre et au maintien de leur utilisation dans le temps.

Rappelons ici que pour déployer leurs praxis, les parties prenantes s'appuient sur leurs structures internes respectives. En effet, leurs analyses des structures externes (conditions favorables ou contraintes à l'action) dépendent de leurs structures internes respectives. Les structures externes peuvent être favorables à l'implantation d'une nouvelle pratique, mais les structures internes de certaines parties prenantes projettent l'idée contraire et vice versa. Des praxis d'intégration devront alors avoir lieu aussi sur les structures internes afin qu'elles soient en cohérence avec les structures externes existantes.

Outre le rôle des praxis de différenciation et d'intégration dans la structuration de la mise en œuvre des nouvelles pratiques, le modèle permet de mieux comprendre les caractéristiques

des structures externes qui favorisent le maintien des pratiques existantes et qui seront en jeu dans la mise œuvre des nouvelles pratiques. En effet, les structures externes sont marquées à la fois par la mouvance (des ressources et services), la diversité (des pratiques et des règles) ainsi que par la rigidité des réseaux de positions et pratiques. L'intervention sur le réseau de positions et pratiques (praxis d'intégration) semble être un facteur de succès important de la mise en œuvre des nouvelles pratiques. Un réseau souvent ancré depuis des années, facilement identifiable et dont le changement peut servir de levier important à la mise en œuvre d'une nouvelle pratique (livrable) d'un projet.

Au niveau de la contribution théorique, la thèse est la seule à utiliser le cadre conceptuel de la structuration de Stones (2005) dans la littérature en gestion de projet utilisant une approche de « projects-as-practice ». Elle est la seule à identifier les praxis de différenciation et à décrire la dialectique ayant cours avec les praxis d'intégration dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques (livrables) d'un projet. En effet, la littérature existante met l'emphasis sur l'importance d'augmenter les interactions entre les parties prenantes pour favoriser leur collaboration et augmenter les chances de succès des projets. La thèse apporte un éclairage important sur les praxis ayant cours à l'intérieur de ces interactions et leurs utilités dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques. L'utilisation du concept de réseau de positions et pratiques, pour comprendre et intervenir sur la structuration des pratiques, est aussi un aspect original important de cette thèse.

Au niveau de la contribution pratique, la thèse vient préciser le type d'information à aller chercher (idéalement en amont) pour favoriser une meilleure compréhension des structures (externes et internes) pouvant nuire à la mise en œuvre des nouvelles pratiques (livrables) ciblées par un projet. Elle incite les gestionnaires de projet à porter une attention particulière aux praxis de différenciation pour aller chercher cette information. Elle permet d'identifier les composantes des structures, notamment les tensions historiques du réseau de positions et pratiques, sur lesquelles intervenir pour favoriser la mise en œuvre des nouvelles pratiques et leur maintien dans le temps. De plus, pour faciliter une meilleure collaboration entre les parties prenantes, la thèse propose l'idée qu'il ne s'agit plus simplement d'aligner les intérêts et les

motivations des parties prenantes à l'égard du projet, mais aussi de mieux comprendre la structuration de leurs pratiques respectives qui seront en jeu dans la mise œuvre des nouvelles pratiques. Une compréhension qui, partagée entre les parties prenantes, pourra faciliter la collaboration et la prise de décision commune dans la réalisation des projets.

Les limites de la recherche

Les limites de la recherche sont décrites en fonction des cinq caractéristiques de la qualité d'une recherche qualitative telle qu'énumérée dans le livre de Bell et al. (2022) soit : la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité, la confirmabilité et l'authenticité.

Au niveau de la crédibilité, la collecte de données a été riche en information due au nombre de rencontres observées, au nombre de participants et de leurs réflexions approfondies sur les praxis (de différenciation et d'intégration) ayant eu cours pendant l'implantation du projet. Cependant, il n'y a pas eu de validation directe des résultats de la thèse auprès des participants, car le « focus group » prévu à cet effet a dû être annulé en raison de l'épidémie de Covid 19. Par contre, il y a eu une validation davantage indirecte des résultats (par les participants) par l'entremise de la triangulation entre les données recueillies lors des observations des rencontres du projet et les entrevues réalisées avec les participants. En effet, lors des entrevues post-observations, les praxis d'intégration et de différenciation recueillies par le chercheur lors des observations (rencontres groupe de travail PPCC) étaient validées par les participants. De plus, le fait que plusieurs participants aient à se prononcer (lors des entrevues) sur les mêmes praxis observées contribue à consolider la crédibilité des résultats à ce niveau.

Il faut toutefois souligner l'absence de la participation des médecins tant au niveau du groupe de travail PPCC qu'aux entrevues. En effet, même si les gestionnaires du projet PPCC faisaient beaucoup de rencontres d'informations sur le projet auprès des groupes de médecins, la collecte de leurs praxis (de différenciation et d'intégration) lors des rencontres du groupe de travail PPCC (observations) et leurs points de vue, lors des entrevues, auraient permis de bonifier la crédibilité des résultats de cette thèse.

Le degré de crédibilité est cependant plus difficile à établir au niveau de la description des structures internes des participants à la recherche. En effet, les entrevues post-observations ont eu lieu quelques semaines et parfois quelques mois après les praxis de différenciation et d'intégration déployées. Dans ce contexte, un risque de perte d'informations est à considérer dû au temps écoulé entre les praxis déployées et leurs analyses (en fonction des structures internes) par les participants. Idéalement, les entrevues post-observation auraient dû avoir lieu après chacune des rencontres du groupe de travail PPCC pour bien saisir la motricité fine des structures internes en cause dans le déploiement des praxis de différenciation et d'intégration. Une approche qui aurait demandé beaucoup de temps et d'énergie aux participants ainsi qu'au chercheur et qui était impossible à appliquer dans le contexte de la recherche. Malgré cette possible perte d'informations, les participants se rappelaient (lors des entrevues post-observations) des praxis (de différenciation et d'intégration) qui avaient été les plus marquantes pour eux et ont été en mesure d'exposer leurs réflexions (analyse des conditions d'action : composante des structures internes) derrière leurs mises en action.

Au niveau de la deuxième composante des structures internes, l'habitus des participants, la collecte de données a été limitée dû à l'absence d'activités d'observation dans les activités quotidiennes (en milieu de travail) de ces derniers. En effet, l'habitus est principalement inconscient (Bourdieu, 1980) et difficile à verbaliser à travers des entrevues. Les personnes vont davantage agir leur habitus plutôt que de le verbaliser. Les interactions lors des rencontres du groupe de travail PPCC ont permis au chercheur de déceler certaines caractéristiques des habitus des différents groupes de participants. Cependant, il aurait fallu pouvoir faire des observations directes dans les activités quotidiennes des participants afin de pouvoir décrire leurs habitus avec davantage de précisions. Malgré ce manque au niveau de l'observation directe dans les activités quotidiennes, les participants ont quand même pu démontrer et verbaliser certaines caractéristiques de leurs habitus respectifs à travers la réalisation des entrevues. Le fait de réaliser deux entrevues avec chacun des participants a d'ailleurs aidé le chercheur à collecter des informations pertinentes à cet effet.

Il est difficile d'évaluer le niveau de transférabilité des résultats de la thèse dus au fait qu'un seul projet a été étudié. Par contre, tel qu'explicité par Bell et al. (2022), plus la description de la réalité sociale étudiée est détaillée et plus il y a de chance que le degré de transférabilité des résultats puisse être élevé. Comme mentionné précédemment, la richesse des données recueillies par l'entremise des entrevues (pré et post-observations) et des observations du groupe de travail PPCC augmente la transférabilité des résultats. D'ailleurs, le nombre important de citations des participants, tout au long de la présentation des résultats, témoignent de la richesse de l'information recueillie. Cependant, l'absence d'observation directe de la mise en œuvre des nouvelles pratiques sur les unités de soins constitue une limite au niveau de la transférabilité.

Sur le plan de la fiabilité des résultats, la démarche scientifique utilisée pour la réalisation de cette thèse est clairement explicitée à travers la thèse. Cette démarche s'est appuyée sur un corpus de connaissance établie en recherche qualitative (Gobo et Molle 2017; Miles et al., 2014; Saldana, 2013) et a été encadrée de près par le directeur de thèse. Les verbatims des rencontres du groupe de travail PPCC et des entrevues ont été conservés ainsi que toute la documentation pertinente élaborée lors du projet.

Au niveau de la confirmabilité, l'utilisation d'un cadre conceptuel peut avoir influencé la perception du chercheur dans l'analyse des données. En effet, si on utilise un cadre conceptuel pour analyser une réalité sociale, la description qui en suit peut avoir été influencée par le cadre en question. Cependant, le cadre conceptuel peut aussi permettre de percevoir avec plus d'acuité une réalité sociale qui aurait été difficile à percevoir sans ce dernier. De plus, le cadre peut aussi aider à réduire l'influence des schèmes mentaux du chercheur sur la collecte et l'analyse des données. À cet effet, rappelons ici que le chercheur était un employé du CIUSSS à l'intérieur duquel se déroulait le projet PPCC. Par contre, ce dernier travaillait dans un service extérieur au contexte du projet étudié (services communautaires en CLSC) et disposait de peu de connaissances sur le fonctionnement des hôpitaux. Il ne connaissait pas non plus, les participants à la recherche.

Sur le plan de l'authenticité, Bell et al. (2022) soulignent l'importance de la contribution sociale et politique de la recherche. Ils mentionnent notamment que la recherche doit encourager l'expression de différents points de vue des participants par rapport à la réalité sociale étudiée et favoriser leur « empowerment » à l'égard de cette réalité. La collecte de données réalisée par l'entremise des entrevues individuelles a permis aux participants d'exprimer la diversité de leurs visions en lien avec leurs pratiques (professionnelles et organisationnelles), leurs praxis et à la gestion du projet PPCC dans son ensemble. Cependant, malgré le fait que le contenu des entrevues avec les participants était confidentiel, il faut considérer la possibilité que certains participants aient limité l'expression de leurs points de vue en sachant que le chercheur allait réaliser des entrevues avec d'autres collègues et parfois avec des participants ayant une autorité hiérarchique sur eux.

Au niveau de l'« empowerment » mentionné dans le paragraphe précédent, il faut souligner que la réalisation de cette thèse a favorisé la réflexivité des participants en lien avec leurs pratiques et praxis déployées pendant le projet PPCC. En effet, les entrevues ont permis à certains participants de mieux comprendre leurs pratiques respectives et certaines tensions interprofessionnelles et interorganisationnelles existantes et en cours de projet. De plus, quelques participants ont nommé comment ils auraient aimé formuler certaines praxis de différenciation différemment afin d'être mieux compris par les autres parties prenantes. D'autres ont ciblé des praxis d'intégration qui auraient dû être faites afin de faciliter la mise en œuvre de certaines nouvelles pratiques du projet. Bref, au niveau de la contribution sociale et politique, la réalisation de cette thèse a permis aux participants de mieux comprendre leurs pratiques respectives et réfléchir aux praxis (de différenciation et d'intégration) qu'ils pourraient faire dans l'avenir pour améliorer les chances de succès dans la mise en œuvre de nouvelles pratiques (livrables) d'un projet. À noter que dans un esprit de contribution de la recherche aux pratiques de gestion de projet du CIUSSS étudié, les résultats de la thèse ont été présentés aux participants par l'entremise d'une présentation « power point » sur teams en juin 2022. Voyons maintenant comment les résultats de cette thèse peuvent être explorés davantage dans l'avenir.

Suggestions pour le futur

Le modèle proposé dans cette thèse doit être testé auprès de d'autres projets visant la mise en oeuvre de nouvelles pratiques comme livrables. Est-ce que les facteurs de succès de la mise en oeuvre des nouvelles pratiques seraient les mêmes dans un autre projet? Est-ce que les rôles des praxis de différenciation et d'intégration seraient les mêmes?

Tel qu'expliqué au niveau des limites de la recherche, le rôle des structures internes (analyse des conditions d'action et habitus) dans la structuration des pratiques pourrait être exploré davantage dans une future recherche si le chercheur dispose des ressources pour aller les investiguer davantage : recueillir les réflexions des participants sur leurs praxis peu de temps après leur déploiement. Dans le même ordre d'idée, une investigation plus poussée de l'influence des habitus sur l'analyse des conditions spécifiques à l'action pourrait aussi être pertinente. Des observations des activités quotidiennes des différentes parties prenantes seraient alors nécessaires pour bien décrire les caractéristiques des habitus en question.

Le projet a été fait dans le domaine de la santé à l'intérieur duquel existe une forte cristallisation des pratiques d'où la pertinence pour le gestionnaire de projets de bien comprendre cette cristallisation avant de mettre de l'énergie à implanter les nouvelles pratiques. Le modèle proposé dans cette recherche pourrait être testé dans un milieu où la cristallisation des pratiques a un ancrage historique moins important. De plus, le modèle de cette thèse a été développé en lien avec un projet visant la mise en oeuvre de nouvelles pratiques (de planification des congés dans le cas du projet PPCC). Une avenue de recherche future intéressante serait de vérifier jusqu'à quel point le modèle pourrait être applicable à un autre type de projet : dans le secteur de la construction ou informatique par exemple.

En conclusion, dans une société poussée par le progrès et la production de résultats rapides, la gestion de projets à développer ses théories et pratiques en cohérence avec ce mouvement. Les parties prenantes d'un projet vont d'ailleurs travailler rapidement ensemble vers la conception et la réalisation du futur projet. Le modèle proposé dans cette thèse encourage les gestionnaires de projet et leurs équipes à prendre un pas de recul pour analyser plus en profondeur le contexte historique dans lequel le projet sera réalisé. Il donne des éléments de références pour analyser ce contexte (structures externes et internes) et sa dynamique (la

structuration des pratiques existantes et à venir). Le modèle propose d'utiliser les praxis (de différenciation et d'intégration) pour comprendre le contexte et agir sur ce dernier afin de le rendre plus favorable à la mise en oeuvre des nouvelles pratiques du projet. Ce pas de recul risque d'éviter, aux équipes de projet, de perdre du temps et de l'énergie à implanter des nouvelles pratiques qui ne sont pas en adéquation avec les caractéristiques du contexte et dont la mise en oeuvre ne pourra se maintenir: car le nouveau processus de structuration créé (structure-nouvelle pratique) ne sera pas favorable à leur maintien dans le temps.

RÉFÉRENCES

- Aaltonen, K. et Kujala, J. (2010). A project lifecycle perspective on stakeholder influence strategies in global projects. *Scandinavian Journal of Management*, 26(4), 381-397.
<https://doi.org/10.1016/j.scaman.2010.09.001>
- Aapaoja, A., Herrala, M., Pekuri, A. et Haapasalo, H. (2013). The characteristics of and cornerstones for creating integrated teams. *International Journal of Managing Projects in Business*, 6(4), 695-713. <https://doi.org/10.1108/IJMPB-09-2012-0056>
- Afzal, A. et Gauthier, J.-B. (2017). *Project management and practitioners in the health sector: from the quebec healthcare system perspective to pm literature review*.
<https://hal.science/hal-01579996>
- Ali, F. et Haapasalo, H. (2023). Development levels of stakeholder relationships in collaborative projects: challenges and preconditions. *International Journal of Managing Projects in Business*, 16(8), 58-76. <https://doi.org/10.1108/IJMPB-03-2022-0066>
- Alvesson, M. (2003). Methodology for close up studies – struggling with closeness and closure. *Higher education*, (46), 167-193.
- Anctil, H., Jobin, L., Pigeon, M., Émond, A. et Québec . Ministère de la santé et des services sociaux Direction des, c. (2012). *La santé et ses déterminants mieux comprendre pour mieux agir*. Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications.
<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2103843>
- Anna-Maija, H., Aaltonen, K. et Haapasalo, H. (2017). Managing integration in infrastructure alliance projects. *International Journal of Managing Projects in Business*, 10(1), 5-31.
<https://doi.org/10.1108/IJMPB-02-2016-0009>
- Anne Live, V. (2011). Development of relationships and relationship competencies in complex projects. *International Journal of Managing Projects in Business*, 4(2), 294-307.
<https://doi.org/10.1108/17538371111120252>
- Archambault, M., Roy, D. A., Desmarais, S. et Institut national d'excellence en santé et en services sociaux . Direction des services, s. (2019). *Évaluation du continuum de soins et services aux aînés : perspectives pour l'évolution de la mesure : état des connaissances*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), Direction des services sociaux. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3760573>
- Armstrong, A. et Jackson-Smith, D. (2013). Forms and Levels of Integration: Evaluation of an Interdisciplinary Team-Building Project. *Journal of Research Practice*, 9(1), 36-54.
<https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=292888e0-78fd-316f-9ed5-732f9a5f824f>

- Assudani, R. et Kloppenborg, T. J. (2010). Managing Stakeholders for Project Management Success: An Emergent Model of Stakeholders. *Journal of General Management*, 35(3), 67-80. <https://doi.org/10.1177/030630701003500305>
- 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/10.1016/S0263-7863\(98\)00069-6](https://doi.org/10.1016/S0263-7863(98)00069-6)
- Auch, F. et Smyth, H. (2010). The cultural heterogeny of project firms and project teams. *International Journal of Managing Projects in Business*, 3(3), 443-461. <https://doi.org/10.1108/17538371011056075>
- Baiden, B. K. et Price, A. D. F. (2011). The effect of integration on project delivery team effectiveness. *International Journal of Project Management*, 29(2), 129. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2010.01.016>
- Baiden, B. K., Price, A. D. F. et Dainty, A. R. J. (2006). The extent of team integration within construction projects. *International Journal of Project Management*, 24(1), 13-23. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2005.05.0>
- Bell, E., Bryman, A. et Harley, B. (2022). *Business research methods* (Sixth edition^e éd.). Oxford University Press.
- Bell, S. et Christina, A. (2006). Applying Systemic Project Management Approaches for the UK National Health Service. *Systemic Practice and Action Research*, 19(1), 27-43. <https://doi.org/10.1007/s11213-005-9002-4>
- Berger, P. L., Luckmann, T., Martuccelli, D., Taminiaux, P. et Singly, F. o. d. (2012). *La construction sociale de la réalité* (3^e éd.). Armand Colin.
- Bérubé, J., Chiapello, L. et Caron, H. l. n. (2026). *Managing projects in the creative industries*. Routledge. <https://public.ebookcentral.proquest.com/choice/PublicFullRecord.aspx?p=32354311>
- Bidan, M. (2006). Systèmes d'information et territoires de l'entreprise (SITE). cartographie, cohérence et cohabitation à la lumière d'un projet d'intégration du système d'information de gestion. *Management & Avenir*, n° 9(3), 17-43. <https://doi.org/10.3917/mav.009.0017>
- Blomquist, T., Hällgren, M., Nilsson, A. et Söderholm, A. (2010). Project-as-practice: In search of project management research that matters [Article]. *Project Management Journal*, 41(1), 5-16. <https://doi.org/10.1002/pmj.20141>
- Boonstra, A., van Offenbeek, M. A. G. et Vos, J. F. J. (2017). Tension Awareness of Stakeholders in Large Technology Projects: A Duality Perspective. *Project Management Journal*, 48(1), 19-36. <https://doi.org/10.1177/875697281704800102>

- Bourbonnais, A. (2015). L'ethnographie pour la recherche infirmière, une méthode judicieuse pour mieux comprendre les comportements humains dans leur contexte. *Recherche en soins infirmiers*, 1(120), 23-34.
- Bourdieu, P. (1972). *Esquisse d'une théorie de la pratique: précédé de trois études d'ethnologie kabyle*. Librairie Droz.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction : critique sociale du jugement*. Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1982a). *Leçon sur la leçon*. Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1982b). Les rites comme actes d'institution. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 43(1), 58-63. <https://doi.org/10.3406/arss.1982.2159>
- Bourdieu, P. (2003). La fabrique de l'habitus économique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 150(5), 79. <https://doi.org/10.3917/arss.150.0079>
- Bourdieu, P., Wacquant, L. J. D. et Ollion, É. (2014). *Invitation à la sociologie réflexive*. Éditions du Seuil.
- Bresnen, M., Goussevskaja, A. et Swan, J. (2004). Embedding New Management Knowledge in Project- Based Organizations [Article]. *Organization Studies* (01708406), 25(9), 1535-1555. <https://doi.org/10.1177/0170840604047999>
- Bresnen, M., Goussevskaja, A. et Swan, J. (2005). Implementing change in construction project organizations: exploring the interplay between structure and agency [Article]. *Building Research & Information*, 33(6), 547-560. <https://doi.org/10.1080/09613210500288837>
- Buchan, L. et Simpson, B. (2020). Projects-as-Practice: A Deweyan Perspective. *Project Management Journal*. <https://doi.org/10.1177/8756972819891277>
- Campobasso, F. D. et Hosking, J. E. (2004). Two Factors in Project Success: A Clear Process and a Strong Team. *Journal of Healthcare Management*, 49(4), 221-225.
- Canonico, P., De Nito, E. et Mangia, G. (2012). Control mechanisms and knowledge integration in exploitative project teams: a case study from the coal fired power plant industry. *Journal of Knowledge Management*, 16(4), 538-549. <https://doi.org/10.1108/13673271211246121>
- Carton, S. et Farastier, A. (2012). Intégration des connaissances client dans un projet en systèmes d'information : influence de l'environnement de connaissance du projet. *Systèmes d'information & management*, Volume 17(2), 39-80. <https://doi.org/10.3917/sim.122.0039>

- Chandra, V. et Loosemore, M. (2011). Communicating about organizational culture in the briefing process: case study of a hospital project. *Construction Management and Economics*, 29(3), 223. <https://doi.org/10.1080/01446193.2010.521756>
- Che Ibrahim, C. K. I., Costello, S. B. et Wilkinson, S. (2015a). Establishment of Quantitative Measures for Team Integration Assessment in Alliance Projects. *Journal of Management in Engineering*, 31(5), 1-11. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)ME.1943-5479.0000318](https://doi.org/10.1061/(ASCE)ME.1943-5479.0000318)
- Che Ibrahim, C. K. I., Costello, S. B. et Wilkinson, S. (2015b). A Fuzzy Approach to Developing Scales for Performance Levels of Alliance Team Integration Assessment. *Journal of Construction Engineering & Management*, 141(5), 1-11. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)CO.1943-7862.0000958](https://doi.org/10.1061/(ASCE)CO.1943-7862.0000958)
- Che Khairil Izam Che, I., Costello, S. B. et Wilkinson, S. (2015a). Development of an assessment tool for team integration in alliance projects. *International Journal of Managing Projects in Business*, 8(4), 813-827. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/IJMPB-02-2015-0019>
- Che Khairil Izam Che, I., Costello, S. B. et Wilkinson, S. (2015b). Key indicators influencing the management of team integration in construction projects. *International Journal of Managing Projects in Business*, 8(2), 300-323. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/IJMPB-04-2014-0028>
- Che Khairil Izam Che, I., Costello, S. B. et Wilkinson, S. (2016). Application of a team integration performance index in road infrastructure alliance projects. *Benchmarking*, 23(5), 1341-1362. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/BIJ-06-2015-0058>
- Che Khairil Izam Che, I., Costello, S. B. et Wilkinson, S. (2018). Making sense of team integration practice through the “lived experience” of alliance project teams [Team integration practice]. *Engineering, Construction and Architectural Management*, 25(5), 598-622. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/ECAM-09-2016-0208>
- Chiocchio, F., Rabbat, F. et Lebel, P. (2015). Multi-Level Efficacy Evidence of a Combined Interprofessional Collaboration and Project Management Training Program for Healthcare Project Teams. *Project Management Journal*, 46(4), 20-34. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1002/pmj.21507>
- Choi, J., Yun, S., Leite, F. et Mulva, S. P. (2019). Team Integration and Owner Satisfaction: Comparing Integrated Project Delivery with Construction Management at Risk in Health Care Projects. *Journal of Management in Engineering*, 35(1), 1-11. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)ME.1943-5479.0000654](https://doi.org/10.1061/(ASCE)ME.1943-5479.0000654)
- Cicmil, S. et Marshall, D. (2005). Insights into collaboration at the project level: complexity, social interaction and procurement mechanisms. *Building Research & Information*, 33(6), 523-535. <https://doi.org/10.1080/09613210500288886>

- Çıdık, M. S. et Bowler, V. (2022). Project value as practice: Interactive valuation practices in architectural design projects. *International Journal of Project Management*, 40(4), 362-371. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2022.03.010>
- CISSS de Lanaudière. (2023). *Planification précoce et conjointe des congés*. Gouvernement du Québec.
- Claeyé, F. et Jackson, T. (2011). Project delivery in HIV/AIDS and TB in Southern Africa. *Journal of Health Organization and Management*, 25(4), 469-486. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1108/14777261111155065>
- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N. et Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 38-52.
- Corbin, J. et Strauss, A. (2008). *Qualitative research* (3^e éd.). SAGE.
- Cote, M. J. et Daugherty, C. R. (2000). Using Project Management to Improve Month-End Reporting in a Hospital. *Production and Inventory Management Journal*, 41, 17-22.
- Crawford, L., Costello, K., Pollack, J. et Bentley, L. Managing soft change projects in the public sector. *International Journal of Project Management*, 21(6), 443-448. [https://doi.org/10.1016/S0263-7863\(02\)00099-6](https://doi.org/10.1016/S0263-7863(02)00099-6)
- De Vries, J. (2011). The shaping of inventory systems in health services: A stakeholder analysis. *International Journal of Production Economics*, 133(1), 60. <https://doi.org/10.1016/j.ijpe.2009.10.029>
- Dietrich, P., Eskerod, P., Dalcher, D. et Sandhawalia, B. (2010). The dynamics of collaboration in multipartner projects. *Project Management Journal*, 41(4), 59-78. <https://doi.org/10.1002/pmj.20194>
- Enberg, C., Lindkvist, L. et Tell, F. (2006). Exploring the Dynamics of Knowledge Integration: Acting and Interacting in Project Teams. *Management Learning*, 37(2), 143-165.
- Engwall, M. (2003). No project is an island: linking projects to history and context. *Research Policy*, 32(5), 789-808. [https://doi.org/10.1016/S0048-7333\(02\)00088-4](https://doi.org/10.1016/S0048-7333(02)00088-4)
- Eskerol, P. et Jepsen Lund, A. (2013). *Project Stakeholder Management*. Gower Published Limited.
- Florice, S., Bonneau, C., Aubry, M. et Sergi, V. (2014). Extending project management research: Insights from social theories. *International Journal of Project Management*, 32(7), 1091-1107. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2014.02.008>
- Fowler, A. et Gilfillan, M. (2003). A Framework for Stakeholder Integration in Higher Education Information Systems Projects. *Technology Analysis & Strategic Management*, 15(4), 467-489. <https://doi.org/10.1080/095373203000136051>

- Franz, B., Leicht, R., Molenaar, K. et Messner, J. (2017). Impact of Team Integration and Group Cohesion on Project Delivery Performance. *Journal of Construction Engineering & Management*, 143(1), 1-12. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)CO.1943-7862.0001219](https://doi.org/10.1061/(ASCE)CO.1943-7862.0001219)
- Franz, B. W. et Olopade, J. (2024). Exploring pathways to project success through project delivery team integration: a qualitative comparative analysis. *Construction Management and Economics*, 42(6), 564-581. <https://doi.org/10.1080/01446193.2023.2289040>
- Gagné, J. et Dorvil, H. (1994). Le défi du partenariat : le cas des ressources communautaires dans le secteur de la santé mentale. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 7(1), 63-78. <https://doi.org/10.7202/301252ar>
- Gareis, R. (2010). Changes of organizations by projects. *International Journal of Project Management*, 28(4), 314-327. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2010.01.002>
- Gauthier, J.-B. et Ika, L. A. (2012). Foundations of Project Management Research: An Explicit and Six-Facet Ontological Framework [Article]. *Project Management Journal*, 43(5), 5-23. <https://doi.org/10.1002/pmj.21288>
- 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).
- Gauvin, F. o.-P., Ross, M.-C. et Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la, s. (2012). *La participation citoyenne dans l'évaluation d'impact sur la santé survol des enjeux : rapport, mai 2012*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Institut national de santé publique Québec. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2218012>
- Geraldi, J., Maylor, H. et Williams, T. (2011). Now, let's make it really complex (complicated): A systematic review of the complexities of projects. *International Journal of Operations and Production Management*, 31(9), 966-990. <https://doi.org/10.1108/01443571111165848>
- Giddens, A. (2012 c1987). *La constitution de la société : éléments de la théorie de la structuration (traduit par Audet, M; 2e éd.)* (2e éd^e éd.). Presses universitaires de France (Ouvrage original publié en 1987).
- Glouberman, S. et Mintzberg, H. (2001a). Managing the care of health and the cure of disease--part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56-69.
- Glouberman, S. et Mintzberg, H. (2001b). Managing the care of health and the cure of disease--part II: Integration. *Health Care Management Review*, 26(1), 70-84.
- Gobo , G. et Molle , A. (2017). *Doing ethnographie 2nd edition*. Sage.

- Goodwin, N., Stein, V. et Amelung, V. (2021). What is Integrated Care? Dans V. Amelung, V. Stein, E. Suter, N. Goodwin, E. Nolte et R. Balicer (dir.), *Handbook Integrated Care* (p. 3-25). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-69262-9_1
- Greenhalgh, T. et Stones, R. (2010). Theorising big IT programmes in healthcare: Strong structuration theory meets actor-network theory [Article]. *Social Science & Medicine*, 70(9), 1285-1294. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.034>
- Grunwald, G., Schwill, J. et Sassenberg, A.-M. (2021). Sustainability project partnerships in times of crisis: conceptual framework and implications for stakeholder integration [Sustainability project partnerships in crises]. *Journal of Entrepreneurship and Public Policy*, 10(3), 352-378. <https://doi.org/10.1108/JEPP-04-2021-0044>
- Hallgren, M. et Lindahl, M. (2017). Coping with lack of authority: Extending research on project governance with a practice approach. *International Journal of Managing Projects in Business*, 10(2), 244-262. <https://doi.org/10.1108/IJMPB-04-2016-0036>
- Hällgren, M. et Maaninen-Olsson, E. (2009). Deviations and the breakdown of project management principles. *International Journal of Managing Projects in Business*, 2(1), 53-69. <https://doi.org/10.1108/17538370910930518>
- Hällgren, M. et Söderholm, A. (2011). Projects-as-Practice: New Approach, New Insights. Dans *The Oxford Handbook of Project Management* (p. 500-518). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199563142.003.0022>
- Hällgren, M. et Wilson, T. L. (2008). The nature and management of crises in construction projects: Projects-as-practice observations. *International Journal of Project Management*, 26(8), 830-838. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2007.10.005>
- Heywood, C. et Smith, J. (2006). Integrating stakeholders during community FM's early project phases. *Facilities*, 24(7/8), 300-313. <https://doi.org/10.1108/02632770610666152>
- Hodgson, D. E. et Cicmil, S. (2006). *Making projects critical*. Palgrave Macmillan.
- Hodgson, D. E., Fred, M., Bailey, S. et Hall, P. (2019). *The projectification of the public sector*. Routledge, Taylor & Francis Group. <https://apps.uqo.ca/LoginSigparb/LoginPourRessources.aspx?url=https://proxybiblio.uqo.ca:2097/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=1554563&lang=fr&site=ehost-live>
- Hornstein, H. A. (2015). The integration of project management and organizational change management is now a necessity. *International Journal of Project Management*, 33(2), 291-298. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2014.08.005>
- Hurnonen, S., Ritala, P. et Ellonen, H.-K. (2016, Jan 2016). The role of knowledge-integration practices in service innovation projects. *International Journal of Innovation Management*, 20(1), 1. <http://www.worldscientific.com/doi/abs/10.1142/S1363919616500079>

- Ibrahim, C. k. I. C., Costello, S. B. et Wilkinson, S. (2013). Development of a conceptual team integration performance index for alliance projects. *Construction Management and Economics*, 31(11), 1128. <https://doi.org/10.1080/01446193.2013.854399>
- Ibrahim, K. I., Costello, S. B. et Wilkinson, S. (2013). Key practice indicators of team integration in construction projects: a review. *Team Performance Management*, 19(3/4), 132-152. <https://doi.org/10.1108/TPM-10-2012-0033>
- Ika, L. A. et Saint-Macary, J. (2023). *Managing fuzzy projects in 3D : a proven, multi-faceted blueprint for overseeing complex projects*. McGraw Hill.
- Ika, L. A. et Saint-Macary, J. (2012). The project planning myth in international development. *International Journal of Managing Projects in Business*, 5(3), 420-439. <https://doi.org/10.1108/17538371211235308>
- Jagoda, A., Kołakowski, T. et Marcinkowski, J. (2020). Project Teams as a Supply Chain Integration Tool. *European Research Studies, suppl. Special Issue 2*, 23(2), 1160-1177. <https://doi.org/10.35808/ersj/1934>
- Jugdev, K. et Müller, R. (2005). A Retrospective look at our Evolving Understanding of Project Success. *Project Management Journal*, 36(4), 19-31. <https://doi.org/10.1177/875697280503600403>
- Kalogeropoulos, T., Leopoulos, V., Kirytopoulos, K. et Ventoura, Z. (2020). Project-as-Practice: Applying Bourdieu's Theory of Practice on Project Managers. *Project Management Journal*, 51(6), 599-616. <https://doi.org/10.1177/8756972820913392>
- Kari-Pekka, T., Haapasalo, H. et Farooq, A. (2022). Stakeholder analysis and landscape in a hospital project – elements and implications for value creation. *International Journal of Managing Projects in Business*, 15(8), 48-76. <https://doi.org/10.1108/IJMPB-07-2021-0179>
- Karrbom Gustavsson, T. et Gohary, H. (2012). Boundary action in construction projects: new collaborative project practices. *International Journal of Managing Projects in Business*, 5(3), 364-376. <https://doi.org/10.1108/17538371211235272>
- Lalonde, P.-L., Bourgault, M. et Findeli, A. (2010). Building pragmatist theories of PM practice: Theorizing the act of project management. *Project Management Journal*, 41(5), 21-36. <https://doi.org/10.1002/pmj.20163>
- Lavoie-Tremblay, M. I., Bonneville-Roussy, A., Richer, M.-C., Aubry, M., Vezina, M. et Deme, M. (2012). Project Management Office in Health Care: A Key Strategy to Support Evidence-Based Practice Change. *The Health Care Manager*, 31(2), 154-165. <https://doi.org/10.1097/HCM.0b013e3182520676>
- Lawrence, P. et Lorsh. (1967). Differentiation and integration in complex organisation. *Administrative Science Quarterly*, 12(1), 1-47.

- Lee, Y.-J., Lee, J.-H. et Kyung Sun, H. (2020). Balancing Efficiency and Flexibility in Software Project: The Role of Team Collective Improvisation, behavioral integration, and member diversity. *Journal of Contemporary Eastern Asia*, 19(1), 22-47.
<https://doi.org/10.17477/jcea.2017.16.1.022>
- Lehtimäki, H., Jokinen, A. et Pitkänen, J. (2023). Project-based practices for promoting a sustainability transition in a city organization and its urban context. *International Journal of Project Management*, 41(7). <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2023.102516>
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G. et Boutin, G. (1996). *La recherche qualitative fondement et pratiques*. Éditions Nouvelles AMS.
- Liff, R. et Wikström, E. (2015, 2015/06/01/). The problem-avoiding multi professional team—On the need to overcome protective routines. *Scandinavian Journal of Management*, 31(2), 266-278. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.scaman.2014.12.001>
- Lin, T.-C., Hsu, J. S.-C., Cheng, K.-T. et Wu, S. (2012). Understanding the role of behavioural integration in ISD teams: an extension of transactive memory systems concept [Article]. *Information Systems Journal*, 22(3), 211-234. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2575.2011.00383.x>
- Lokatt, E., Holgersson, C., Lindgren, M., Packendorff, J. et Hagander, L. (2019). An interprofessional perspective on healthcare work: physicians and nurses co-constructing identities and spaces of action. *Journal of Management & Organization*, 1-17.
<https://doi.org/10.1017/jmo.2019.89>
- Manning, S. (2008). Embedding projects in multiple contexts - a structuration perspective. *International Journal of Project Management*, 26(1), 30-37.
<https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2007.08.012>
- Manning, S. (2010). The strategic formation of project networks: A relational practice perspective. *Human Relations*, 63(4), 551-573.
<https://doi.org/10.1177/0018726709340954>
- Mazouz, B., Tardif, M. J. B. et Viola, J.-M. (2003). Les fusions municipales au Québec : vers un modèle d'intégration orientée projet. *Gestion, Vol.* 28(3), 48-57.
<https://doi.org/10.3917/riges.283.0048>
- Mehta, N., Jack, E., Bradley, R. et Chauhan, S. (2023). Complementary and Substitutive Roles of Information Technology in the Relationship between Project Characteristics and Knowledge Integration in Software Teams. *Information Systems Management*, 40(1), 47-69. <https://doi.org/10.1080/10580530.2022.2028201>
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis : a methods sourcebook* (Third edition^e éd.). SAGE Publications, Inc.
- Morris, P. W. G. (2013). *Reconstructing project management*. John Wiley & Sons.
<https://doi.org/10.1002/9781118536698>

- MSSSQ. (2004). L'intégration des services de santé et des services sociaux Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.
- MSSSQ. (2016). *Définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux : glossaire*. Direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2697630>
- MSSSQ. (2017a) Le système de santé et de services sociaux au Québec : en bref. article. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/42778>
- MSSSQ. (2017b). Plan stratégique du ministère de la santé et des services sociaux du Québec 2015-2020 (mise à jour 2017).
- MSSSQ. (2021) Plan stratégique 2019-2023 du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (mise à jour 2021). article. <https://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/17294>
- Narayanan, V. K. et Huemann, M. (2021). Engaging the organizational field: The case of project practices in a construction firm to contribute to an emerging economy. *International Journal of Project Management*. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2021.02.005>
- Newell, S., Huang, J. et Tansley, C. (2006). ERP implementation: a knowledge integration challenge for the project team. *Knowledge and Process Management*, 13(4), 227. <https://doi.org/10.1002/kpm.262>
- Newell, S., Tansley, C. et Huang, J. (2004). Social Capital and Knowledge Integration in an ERP Project Team: The Importance of Bridging AND Bonding. *British Journal of Management, suppl. Special Issue*, 15, S43-S57.
- Noble, R. (2009). How Shriners Hospitals for Children found the formula for performance excellence [Article]. *Global Business & Organizational Excellence*, 28(5), 7-15. <https://doi.org/10.1002/joe.20274>
- Obradovic, V., Jovanovic, P., Djordjevic, N., Beric, I. et Jovanovic, F. (2012). Using Project Management as a Way to Excellence in Healthcare [Article]. *HealthMed*, 6(6), 2105-2112. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=79658505&lang=fr&site=ehost-live>
- Ominde, D., Ochieng, E. G. et Omwenga, V. O. (2023). An assessment tool for stakeholder integration excellence and project delivery optimisation. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 72(7), 2155-2182. <https://doi.org/10.1108/IJPPM-02-2021-0115>
- Ontario ALC Working Group. (2021). *The Alternate Level of Care (ALC) Leading Practices Guide: Preventing Hospitalization and Extended Stays for Older Adults* (VI^e éd.). Ontario Health.

- Panet-Raymond, J. (1994). Les nouveaux rapports entre l'État et les organismes communautaires à l'ombre de la loi 120. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 7(1), 79-93.
- Pauget, B. et Wald, A. (2013). Relational competence in complex temporary organizations: The case of a French hospital construction project network. *International Journal of Project Management*, 31(2), 200.
- Pineault, R. (2012). *Comprendre le système de santé pour mieux le gérer*. Les presses de l'université de Montréal.
- Pinto, M. B. et Pinto, J. K. (1990). Project Team Communication and Cross-Functional Cooperation in New Program Development. *The Journal of Product Innovation Management*, 7(3), 200.
- PMI. (2021). *Le Standard pour le management de projet et Guide du Corpus des connaissances en management de projet (Guide PMBOK®)* (Septième édition^e éd.). Project Management Institute.
- Qing, Y., Lu, Z. et Sonia, K. (2018). Multi-domain integration of team-product-function and organization clustering in product development project. *Xitong Gongcheng Lilun yu Shijian (Systems Engineering Theory & Practice)*, 38(6), 1557-1565.
[https://doi.org/10.12011/1000-6788\(2018\)06-1557-09](https://doi.org/10.12011/1000-6788(2018)06-1557-09)
- Québec, G. d. (2015). *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, RLRQ c O-7.2*.
<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/O-7.2.pdf>
- Reckwitz, A. (2002). Toward a Theory of Social Practices A Development in Culturalist Theorizing. *European Journal of Social Theory*, 5(2), 243–263.
- Reynaud, J.-D. (1997). *Les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale* (3^e éd.). Armand Colin.
- Rutherford, P., Anderson, A., Kotagal, U., Luther, K., Provost, L., Ryckman, F. et Taylor, J. (2020). *Achieving Hospital-wide Patient Flow (Deuxième édition)*. Livre blanc de IHI. Institute for Healthcare Improvement. Disponible sur ihi.org
- Sa Couto, J. (2008). Project management can help to reduce costs and improve quality in health care services [Article]. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(1), 48-52.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2007.00789.x>
- Saldana, J. (2013). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. SAGE.
- Salovaara, P., Savolainen, J. et Ropo, A. (2020). Project Is as Project Does: Emerging Microactivities and Play Ontology. *Project Management Journal*.
<https://doi.org/10.1177/8756972819894101>

- Sargis Roussel, C. et Deltour, F. (2012). Beyond cross-functional teams: knowledge integration during organizational projects and the role of social capital. *Knowledge Management Research & Practice*, 10(2), 128-140. <https://doi.org/10.1057/kmrp.2011.45>
- Savard, S., Harvey, B. et Tremblay, S. (2008). Les relations de collaboration entre le secteur public et les organismes communautaires du secteur jeunesse-enfance-famille : Entre la sous-traitance et la coconstruction. *Canadian Public Administration*, 51(4), 569-588. <https://doi.org/10.1111/j.1754-7121.2008.00042.x>
- Schatzki, T. R., Knorr-Cetina, K. et Savigny, E. v. (2001). *The Practice Turn in Contemporary Theory*[Book]. Routledge. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=134021&lang=fr&site=ehost-live>
- Scott-Young, C. et Samson, D. (2009). Team management for fast projects: an empirical study of process industries. *International Journal of Operations & Production Management*, 29(6), 612-635. <https://doi.org/10.1108/01443570910957582>
- Sergi, V. (2012). Bounded becoming: insights from understanding projects in situation. *International Journal of Managing Projects in Business*, 5(3), 345-363. <https://doi.org/10.1108/17538371211235263>
- Sjögren, P., Fagerström, B., Kurdve, M. et Callavik, M. (2018). Managing emergent changes: ad hoc teams' praxis and practices [Managing emergent changes]. *International Journal of Managing Projects in Business*, 11(4), 1086-1104. <https://doi.org/10.1108/IJMPB-12-2017-0163>
- Skilton, P., Forsyth, D. et White, O. (2008). Interdependence and Integration Learning in Student Project Teams: Do Team Project Assignments Achieve What We Want Them To? *Journal of Marketing Education*, 30(1), 57-65.
- Small, J. et Walker, D. (2011). Providing structural openness to connect with context: Seeing the project entity as a human activity system and social process. *International Journal of Managing Projects in Business*, 4(3), 389-411.
- Smits, K. et van Marrewijk, A. (2012). Chaperoning: practices of collaboration in the Panama Canal Expansion Program. *International Journal of Managing Projects in Business*, 5(3), 440-456. <https://doi.org/10.1108/17538371211235317>
- St-Pierre, M.-A. (2009). *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*. Santé et services sociaux Québec, Direction des communications. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/1947871>
- St-Pierre, M., Sévigny, A., Gauthier, J. B., Tourigny, A. et Dallaire, C. (2009). Une nouvelle approche pour la gestion de l'intégration dans le système de santé : le cas des bénévoles et des professionnels. (French) [Article]. *Revue Management et Avenir*, (26), 177-189.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=43465274&lang=fr&site=bsi-live>

- Stones, R. (2005). *Structuration theory*. Macmillan Education UK.
<https://books.google.ca/books?id=eUtGEAAQBAJ>
- Stones, R. et Jack, L. (2016). The bridge between ontological concepts and empirical evidence: an interview with Rob Stones. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, 29(7), 1145-1151. <https://doi.org/10.1108/AAAJ-07-2016-2626>
- Tampio, K.-P., Haapasalo, H. et Lehtinen, J. (2023). The client's essential stakeholder collaboration activities at the front-end phase of a hospital construction project. *International Journal of Managing Projects in Business*, 16(8), 182-207.
<https://doi.org/10.1108/IJMPB-12-2022-0278>
- Tian, S., Zhao, H., Xu, X., Mu, R. et Ma, Q. (2022). Knowledge chain integration of design structure matrix-based project team: An integration model. *Systems Research and Behavioral Science*, 39(3), 462-473. <https://doi.org/10.1002/sres.2866>
- Toivonen, A. I. et Toivonen, P. U. (2014). The transformative effect of top management governance choices on project team identity and relationship with the organization — An agency and stewardship approach. *International Journal of Project Management*, 32(8), 1358-1370. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2014.07.001>
- Urton, D. et Murray, D. (2021). Project manager's perspectives on enhancing collaboration in multidisciplinary environmental management projects. *Project Leadership and Society*, 2. <https://doi.org/10.1016/j.plas.2021.100008>
- van der Hoorn, B. et Whitty, S. J. (2017). The praxis of 'alignment seeking' in project work. *International Journal of Project Management*, 35(6), 978-993.
<https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2017.04.011>
- Vandenberghe, F. (2007). Une ontologie réaliste pour la sociologie: système, morphogenèse et collectifs. *Social Science Information*, 46(3), 487-542.
- Weber, E. P. et Khademian, A. M. (2008). Wicked Problems, Knowledge Challenges, and Collaborative Capacity Builders in Network Settings. *Public Administration Review*, 68(2), 334-349.
- Westerveld, E. (2003). The Project Excellence Model®: linking success criteria and critical success factors. *International Journal of Project Management*, 21(6), 411-418.
[https://doi.org/10.1016/S0263-7863\(02\)00112-6](https://doi.org/10.1016/S0263-7863(02)00112-6)
- Windeler, A. et Sydow, J. (2001). Project Networks and Changing Industry Practices Collaborative Content Production in the German Television Industry. *Organization Studies*, 22(6), 1035-1060. <https://doi.org/10.1177/0170840601226006>

- Xuan, L. et El-Gohary, N. M. (2016). Discovering Context-Specific Integration Practices for Integrating NEPA into Statewide and Metropolitan Project Planning Processes. *Journal of Construction Engineering & Management*, 142(11), 4016056-4016051-4016056-4016011. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)CO.1943-7862.0001129](https://doi.org/10.1061/(ASCE)CO.1943-7862.0001129)
- Zeivots, S., Cram, A. et Wardak, D. (2023). Developing Project Management Principles by Examining Codesign Practices in Innovative Contexts. *Project Management Journal*, 54(6), 651-664. <https://doi.org/10.1177/87569728231176924>
- Zerjav, V. (2015). Design boundary dynamics in infrastructure projects: Issues of resource allocation, path dependency and problem-solving. *International Journal of Project Management*, 33(8), 1768-1779. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2015.09.009>
- Zhang, L., Cheng, J. et Wang, D. (2015). The influence of informal governance mechanisms on knowledge integration within cross-functional project teams: a social capital perspective. *Knowledge Management Research & Practice*, 13(4), 508-516. <https://doi.org/10.1057/kmrp.2014.10>

ANNEXES

| | |
|--|-----|
| Annexe 1 : Cadre thématique | 347 |
| Annexe 2 : Grille d’observation des rencontres | 352 |
| Annexe 3 : Grille d’observation des courriels..... | 353 |
| Annexe 4 : Schéma de l’entrevue pré-observation..... | 354 |
| Annexe 5 : Schéma de l’entrevue post-observation | 357 |
| Annexe 6 : Formulaire d’information et de consentement..... | 365 |
| Annexe 7 : Organigramme de la haute direction du CIUSSS | 370 |
| Annexe 8 : Processus de planification précoce et conjointe des congés (PPCC) sur les unités de soins après l’implantation des projets pilotes..... | 371 |
| Annexe 9 : Gestion des principaux groupes de parties prenantes du projet PPCC | 372 |

Annexe 1 : Cadre thématique

Tableau du cadre thématique de la recherche

| THÈME : STRUCTURE EXTERNE (CONDITIONS D' ACTIONS) | | |
|--|--|--|
| Catégories | Sous catégories | Codes |
| Positions et pratiques des parties prenantes : <ul style="list-style-type: none"> • À l'intérieur du domaine de la santé • À l'intérieur des relations interorganisationnelles • À l'intérieur de leur organisation • À l'intérieur de leur discipline • À l'intérieur du projet | Mandats et fonctions des parties prenantes (PP) | <ul style="list-style-type: none"> • Officiel • Officieux |
| | Les différents types de pratiques des PP : <ul style="list-style-type: none"> • Pratiques professionnelles • Pratiques interprofessionnelles • Pratiques intraorganisationnelles (horizontale ou verticales) • Pratiques interorganisationnelles • Pratiques projets | <ul style="list-style-type: none"> • Description des pratiques • Descriptions des règles, normes, valeurs et connaissances partagées associées aux différents types de pratiques |
| | Les ressources d'autorité des parties prenantes : <ul style="list-style-type: none"> • Pouvoir hiérarchique • Pouvoir scientifique • Pouvoir relié au réseau social • Pouvoir relié aux aptitudes personnelles (compétences et charisme) | <ul style="list-style-type: none"> • Types de pouvoir • Degré de pouvoir (faible/moyen/fort) |
| Les ressources d'allocations | Les ressources d'allocation des parties prenantes à l'égard du projet : <ul style="list-style-type: none"> • Temps disponible de chacune des parties prenantes pour la participation au projet • Ressources humaines, financières et matérielles que chacune des parties prenantes investit pour le projet. | <ul style="list-style-type: none"> • Quantité de temps • Degré de temps dédié au projet comparé à celui des autres PP (Faible/moyen/fort) • Description du type de ressources (humaines, matérielles et financières) • Degré de ressources disponibles comparé à celui des autres PP (faible/moyen/fort) |

| THÈME : STRUCTURE EXTERNE (CONDITIONS D' ACTIONS) | | |
|---|--|---|
| Règles : Symboliques et Normatives | Règles symboliques et normatives associées aux différents contextes dans lequel le projet s'inscrit : <ul style="list-style-type: none"> • Liées au domaine de la santé • Liées à la profession • Liées à l'organisation d'origine • Liées aux relations interorganisationnelles • Liées au projet | Descriptions des règles, normes et valeurs associées aux différents contextes dans lequel le projet s'inscrit |

| STRUCTURES INTERNES : INTERPRÉTATION DES POSSIBILITÉS D' ACTION | | |
|---|--|--|
| Catégories | Sous catégories | Codes |
| Connaissances de la conjoncture spécifique de l'action | Connaissances et interprétation des agents des composantes de la structure externes au moment de l'action. | Connaissance et interprétation des agents des positions et pratiques des autres parties prenantes et de leurs réseaux de relations au moment de l'action. |
| | | Connaissance et interprétation de l'agent in situ des ressources d'allocation dédiées au projet par les différentes PP au moment de l'action. |
| | | Connaissance et interprétation de l'agent in situ des règles symboliques et normatives associées aux différents contextes dans lequel le projet s'inscrit au moment de l'action. |
| | | Connaissance et interprétation par l'agent in situ des schèmes d'interprétation des autres parties prenantes à l'égard : <ul style="list-style-type: none"> • Des actions posées par les autres PP • Du pouvoir qu'elles possèdent • De la contingence de leur cadre normatif |

| STRUCTURES INTERNES : INTERPRÉTATION DES POSSIBILITÉS D’ACTION | | |
|--|--|--|
| Catégories | Sous catégories | Codes |
| | Connaissance et compétences de l’agent à l’égard de la situation spécifique d’action | <ul style="list-style-type: none"> • Savoir et compétences professionnelles • Savoir et compétences expérientielles • Savoir et compétences managériales • Savoir et compétences relationnelles |
| | Connaissance et interprétation de l’agent du pouvoir qu’il possède sur les structures externes dans un contexte donné | <ul style="list-style-type: none"> • L’agent interprète qu’il a un pouvoir important sur les structures externes. • L’agent perçoit qu’il a un pouvoir limité sur les structures externes. • L’agent perçoit qu’il n’a aucun pouvoir important sur les structures externes. |
| Habitus des parties prenantes (dispositions générales) | Habitus individuel des parties prenantes <ul style="list-style-type: none"> • Vision du monde et schème culturel • Classification et typification des choses, des personnes et des réseaux • Principes d’action et recettes d’action • Habitude de paroles et de gestes • Méthodologie d’adaptation de ses connaissances générales à des situations particulières. | Composantes de l’habitus individuel de l’agent in situ pris en compte au moment de l’action |
| | Habitus collectif Mêmes composantes que l’habitus individuel, mais ces composantes sont partagées par un groupe d’individus de la même organisation, de la même profession, etc. | Composantes de l’habitus collectif de l’agent in situ pris en compte au moment de l’action |

| THÈME : LES ACTIONS CONTEXTUALISÉES | | |
|--|---|---|
| Catégories | Sous catégories | Codes |
| Les praxis de différenciation des parties prenantes et de leurs pratiques | Action visant à faire connaître et reconnaître l'habitus (dispositions générales) et les pratiques des autres parties prenantes | <ul style="list-style-type: none"> Description de l'action Description du contexte de réalisation de l'action. |
| | Analyse, par l'agent, du contexte de l'action | Sur quelles parties des structures internes la partie prenante s'est appuyée dans la mise en œuvre de l'action, comment et pourquoi? |
| | Analyse, par l'agent, de sa conduite | <ul style="list-style-type: none"> Horizon d'action : les résultats escomptés Degré de créativité, d'improvisation et d'innovation derrière la mise en œuvre de l'action. La distance critique de l'agent à l'égard de ses structures internes Niveau de conscience de la motivation d'action Ordre de priorité sur laquelle s'appuie l'action |
| Les praxis d'intégration des parties prenantes et de leurs pratiques | Actions favorisant l'intégration des parties prenantes et/ou de leurs pratiques | <ul style="list-style-type: none"> Description de l'action Description du contexte de réalisation de l'action. |
| | Analyse, par l'agent, du contexte de l'action | Sur quelles parties des structures internes la partie prenante s'est appuyée dans la mise en œuvre de l'action, comment et pourquoi? |
| | Analyse, par l'agent, de sa conduite | <ul style="list-style-type: none"> Horizon d'action : les résultats escomptés Degré de créativité, d'improvisation et d'innovation derrière la mise en œuvre de l'action. La distance critique de l'agent à l'égard de ses structures internes Niveau de conscience de la motivation d'action Ordre de priorité sur laquelle s'appuie l'action |

| THÈME : RÉSULTATS : CONSÉQUENCES ATTENDUES OU NON DES ACTIONS | | |
|---|---|--|
| Catégories | Sous catégories | Codes |
| Résultats des praxis de différenciations | Impact de l'action sur la connaissance et reconnaissance de l'habitus (dispositions générales) et des pratiques des autres parties prenantes. | <ul style="list-style-type: none"> • Description • Degré : Faible / Moyenne / Forte • Pourquoi |
| | Impact de l'action sur l'arrimage des pratiques des PP | <ul style="list-style-type: none"> • Description • Degré : Faible / Moyenne / Forte |
| | Impact de l'action sur les structures externes et internes des PP | <ul style="list-style-type: none"> • Description • Comment les structures externes et internes ont été changées ou reproduites par l'action? |
| Résultats des praxis d'intégration | Impact de l'action sur l'intégration des parties prenantes et de leurs pratiques respectives. | <ul style="list-style-type: none"> • Description • Degré : Faible / Moyenne / Forte |
| | Impact de l'action sur l'arrimage des pratiques des PP | <ul style="list-style-type: none"> • Description • Degré : Faible / Moyenne / Forte |
| | Impact de l'action sur les structures externes et internes des PP | <ul style="list-style-type: none"> • Description • Comment les structures externes et internes ont été changées ou reproduites par l'action? |

Annexe 2 : Grille d'observation des rencontres

GRILLE D'OBSERVATION DES PRAXIS D'INTÉGRATION ET DE DIFFÉRENCIATION SE DÉPLOYANT LORS DES MOMENTS DE RENCONTRE ENTRE LES DIFFÉRENTES PARTIES PRENANTES DU PROJET.

Date et heure : _____ Durée de la rencontre : _____

Objectifs de la rencontre :

Note : Une grille d'observation par praxis-projet observée

| Type de praxis- | Description de l'action reliée à la praxis identifiée | Description du contexte de réalisation de la praxis- (Structures externes) |
|--|---|--|
| A. Différenciation ou B. Intégration | | |
| Par qui : | Indices de l'analyse, par l'agent, de sa conduite (Intentions reliées à la mise en œuvre de la praxis) <i>(Si percevable par l'observation)</i> | Indices de l'analyse, par l'agent, du contexte de l'action <i>(Si percevable par l'observation)</i> |
| | | |
| Envers qui : | <u>Impacts de la praxis:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Sur l'intégration ou la différenciation des pratiques • Sur l'arrimage des pratiques • Sur les structures externes et/ou internes mobilisées | Évaluation du degré de l'impact : Faible / Moyen / Fort |
| | | |

Annexe 3 : Grille d'observation des courriels

GRILLE D'OBSERVATION DES PRAXIS-PROJETS D'INTÉGRATION ET DE DIFFÉRENCIATION SE DÉPLOYANT À TRAVERS LES ÉCHANGES DE COURRIEL ENTRE LES DIFFÉRENTES PARTIES PRENANTES DU PROJET.

Date et heure du courriel : _____ **Objet du courriel (thème abordé) :** _____

Note : Une grille d'observation par praxis-projet observée à travers la lecture du courriel

| Type de praxis- | Description de l'action reliée à la praxis identifiée | Description du contexte de réalisation de la praxis- (Structures externes) |
|--|---|--|
| C. Différenciation ou D. Intégration | | |
| Par qui : | Indices de l'analyse, par l'agent, de sa conduite (Intentions reliées à la mise en œuvre de la praxis) <i>(Si percevable par l'observation)</i> | Indices de l'analyse, par l'agent, du contexte de l'action <i>(Si percevable par l'observation)</i> |
| | | |
| Envers qui : | <u>Impacts de la praxis:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Sur l'intégration ou la différenciation des pratiques • Sur l'arrimage des pratiques • Sur les structures externes et/ou internes mobilisées | Évaluation du degré de l'impact : Faible / Moyen / Fort |
| | | |

Annexe 4 : Schéma de l'entrevue pré-observation

SCHEMA DE LA PREMIERE ENTREVUE PORTANT SUR LES PRATIQUES DES PARTIES PRENANTES DANS LEUR MILIEU DE PRATIQUE D'ORIGINE

Tout ce qui est dans un encadré s'adresse à l'intervieweur.

Avant l'arrivée de participant : vérifier que les enregistreuses fonctionnent bien.

Lorsque le participant arrive :

- accueillir le participant et se présenter;
- faire signer le formulaire de consentement;
- préciser la durée de l'entretien : environ 45 minutes.

Au tout début de l'enregistrement :

- démarrer l'enregistrement et dire la date et l'heure ainsi que l'établissement où se déroule l'entrevue.
- mentionner l'enregistrement audio et obtenir l'accord verbal du participant (l'accord officiel a déjà été obtenu grâce au formulaire de consentement).
- insister sur le caractère confidentiel des informations recueillies.

Ouverture de l'entrevue : rappeler les objectifs de la recherche

L'objectif spécifique de cette thèse sera de décrire les différentes praxis-projets d'intégrations et de différenciations des parties prenantes (et de leurs pratiques) ayant cours à travers la réalisation du projet visant à déployer une équipe de planification précoce et conjointe des congés (PPCC) sur les unités de soins (de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et Santa Cabrini) afin d'améliorer le cheminement de la clientèle.

But de l'entrevue :

Favoriser une meilleure compréhension des pratiques professionnelles, organisationnelles, interprofessionnelles et inter organisationnelles des parties prenantes du projet.

Importance de vos connaissances pour le projet de thèse:

Votre participation à la recherche favorisera :

- Une meilleure compréhension des praxis-projet d'intégration et de différenciation pouvant être utilisée dans le cadre d'un projet de santé et de leurs processus de mise en œuvre.
- Une meilleure compréhension de l'influence de ces praxis-projet sur l'arrimage des pratiques (professionnelles et organisationnelles) dans le cadre d'un projet du secteur de la santé: réduction des tensions entre les parties prenantes et amélioration de la performance de ce type de projet.

| A. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES | |
|--|---|
| Questions préalables | Questions complémentaires |
| 1. Participant # : | Nom : |
| 2. Quel est votre titre d'emploi au CIUSSS? | Depuis combien de temps travaillez-vous pour le CIUSSS? |
| 3. Dans quelle direction et équipe êtes-vous? | Depuis combien de temps? |
| 4. Depuis quand êtes-vous impliqué dans le projet du PPCC? | |

| B. PRATIQUES PROFESSIONNELLES | |
|---|--|
| Questions clés | Questions complémentaires |
| 1. Pourriez-vous me décrire votre mandat et vos fonctions à l'intérieur de votre organisation? | Quelles sont vos tâches principales? |
| 2. Quelles sont les principales valeurs associées à l'exercice de votre pratique professionnelle? | |
| 3. Quelles sont les principales règles et normes sur lesquelles vous appuyez votre pratique professionnelle? | |
| 4. Quelles sont les principales connaissances qu'une personne doit posséder afin de pouvoir exercer votre pratique professionnelle? | <u>Au niveau du :</u> Savoir Savoir-faire Savoir-être |

| C. PRATIQUES ORGANISATIONNELLES | |
|--|--|
| Questions clés | Questions complémentaires |
| 1. Quelles sont les principales valeurs associées à votre équipe de travail habituelle et à son fonctionnement? | |
| 2. Quelles sont les principales règles et normes de votre équipe de travail? | |
| 3. Quelles sont les principales connaissances qu'une personne doit avoir pour bien s'intégrer et fonctionner à l'intérieur de votre équipe de travail? | <u>Au niveau du :</u> Savoir Savoir-faire Savoir-être |

| D. PRATIQUES INTERPROFESSIONNELLES ET INTERORGANISATIONNELLES | |
|---|---|
| Questions clés | Questions complémentaires |
| 1. Pourriez-vous me nommer l'ensemble des professionnels avec qui vous êtes en relation dans le cadre du projet de PPCC ? | Précisez leurs fonctions et leurs positions hiérarchiques |
| 2. Parmi les professionnels nommés précédemment, en dehors du projet, avec quels professionnels êtes-vous en relation dans le cadre de votre pratique régulière au CIUSSS? | Préciser les professionnels qui font partie de votre équipe et ceux qui font partie d'une autre équipe. |
| 3. Comment qualifieriez-vous votre relation avec chacun de ces professionnels? | <p>Essayer de préciser les règles (symbolique, normatives), les normes, les valeurs ou les connaissances qui caractérisent votre relation avec ces professionnels?</p> <p>Essayer de préciser le ou les types de pouvoir présents dans votre relation avec chacun des professionnels et préciser leur degré d'influence (faible/moyen/fort):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pouvoir hiérarchique • Pouvoir scientifique • Pouvoir relié au réseau social • Pouvoir relié aux aptitudes personnelles (compétences et charisme) |

| E. LES RESSOURCES D'ALLOCATIONS | |
|---|----------------------------------|
| Questions clés | Questions complémentaires |
| 1. Combien de temps pouvez-vous consacrer au projet ? | |
| 2. Pouvez-vous me décrire les différents types de ressources (humaines, matérielles et financières) que votre équipe (services) investit dans le projet? | |

CLÔTURE DE L'ENTRETIEN

Demander au participant s'il a d'autres commentaires à formuler, quels qu'ils soient.

Remercier le participant.

Rappeler la confidentialité de ses propos.

Annexe 5 : Schéma de l'entrevue post-observation

SCHÉMA DE L'ENTREVUE POST-OBSERVATION PORTANT SUR LES PRAXIS-PROJET D'INTÉGRATION ET DE DIFFÉRENCIATION (Tout ce qui est dans un encadré s'adresse à l'intervieweur.)

Avant l'arrivée de participant : vérifier que les enregistreuses fonctionnent bien.

Lorsque le participant arrive :

- accueillir le participant et se présenter;
- préciser la durée de l'entretien : environ 45 minutes.

Au tout début de l'enregistrement :

- démarrer l'enregistrement et dire la date et l'heure ainsi que l'établissement où se déroule l'entrevue.
- mentionner l'enregistrement audio et obtenir l'accord verbal du participant (l'accord officiel a déjà été obtenu grâce au formulaire de consentement).
- insister sur le caractère confidentiel des informations recueillies.

Ouverture de l'entrevue : rappeler les objectifs de la recherche

L'objectif spécifique de cette thèse sera de décrire les différentes praxis-projets d'intégrations et de différenciations des parties prenantes (et de leurs pratiques) ayant cours à travers la réalisation du projet visant à déployer une équipe de planification précoce et conjointe des congés (PPCC) sur les unités de soins (de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et Santa Cabrini) afin d'améliorer le cheminement de la clientèle.

But de l'entrevue :

Obtenir de l'information sur l'analyse que la partie prenante a faite du contexte de l'action et de sa conduite au moment de mettre en œuvre une praxis-projet d'intégration ou de différenciation.

Obtenir de l'information sur les impacts perçus par les parties prenantes de la mise en œuvre, par elles-mêmes ou les autres, des praxis-projet d'intégration ou de différenciation.

Importance de vos connaissances pour le projet de thèse:

Votre participation à la recherche favorisera :

- Une meilleure compréhension des praxis-projet d'intégration et de différenciation pouvant être utilisée dans le cadre d'un projet de santé et de leurs processus de mise en œuvre.
- Une meilleure compréhension de l'influence de ces praxis-projet sur l'arrimage des pratiques (professionnelles et organisationnelles) dans le cadre d'un projet du secteur de la santé: réduction des tensions entre les parties prenantes et amélioration de la performance de ce type de projet.

| DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES | |
|---|---------------------------|
| Questions préalables | Questions complémentaires |
| Participant # : | Nom : |
| Vous avez participé à combien de rencontres du projet PPCC? | |

Note : Pendant la phase d'observation, le chercheur a noté les différentes praxis-projets de différenciation et d'intégration en les associant aux parties prenantes les ayant mises en œuvre ou reçues. Il profite de cette étape de l'entrevue pour partager à la personne interviewée ce qu'il a observé comme praxis-projet de différenciation et d'intégration réalisées (ou subit) par cette dernière et du contexte dans lequel s'est déroulée chacune de ces actions. Les praxis-projets de différenciation et d'intégration qui seront décrites à l'aide de ce questionnaire seront celles qui ont été identifiées par le chercheur et dont l'interviewé se rappelle assez bien pour être en mesure de les décrire à travers le questionnaire.

PARTIE I : PRAXIS-PROJET DE DIFFÉRENCIATION MISE EN ŒUVRE PAR LE PARTICIPANT

- Pour chacune des praxis-projet de différenciation identifiée comme pertinente en regard des observations faites, répondre aux questions de la partie I.

Rappel de la définition des praxis-projet de différenciation :

Les praxis-projets de différenciation sont les actions d'une partie prenante dans un contexte donné qui:

- Visent à faire connaître et/ou reconnaître les différentes pratiques (professionnelles, organisationnelles, interorganisationnelles, relationnelles, citoyennes, etc.) portées par les parties prenantes d'un projet.
- Cherchent à mettre en valeur le classement social des individus (et de leurs pratiques) à l'égard des autres parties prenantes (Bourdieu, 1979).

| A. DESCRIPTION DE LA PRAXIS PROJET DE DIFFÉRENCIATION | |
|--|---|
| Questions clés | Questions complémentaires |
| À partir de l'observation faite par le chercheur, pouvez-vous décrire davantage la praxis-projet de différenciation que vous avez réalisée ? | Qu'est-ce que vous avez fait exactement? Envers qui cette action était-elle destinée |

| B. ANALYSE, PAR L'AGENT, DE SA CONDUITE | |
|--|--|
| Questions clés | Questions complémentaires |
| 1. Quelles étaient vos intentions derrière la mise en œuvre de cette praxis-projet de différenciation? | <u>Au moment de choisir et de mettre en œuvre la praxis-projet de différenciation :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Quels étaient les résultats escomptés? |

| B. ANALYSE, PAR L'AGENT, DE SA CONDUITE | |
|---|--|
| Questions clés | Questions complémentaires |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Comment qualifiez-vous le degré d'improvisation versus un choix stratégique quant à l'action posée? • Quelles étaient vos motivations? • Sur quelle priorité vous êtes-vous appuyée pour agir et pourquoi? |

| C. ANALYSE, PAR L'AGENT, DU CONTEXTE DE L'ACTION | |
|--|---|
| Questions clés | Questions complémentaires |
| <p>2. Quelle était votre analyse de la conjoncture (contexte) au moment de la mise en œuvre de cette praxis-projet de différenciation?</p> | <p><u>En lien avec :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les pratiques (normes, règles, valeurs, connaissances) des autres parties prenantes. • Les positions hiérarchiques des autres parties prenantes. • Les réseaux de relations entre les parties prenantes. • Les réseaux de relations entre les pratiques des parties prenantes (patron-employé) • Certains types de pouvoir dont disposaient certaines parties prenantes versus d'autres (dont vous-même). • Avec l'interprétation que vous aviez de la réaction possible d'une ou de plusieurs parties prenantes à l'égard de votre action. • Avec les compétences (professionnelles, expérientielles, managériales, relationnelles) dont vous disposiez pour agir. • Les ressources (humaines, matérielles et financières) investies par certaines parties prenantes dans le projet. |

| D. RÉSULTATS DES PRAXIS PROJETS DE DIFFÉRENCIATIONS | |
|--|--|
| Questions clés | Questions complémentaires |
| 3. Selon vous, quels ont été les impacts de votre action sur la différenciation des pratiques des parties prenantes? | <p>Est-ce que votre action a permis de mieux faire connaître ou reconnaître la pratique d'une autre partie prenante? Si oui, comment?</p> <p>Est-ce que votre action a permis de mieux faire connaître ou reconnaître votre pratique par rapport à celle des autres parties prenantes? Si oui, comment?</p> <p>Quel est le degré d'impact de votre action sur la différenciation des pratiques des parties prenantes (faible/moyen/fort) et pourquoi?</p> |
| 4. Selon vous, quels ont été les impacts de votre action sur l'arrimage des pratiques des parties prenantes dans la réalisation du projet? | <p>Quel est le degré d'impact (faible/moyen/fort) et pourquoi?</p> |
| 5. Selon vous, quels ont été les impacts de votre action dans votre milieu de pratiques d'origine? | <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que certaines pratiques ont été modifiées par votre action? Si oui, comment? • Est-ce que certaines pratiques ont été reproduites (renforcées) par votre action? Si oui, comment? • Est-ce que certaines perceptions à l'égard des pratiques des autres parties prenantes ont été modifiées? Si oui, expliquez. • Est-ce que certaines perceptions à l'égard des pratiques des autres parties prenantes ont été renforcées? Si oui, expliquez. |

PARTIE II : PRAXIS-PROJET D'INTÉGRATION MISE EN ŒUVRE PAR LE PARTICIPANT

- Pour chacune des praxis-projet d'intégration identifiée comme pertinente en regard des observations faites par le chercheur, répondre aux questions de la partie II.

Rappel de la définition des praxis-projets d'intégration :

Les praxis-projets d'intégrations sont les actions des parties prenantes (dans un contexte donné) visant à développer une vision, des valeurs, des règles et des façons de faire communes et/ou complémentaires dans le but de réaliser un projet.

| A. DESCRIPTION DE LA PRAXIS PROJET D'INTÉGRATION | |
|--|---|
| Questions clés | Questions complémentaires |
| 1. À partir de l'observation faite par le chercheur, pouvez-vous décrire davantage la praxis-projet d'intégration que vous avez réalisée ? | Qu'est-ce que vous avez fait exactement? Envers qui cette action était-elle destinée |

| B. ANALYSE, PAR L'AGENT, DE SA CONDUITE | |
|---|--|
| Questions clés | Questions complémentaires |
| 1. Quelles étaient vos intentions derrière la mise en œuvre de cette praxis-projet d'intégration? | <p><u>Au moment de choisir et de mettre en œuvre la praxis-projet d'intégration :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Quels étaient les résultats escomptés? • Comment qualifiez-vous le degré d'improvisation versus un choix stratégique quant à l'action posée? • Quelles étaient vos motivations? • Sur quelle priorité vous êtes-vous appuyée pour agir et pourquoi? |

| C. ANALYSE, PAR L'AGENT, DU CONTEXTE DE L'ACTION | |
|--|--|
| Questions clés | Questions complémentaires |
| 2. Quelle était votre analyse de la conjoncture (contexte) au moment de la mise en œuvre de cette praxis-projet d'intégration? | <p><u>En lien avec :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les pratiques (normes, règles, valeurs, connaissances) des autres parties prenantes. • Les positions hiérarchiques des autres parties prenantes. • Les réseaux de relation entre les parties prenantes. • Les réseaux de relation entre les pratiques des parties prenantes (patron-employé) • Certains types de pouvoir dont disposaient certaines parties prenantes versus d'autres (dont vous-même). |

| C. ANALYSE, PAR L'AGENT, DU CONTEXTE DE L'ACTION | |
|--|---|
| Questions clés | Questions complémentaires |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Avec l'interprétation que vous aviez de la réaction possible d'une ou de plusieurs parties prenantes à l'égard de votre action. • Avec les compétences (professionnelles, expérientielles, managériales, relationnelles) dont vous disposiez pour agir. • Les ressources (humaines, matérielles et financières) investies par certaines parties prenantes dans le projet. |

| D. RÉSULTAT DE LA PRAXIS PROJET D'INTÉGRATION | |
|--|---|
| Questions clés | Questions complémentaires |
| 3. Selon vous, quels ont été les impacts de votre action sur l'intégration des pratiques des parties prenantes? | Quel est le degré d'impact (faible/moyen/fort) et pourquoi? |
| 4. Selon vous, quels ont été les impacts de votre action sur l'arrimage des pratiques des parties prenantes dans la réalisation du projet? | Quel est le degré d'impact (faible/moyen/fort) et pourquoi? |
| 5. Selon vous, quels ont été les impacts de votre action dans votre milieu de pratiques d'origine? | <p>Est-ce que certaines pratiques ont été modifiées par votre action? Si oui, comment?</p> <p>Est-ce que certaines pratiques ont été reproduites (renforcées) par votre action? Si oui, comment?</p> <p>Est-ce que certaines perceptions à l'égard des pratiques ont été modifiées? Si oui, expliquez.</p> <p>Est-ce que certaines perceptions à l'égard des pratiques ont été renforcées? Si oui, expliquez.</p> |

PARTIE III : LES PRAXIS-PROJETS DE DIFFÉRENCIATION DIRIGÉES VERS LE PARTICIPANT PAR LES AUTRES PARTIES PRENANTES AU COURS DE LA RÉALISATION DU PROJET DE PPCC

| A. DESCRIPTION DE LA PRAXIS PROJET DE DIFFÉRENCIATION | |
|--|--|
| Questions clés | Questions complémentaires |
| À partir de l'observation faite par le chercheur, pouvez-vous décrire davantage la praxis-projet de différenciation que vous avez subite? | Description de l'action De qui venait cette praxis-projet de différenciation? |

| B. RÉSULTATS DES PRAXIS PROJETS DE DIFFÉRENCIATIONS | |
|---|--|
| Questions clés | Questions complémentaires |
| 1. Selon vous, quels ont été les impacts de cette action sur la connaissance et reconnaissance de votre pratique par les autres parties prenantes ? | Quel est le degré d'impact (faible/moyen/fort) et pourquoi? |
| 2. Selon vous, quels ont été les impacts de cette action sur l'arrimage de vos pratiques avec celles des autres parties prenantes dans la réalisation du projet? | Quel est le degré d'impact (faible/moyen/fort) et pourquoi? |
| 3. Selon vous, quels ont été les impacts de cette action dans votre milieu de pratique d'origine? | <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que certaines pratiques ont été modifiées par cette action? Si oui, comment? • Est-ce que certaines pratiques ont été reproduites (renforcées) par cette action? Si oui, comment? • Est-ce que certaines perceptions à l'égard de vos pratiques ont été modifiées? Si oui, expliquez. • Est-ce que certaines perceptions à l'égard de vos pratiques ont été renforcées? Si oui, expliquez. |

PARTIE IV: LES PRAXIS-PROJETS D'INTÉGRATION DIRIGÉES VERS LE PARTICIPANT PAR LES AUTRES PARTIES PRENANTES AU COURS DE LA RÉALISATION DU PROJET DE PPCC

| A. DESCRIPTION DE LA PRAXIS PROJET D'INTÉGRATION | |
|---|--|
| Questions clés | Questions complémentaires |
| 1. À partir de l'observation faite par le chercheur, pouvez-vous décrire davantage la praxis-projet d'intégration que vous avez subie ? | Décrire l'action en question De qui venait cette praxis-projet d'intégration? |

| B. RÉSULTATS DES PRAXIS PROJETS DE DIFFÉRENCIATIONS | |
|--|--|
| Questions clés | Questions complémentaires |
| 2. Selon vous, quels ont été les impacts de cette action sur l'intégration au projet de votre (vos) pratique(s)? | Quel est le degré d'impact (faible/moyen/fort) et pourquoi? |
| 3. Selon vous, quels ont été les impacts de cette action sur l'arrimage de vos pratiques avec celles des autres parties prenantes dans la réalisation du projet? | Quel est le degré d'impact (faible/moyen/fort) et pourquoi? |
| 4. Selon vous, quels ont été les impacts de cette action dans votre milieu de pratique d'origine? | <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que certaines pratiques ont été modifiées par cette action? Si oui, comment? • Est-ce que certaines pratiques ont été reproduites (renforcées) par cette action? Si oui, comment? • Est-ce que certaines perceptions à l'égard de vos pratiques ont été modifiées? Si oui, expliquez. • Est-ce que certaines perceptions à l'égard de vos pratiques ont été renforcées? Si oui, expliquez. |

CLÔTURE DE L'ENTRETIEN

- Demander au participant s'il a d'autres commentaires à formuler, quels qu'ils soient.
- Remercier le participant.
- Rappeler la confidentialité de ses propos.

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux



Annexe 6 : Formulaire d'information et de consentement

Note : Afin de préserver la confidentialité des participants, le nom du CIUSSS a été retiré du formulaire présenté dans cette thèse. Le nom complet du CIUSSS a cependant été utilisé dans le formulaire officiel d'information et de consentement présenté et signé par les participants. Le nom des hôpitaux a aussi été retiré.

| | |
|---|--|
| Titre du projet de recherche | <i>La structuration de l'arrimage des pratiques dans un projet de santé : entre intégration et différenciation.</i> |
| Chercheur responsable du projet de recherche | Jean-François Guay Doctorant en administration-gestion de projet de l'Université du Québec en Outaouais |
| Directeur de thèse | M. Jacques-Bernard Gauthier Ph. D. Professeur agrégé au département des sciences administratives de l'Université du Québec en Outaouais. |
| Organisme subventionnaire | Aucun |

INTRODUCTION

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Dans la réalisation d'un projet dans le domaine de la santé, l'arrimage des pratiques (professionnelles et organisationnelles) d'une diversité d'acteurs est souvent synonyme de tension. Une tension pouvant émerger de la dialectique entre le désir des acteurs d'intégrer leurs différentes pratiques au profit de la réalisation du projet et, en même temps, le besoin de ces derniers de voir leurs pratiques d'origines reconnues par les autres. Cette recherche vise à identifier ce que les parties prenantes font, comment elles le font, dans quel contexte et pourquoi, et ce dans le but de favoriser un meilleur arrimage de leurs pratiques respectives autour du projet. La recherche se déroula auprès d'une équipe composée d'environ quinze personnes (membres du personnel du CIUSSS) qui ont à réaliser ensemble un projet dans le domaine de la santé.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Mon directeur de thèse et moi-même avons vu dans votre projet de déployer une équipe de planification précoce et conjointe des congés sur les unités de soins de l'hôpital 1 et hôpital 2, une occasion d'affiner notre compréhension de l'arrimage des pratiques entre les parties prenantes d'un projet.

La stratégie de recherche retenue est l'ethnographie qui repose sur l'idée que pour bien comprendre le phénomène étudié, le chercheur doit s'immiscer dans les activités régulières du projet. Voilà pourquoi notre collecte d'information va consister d'une part à des observations (par moi le chercheur) des rencontres que vous avez entre vous les parties prenantes au projet PPCC ainsi que des entrevues que je vais faire avec vous au début et à la fin de la phase d'observation du projet. De plus, vos praxis-projet (de différenciation et d'intégration) seront aussi analysées à travers vos communications courriel qui concernent la réalisation du projet. À la fin du projet, un groupe de discussion sera réalisé avec vous afin de recueillir vos réactions à l'égard des observations faites durant le projet. Finalement, une analyse documentaire sera faite afin de mieux comprendre vos pratiques respectives ainsi que le déroulement du projet.

Durée de la recherche et nature de votre participation

Votre participation à ce projet de recherche durera une année, qui correspond à la durée du projet de recherche. Elle comprendra la réalisation de deux entrevues individuelles avec le chercheur soit l'une au début de la période d'observation des rencontres de projet et l'autre à la fin. Chacune des entrevues sera d'environ 45 minutes et sera enregistrée (audio). Les entrevues se dérouleront aux endroits qui vous conviennent le mieux.

Durant les rencontres de l'équipe de projet (d'une durée d'environ 2h00), le chercheur sera présent et collectera des informations sur les praxis-projet d'intégration et de différenciation utilisées par les participants. Le chercheur prendra des notes durant ces rencontres. Le lieu des rencontres de l'équipe de projet sera déterminé par les responsables du projet de santé ciblé pour cette recherche.

De plus, les communications par courrier électronique qui concernent la réalisation du projet ciblé seront aussi analysées par le chercheur. Ainsi lors de vos communications par courriel dont l'objet est l'un ou l'autre aspect du projet, vous devrez mettre en copie conforme le chercheur principal (Jean-François Guay).

À la fin de phase de cueillette des données pour le projet de recherche, vous serez invité à participer à un groupe de discussion (d'une durée d'environ 1h30) afin de partager vos réactions sur les observations faites par le chercheur lors de cette recherche. Le déroulement de cette rencontre sera enregistré. Le lieu du groupe de discussion sera choisi en fonction de la convenance des participants.

Vous serez aussi invité à fournir au chercheur toute documentation permettant à ce dernier de mieux comprendre vos pratiques professionnelles et organisationnelles (description de tâches, organigramme et orientations de votre service, code d'éthique, etc.). De plus, toute la documentation utilisée dans le cadre de la réalisation du projet sera récupérée par le chercheur.

AVANTAGES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Vous ne retirerez pas de bénéfices de votre participation à ce projet de recherche. Nous espérons que les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques et pratiques dans le

domaine de la gestion de projet du secteur de la santé. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Aucun risque particulier associé à votre participation et le chercheur s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire le cas échéant. Le seul inconvénient est le temps passé à participer aux deux entrevues, à fournir la documentation sur votre pratique (professionnelle et organisationnelle) et à participer au groupe de discussion à la fin du projet.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet. Conséquemment, les enregistrements, les courriels et tous les autres documents électroniques vous concernant ou que vous m'avez remis seront effacés définitivement et les documents papier seront déchiquetés.

De plus, si vous continuez de participer au projet PPCC du CIUSSS tout en vous retirant de la recherche, les observations des rencontres de l'équipe de projet ne pourront tenir compte des praxis-projets déployées ou subites vous concernant. Seules les praxis-projets déployées ou subites par les participants à la recherche seront répertoriées et analysées.

CONFIDENTIALITÉ

La démarche de recherche empruntée par le chercheur ne permet pas la garantie de l'anonymat des données. Cependant, la confidentialité des informations recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais¹. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable.

Les données de recherche codées pourront être transmises par le chercheur responsable du projet à son directeur de thèse. Cependant, le chercheur responsable et les personnes à qui il transmettra les données de recherche sont tenus de respecter les règles de confidentialité en vigueur au Québec et au Canada. Les données recueillies seront conservées sous clé dans la résidence du chercheur principal : seuls lui et son directeur de thèse y auront accès. Elles seront détruites (après 5 ans) par l'entremise d'une déchiqueteuse pour les données papier et supprimée de l'ordinateur personnel du chercheur principal pour les données numériques. De plus, les données audio seront supprimées de l'enregistreuse.

Le chercheur responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées pendant cinq ans par le chercheur responsable.

Les données serviront à la rédaction d'une thèse de doctorat, pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. À moins que vous ne consentiez à une utilisation secondaire, les données recueillies ne seront utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin.

Lorsque la thèse sera terminée, vous serez invité en tant que participant à une présentation sur les résultats de la recherche. Un courriel vous sera également envoyé afin de vous donner accès au document écrit de la thèse. Le même processus sera utilisé lors de la publication d'articles scientifiques reliés au projet de recherche en question.

EN CAS DE PRÉJUDICE

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable de ce projet de recherche et l'établissement du CIUSSS de leur responsabilité civile et professionnelle.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable de ce projet de recherche (Jean-François Guay) au numéro suivant : (514) 255-2494 poste 10233 ou par courriel à : jeanfrancois.guay.lteas@ssss.gouv.qc.ca

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS au numéro de téléphone : [REDACTED]

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS ainsi que celui de l'Université du Québec en Outaouais ont approuvé le projet et en assureront le suivi. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité d'éthique du CIUSSS au 514-252-3400 (poste 5708) ou avec le président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais soit M. André Durivage au 819 595-3900, poste 1781 ou par courriel à Andre.Durivage@uqo.ca.

CONSETEMENTS

Consentement du sujet de recherche

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de

recherche. En conséquence, vous ne devrez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux exemplaires et j'en conserve une copie.

Consentement à participer au projet de recherche :

Nom du participant : _ Date : _____

Signature du participant : _

Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice. Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au sujet de recherche.

Nom du chercheur responsable de la recherche : _____ Date : _____

Signature du chercheur : _____

Utilisation secondaire des données recueillies

Avec votre permission, nous aimerions pouvoir conserver les données recueillies à la fin du présent projet pour d'autres activités de recherche dans le domaine de la gestion de projet, sous la responsabilité de Jean-François Guay pour lequel vous êtes aujourd'hui invité à participer. Afin de préserver vos données personnelles et votre identité, les données seront anonymisées, c'est-à-dire qu'il ne sera plus possible à quiconque de pouvoir les relier à votre identité. Nous nous engageons à respecter les mêmes règles d'éthique que pour le présent projet.

Il n'est pas nécessaire de consentir à ce volet pour participer au présent projet de recherche. Si vous acceptez, vos données seront conservées pour une période de *cinq ans* après la fin du présent projet et ensuite détruites.

Consentement à une utilisation secondaire :

- J'accepte que mes données soient conservées pour une utilisation secondaire dans le domaine de la gestion de projet sous la responsabilité de Jean-François Guay.
- Je refuse une utilisation secondaire des données que je vais fournir.

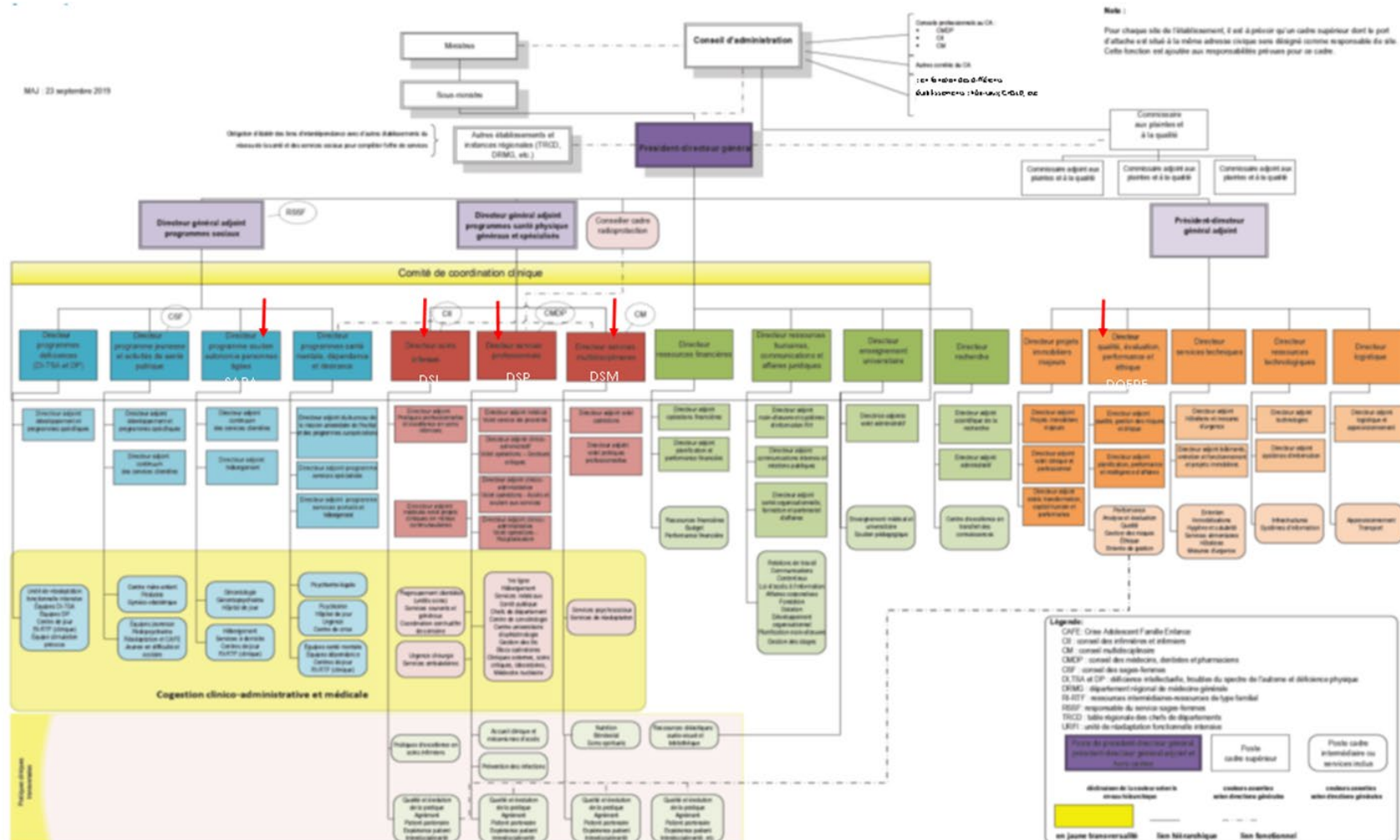
Nom du participant : _ Date : _____

Signature du participant : _____

Nom du chercheur : _ Date : _____

Signature du chercheur : _____

Annexe 7 : Organigramme de la haute direction du CIUSSS



Directions impliquées dans projet PCC:



Note : Figure tirée de la documentation du projet PPCC

ANNEXE 9 : GESTION DES PRINCIPAUX GROUPES DE PARTIES PRENANTES DU PROJET PPCC

| PARTIES PRENANTES | IMPACT POTENTIEL | ENJEUX | ACTIONS AUPRÈS DU GROUPE DE PARTIES PRENANTES |
|---|--|--|---|
| Gestionnaires impliqués dans la gouvernance du projet PPCC | Très élevé sur l'acceptation et le déploiement du projet. | <ul style="list-style-type: none"> • Pouvoir important du comité de directeur sur le projet PPCC. • Différence de visions du projet et de sa gestion (tensions) en fonction des paliers de gouvernance du projet ainsi qu'en fonction des différentes disciplines des directions. | <ul style="list-style-type: none"> • Beaucoup de négociations pour arrimer les différentes visions hiérarchiques et disciplinaires sur le projet et sa gestion. |
| Médecins | <p>Très élevé sur l'acceptation du projet.</p> <p>Élevé sur l'utilisation des nouvelles pratiques de planification des congés.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Peu de disponibilités pour rencontres d'explication du projet. • Mauvaise compréhension du projet et de ses impacts. • Problèmes de connaissances et d'utilisations des nouvelles pratiques de planification des congés. • Alliance avec les travailleurs sociaux pour éviter le déploiement de ces derniers par unité. | <ul style="list-style-type: none"> • Implication dans la gouvernance du projet (équipe projet et comité directeur) • Rencontres avec des représentants des médecins. • Mise au point sur l'utilisation des nouvelles pratiques de planification des congés. • Rencontres personnalisées avec chaque groupe de médecins avant l'implantation du projet sur leurs unités respectives. |

| PARTIES PRENANTES | IMPACT POTENTIEL | ENJEUX | ACTIONS AUPRÈS DU GROUPE DE PARTIES PRENANTES |
|--|--|---|---|
| Services professionnels | Élevé sur l'acceptation du projet. Élevé sur l'utilisation des nouvelles pratiques de planification des congrés. | <ul style="list-style-type: none"> • Résistance au déploiement des professionnels par unité au lieu de rester par spécialité médicale (hôpital1). Résistance plus prononcée des TS. • Changement de pratiques : passer de spécialiste à généraliste. • Augmentation des pratiques de liaisons avec les services de la communauté (au détriment des pratiques cliniques) | <ul style="list-style-type: none"> • Peu d'actions répertoriées de la part des gestionnaires du projet. • Les professionnels étant soumis au pouvoir hiérarchique dans le CIUSSS, ils se sont conformés aux exigences de leur direction respectives (DSM et DSI). • Alliance des travailleurs sociaux avec les médecins pour ne pas être déployés par unités. |
| Assistants infirmières- chefs (AIC) | Moyen sur l'acceptation du projet. Très élevé sur l'implantation et l'utilisation des nouvelles pratiques de planification des congrés. | <ul style="list-style-type: none"> • Surcharge existante des AIC sur les unités de soins en lien avec leur rôle de leader dans la gestion des séjours des patients sur les unités et leur rôle dans les communications interprofessionnelles. • Surcharge possible liée à la mise en oeuvre de nouvelles pratiques de planification des congrés. • Sans l'implication des AIC, les nouvelles pratiques de planification des congrés ne pourront s'implanter. | <ul style="list-style-type: none"> • Attribution du rôle de leader (sur les unités de soins) dans la mise en oeuvre des nouvelles pratiques de planification des congrés. • Participation, avec les gestionnaires, au groupe de travail PPCC pour partager le bilan hebdomadaire d'implantation et proposition des corrections. • Implication dans des comités Adhoc pour régler des problèmes de conception de certaines pratiques. |

| PARTIES PRENANTES | IMPACT POTENTIEL | ENJEUX | ACTIONS AUPRÈS DU GROUPE DE PARTIES PRENANTES |
|---|--|--|--|
| Personnel de l'urgence | Faible sur l'acceptation du projet. Élevé sur les pratiques de liaisons entre l'urgence et les unités de soins. | <ul style="list-style-type: none"> • Sous-représentation dans le groupe de travail PPCC : seulement le chef de service SAD en milieu hospitalier est présent. • Manque de connaissances des autres représentant du groupe de travail PPCC (et du personnel des unités de soins) sur le fonctionnement à l'urgence et du projet PPCC urgence (implanté en 2017 afin d'éviter les hospitalisations et faire des ponts avec les services de la communauté.) | <ul style="list-style-type: none"> • Peu d'actions répertoriées pour favoriser l'implication et l'engagement du personnel de l'urgence. • Après l'implantation des six projets pilotes, invitation lancée aux gestionnaires et personnels des unités à aller visiter l'urgence pour mieux comprendre son fonctionnement. • La représentation du chef SAD en milieu hospitalier au groupe de travail PPCC était la principale action visant à garder l'engagement de ce groupe de parties prenantes. |
| Représentants des services de la communauté. | Faible sur l'acceptation du projet. Élevé sur les pratiques de liaisons entre l'hôpital et leurs services. | <ul style="list-style-type: none"> • Peu de collaborations existantes entre les hôpitaux et les services de la communauté. • Méfiance du personnel de l'hôpital envers les services de la communauté. • Référencement difficile du personnel de l'hôpital vers les services de la communauté. • Faible représentation des services à la communauté dans le groupe de travail PPCC. | <ul style="list-style-type: none"> • Peu d'actions pour favoriser l'engagement et la participation du personnel des services de la communauté. • Absence de communications avec le personnel des services de la communauté pour les informer du projet et de son évolution. • Rencontre de représentant du projet PPCC avec des représentants des services à la communauté dans le but de faciliter les procédures de référencement. |
| Les patients et leurs familles | Faible sur l'acceptation du projet. Moyenne sur la pratique de | <ul style="list-style-type: none"> • Désaccord des patients et des familles dans l'orientation du patient post hospitalisation. • Manque d'implication des familles et patients dans le traitement. | <ul style="list-style-type: none"> • Participation de quelques patients au forum participatif visant à définir(adapter) le modèle PPCC pour le CIUSSS. • Consultation d'un patient partenaire dans l'élaboration de l'outil de collecte de données. |

| PARTIES PRENANTES | IMPACT POTENTIEL | ENJEUX | ACTIONS AUPRÈS DU GROUPE DE PARTIES PRENANTES |
|----------------------|--|---|---|
| | collecte de données. | | <ul style="list-style-type: none"> • Absence d'un représentant des patients (membre du comité des usagers) dans la gouvernance du projet PPCC. |
| Les syndicats | Élevé sur le projet et la mise en œuvre des nouvelles pratiques de planification des congés. | <ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que l'implantation du projet ou des nouvelles pratiques de planification des congés n'a pas d'impact sur les conditions de travail du personnel impliqué. | <ul style="list-style-type: none"> • Rencontre avec les groupes syndicaux pour leur expliquer le projet. |