

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

THÈSE PRÉSENTÉE COMME EXIGENCE PARTIELLE DU
DOCTORAT EN ADMINISTRATION – GESTION DE PROJET

PAR

JOHANNE PARADIS

**LA PRODUCTION DE L'ESPACE DE PROJET (– SOIN) : LE CAS DU
CAMPUS MCGILL OUTAOUAIS**

Juin 2023

© Johanne Paradis, 2023

RÉSUMÉ

D'aussi loin que les années 1970, la population de l'Outaouais a revendiqué de meilleurs services en santé et avec raison, car un manque chronique de financement et une pénurie de main d'œuvre, notamment médicale, affligeaient la région et persistent encore à ce jour. Le projet s'inscrit ainsi dans la suite des travaux d'un groupe d'acteurs de la région, qui militant pour de meilleurs services, ont permis l'organisation de la formation médicale complète en Outaouais. Le campus Outaouais de la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université McGill a ouvert ses portes à l'automne 2020 pour accueillir sa première cohorte de 24 étudiants en médecine, dont les cours sont tous donnés, fait à noter, en français. Depuis une quinzaine d'années, les 3^e et 4^e année du cursus étaient offertes en Outaouais. Le projet à l'étude s'intéresse à la mise en place des deux premières années du cursus du programme de médecine, que l'on appelle la formation médicale fondamentale donnée au campus Outaouais, le projet (-soin). Deux objectifs sont visés par la présente thèse. Dans un premier temps, bâtir une architecture conceptuelle structurationniste de la constitution de l'espace projet (-soin) en prenant appui sur les travaux phares du courant critique tout en dépassant la vision hägerstranienne de l'espace. Dans un deuxième temps, explorer empiriquement la structuration d'un projet (-soin) afin de mettre à l'épreuve l'architecture résultant de l'atteinte du premier objectif spécifique de la recherche. Notre recherche, qui porte essentiellement sur le projet comme « objet de recherche » et non à la gestion de projet, s'inscrit dans la lignée des *Project Studies*. Le projet qui se déploie dans le domaine de la santé, s'appuie sur une approche normativiste de la philosophie de la médecine, fondée notamment sur les travaux de Gorges Canguilhem. Afin d'étudier l'espace et sa structuration, nous sommes allés puiser dans les travaux de Antony Giddens, Henri Lefebvre et Martin Heidegger principalement. La méthodologie de recherche utilisée combine à la fois une analyse documentaire des cinquante dernières années et les entrevues de vingt-trois participants, soit 4 gestionnaires et de 19 médecins précepteurs du campus Outaouais. Les récits recueillis ont permis de mettre en exergue trois phénomènes de structuration du projet (-soin). La structuration fondamentale est l'effet de l'agencement de trois thèmes, les approches de la philosophie de la médecine, de la philosophie des soins et du contexte socio-historique sur le « penser-bâtir-habiter » des parties prenantes au projet, une sorte de bagage *a priori* au projet à venir. À cela s'ajoute la structuration horizontale, c'est-à-dire le devenir et l'histoire du projet, qui se compose autour des trois périodes déterminées (1970-1985, 1985-2000, 2000-2022), et qui nous est rapportée grâce aux témoignages des participants. Ces derniers, dans leur quotidien, se déplacent sur des chemins sur lesquels ils opèrent des allers-retours en y déposant des repères qui font office de préludes à un espace projet. Le troisième et dernier phénomène est celui de la structuration verticale. Ce dernier explique comment le projet, enchâssé dans un contexte organisationnel, est structuré par et structure ce même contexte. Finalement, au niveau des différentes phases du cycle de vie des projets que propose le *Project Management Institute*, ces phénomènes de structuration nous ont permis de suggérer qu'il pourrait y avoir, dans la phase initiale du cycle de vie, un moment que nous avons qualifié d'*ante* projet qui précède le lancement dudit projet, du moins dans le projet de formation médicale fondamentale délocalisée.

Mots clés :

Martin Heidegger, Henri Lefebvre, espace, structuration, gestion de projet

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier, en tout premier lieu, le Prof. Jacques-Bernard Gauthier qui m'a proposée cette aventure incroyable. Il m'a accompagnée, en fin pédagogue et académicien hors norme, tout au long de ce parcours. On ne peut souhaiter un meilleur directeur de thèse.

Je remercie également les membres du jury, Prof. Julie Bérubé, Prof. Martin Noël et Prof. Lavagnon Ika pour leur précieuse implication dans la lecture et l'évaluation de ce travail. Je tiens aussi à remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué à cette recherche, tout particulièrement les gestionnaires et les médecins précepteurs au CISSS de l'Outaouais qui participent à la formation des futurs praticiens.

Mes remerciements vont finalement à ma chère famille. Merci à mes parents, Cécile et Marc qui, d'aussi loin que je me souviens, m'ont toujours encouragée. À Florence et Antonin, vous êtes mon inspiration et ma fierté. Enfin à André, qui m'a appuyée et soutenue durant toutes ces années, sans toi je n'y serais jamais arrivée.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	ii
Remerciements	iii
Table des tableaux et figuresxi
Liste des siglesxiv
Note liminaire	xvi

PROBLÈME DE GÉNÉRAL DE LA RECHERCHE

Chapitre 1 Contextes historiques et philosophiques de la santé et des soins : 2 points d’ancrage d’une recherche sur le projet	
Question de la « santé »: un point de vue (socio-)historique	3
Trois pôles d’influences dialectiques dans le système de santé et ses projets . . .	8
Pôle de la philosophie de la médecine : deux grandes postures épistémologiques	8
Pôle de la philosophie des soins : le soin comme médium à la santé . . .	16
Pôle des enjeux socio-organisationnels autour des soins de santé : penser le social et ses enjeux	22
Chapitre 2 Problème générale de la recherche : quand les machines à guérir deviennent des machines à projets	29
Objectif général de la recherche : la relation de soin ou le retour vers une vision canguilhémienne des projets en santé et en corollaire le projet (-soin)	33

PROBLÈME SPÉCIFIQUE DE LA RECHERCHE

Chapitre 3 La gestion de projet et le soin, la santé et l'espace	39
État des écrits scientifiques en gestion de projet sur la santé, le soin, le patient et l'espace	44
Première question : la conceptualisation du soin en gestion de projet	44
Corollaire à la première question : le patient comme partie prenante à la conceptualisation du soin en gestion de projet	49
Les courants de pensée en gestion de projet et rapprochement avec les philosophies de la médecine	53
La tradition en gestion de projet	53
Le courant critique en gestion de projet	55
Croisement entre les courants de pensées en gestion de projet et les postures philosophiques de la médecine	57
Deuxième question : la conceptualisation de l'espace en gestion de projet	62
L'espace en gestion de projet selon la tradition	65
L'espace en gestion de projet selon le courant critique	66
Chapitre 4 La théorie de la structuration de Giddens : vers une conception étriquée de l'espace projet (-soin)	68
La théorie de la structuration dans ses grandes lignes	68
L'espace selon Giddens	73
Objectifs spécifiques de la recherche	76

CADRE CONCEPTUEL

Chapitre 5 Bâtir une architecture conceptuelle de l'espace projet (-soin) en tant qu'« être-au-monde », « de relation avec le temps à venir » et « d'espace à recréer »	80
Lefebvre et Heidegger : d'autres façons de concevoir la structuration de l'espace	80
La conceptualisation de la production spatiale des projets en santé : espace projet-soin	89

DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Chapitre 6 L'étude de cas comme stratégie de recherche	97
Le cas du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill	98
Stratégie d'échantillonnage des participants	104
Méthodes de recherche	107
Entrevues	107
Considération éthique	108
Documents publics, organisationnels et médiatiques comme unités d'analyse	108
Analyse du contenu du matériau	112

RÉSULTATS

Chapitre 7 Le projet de formation médicale fondamentale délocalisée (FMFD) au campus Outaouais de l'Université McGill	118
Contexte historique de la santé en Outaouais	119
La gestion du projet formation médicale fondamentale délocalisée (fmfd)	

au campus Outaouais de l'Université McGill	120
La faisabilité du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill	123
La conception projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill	130
Risques	131
Coûts	135
Échéancier (planification)	136
La réalisation projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill.	137
Le déploiement du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill	141
La clôture projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill et évaluation de ses retombées	142
Chapitre 8 La production de l'espace projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill	147
Les connaissances a priori : exploration de la structuration des fondements de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill	148
Première période de 1970 à 1985.	151
Le contexte politique	151
Contexte régional : l'Outaouais	155
Deuxième période de 1985 à 2005.	159
Le contexte politique	159
Contexte régional : l'Outaouais	169

Troisième période de 2005 à 2022.	170
Le contexte politique.	170
Contexte régional : l’Outaouais	174
Conclusion	176
Structuration horizontale projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l’Université McGill.	178
L’époque 1970-1985, le « penser – conçu »	180
L’époque 1985-2000, le « bâtir – perçu »	181
L’époque 2000-2020, l’« habiter – vécu »	184
Conclusion	186
Structuration verticale projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l’Université McGill.	188
Conclusion	195

DISCUSSION

Chapitre 9 Retour réflexif sur les résultats	198
Retour réflexif sur les phases du cycle de vie du projet de formation médicale fondamentale délocalisée.	199
Retour réflexif sur les fondements épistémologiques de l’objet à projet comme enjeux à la définition des projets dans le secteur de la santé	211
Premier niveau herméneutique	218
Deuxième niveau herméneutique	222

Retour réflexif sur l'architectonique spatio-temporelle lefebvrienne et heideggérienne des projets en santé	227
--	-----

CONCLUSION

Résumé de la recherche	239
Rigueur et limites de la recherche	241
Contribution de la recherche	244
Contributions scientifiques	244
Contributions pratiques	248
Recherche future	248

RÉFÉRENCES	250
Appendice A Schéma d'entrevue médecine précepteur	281
Appendice B Schéma d'entrevue gestionnaire	284
Appendice C Formulaire de consentement médecin précepteur	286
Appendice D Formulaire de consentement gestionnaire	290

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux

Tableau 1	Différentes représentations de l’hypertension selon les approches philosophiques	15
Tableau 2	Classification des 82 articles scientifiques retenus et portant sur la gestion de projet et la santé	45
Tableau 3	Comparatifs des résultats de la recension des écrits effectuée par Afzal et Gauthier (2017) et celle de la présente thèse	49
Tableau 4	Classification des 27 articles scientifiques retenus et portant sur la gestion projet et la santé et les patients	51
Tableau 5	Croisement des approches philosophiques de la médecine et les courant de pensée en gestion de projet	59
Tableau 6	Classification des 34 articles scientifiques retenus et portant sur l’espace en gestion de projet	63
Tableau 7	Ancrage ontologique de la production de l’espace projet(-soin) : Lefebvre et Heidegger	84
Tableau 8	Liste des sources documentaires	109
Tableau 9	Les différents ancrages possibles du projet	224

LISTE DES FIGURES

Figures

Figure 1	Influences des dialectiques dans le système de santé et ses projets	3
Figure 2	Frise historique des perspectives philosophiques de la médecine	9
Figure 3	Synthèse conceptuelle des approches philosophiques	20
Figure 4	Dualité du structurel : focus mis sur la bulle au centre de la figure 1 – « système de santé et ses projets »	33
Figure 5	Algorithmes du dépouillement de la ressource électronique ABI/INFORM Collection : 1979 au 31 décembre 2022	44
Figure 6	Adaptation française des composantes de la dualité du structurel. Tiré de Giddens (1984) p. 29	69
Figure 7	Structuration des projets selon Manning (2008)	72
Figure 8	Structuration : la perspective synchronique de Lefebvre	81
Figure 9	Trialectique de Lefebvre (adaptation de Pugalis, 2009, p. 80)	88
Figure 10	Production de l'espace projet (-soin)	91
Figure 11	Portefeuille de projets pilotés par le Consortium : Campus Santé Outaouais	101
Figure 12	Production de l'espace projet (-soin) : catégories et sous-catégories	114
Figure 13	Les six étapes d'analyse du matériau (inspirées des figures 4.1 et 5.1 de Kuckartz et Rädiker, 2023)	116
Figure 14	Plan de l'étage (2 ^e) de la faculté de médecine.	139
Figure 15	Développement incrémentiel du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill . . .	145
Figure 16	Frise historique du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill	177

Figure 17	Exemple de structuration horizontale (temporelle) chez deux participants	187
Figure 18	Exemple de l'effet structurant du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill . .	192
Figure 19	Production de l'espace-projet via les phénomènes de structuration	208
Figure 20	L'espace déjà habité du projet	209
Figure 21	Représentation temporelle des deux conceptualisations d'un projet	215
Figure 22	Mondes de l'objet projet	221
Figure 23	Contribution épistémique	222
Figure 24	Le cercle herméneutique du projet	226
Figure 25	Regard thématique de l'ontologie de projet	234

LISTE DES SIGLES

ASSS : Agences de la santé et des services sociaux

CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal

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

CISSS : Centre intégré de santé et des 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

CUSM : Centre universitaire de santé McGill

ELMF : Expérience longitudinale en médecine familiale

FFMMD : Formation fondamentale en médecine et médecine dentaire

FMFD : Formation médicale fondamentale délocalisée

FMOQ : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

GMF : Groupe de médecine familiale

GMF-U : Groupe de médecine familiale universitaire

IPS : Infirmière praticienne spécialisée

NGP : Nouvelle gestion publique

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

PMBok : Project Management Body of Knowledge

RRSSS : Régies régionales de santé et de services sociaux

RUISS : Réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux

TPC : Transition vers la pratique clinique

UMF : Unité de médecine familiale

UQO : Université du Québec en Outaouais

NOTE LIMINAIRE

D'entrée de jeu, il apparaît important de préciser notre posture ontologico-épistémique. Notre recherche doctorale porte essentiellement sur le projet comme « [...] façon originaire d'être-au-monde, c'est-à-dire d'entrer en relation avec le temps à venir, avec l'espace à recréer » (Boutinet 1986, p. 16). C'est ainsi que l'objet de recherche de la présente thèse est le projet comme espace organisé socialement et non l'ingénierie du projet (gestion de projet) en tant que telle. Conséquemment, cette recherche cadre avec ce que Geraldi et Söderlund (2018) nomment les *Project Studies*. La proposition des auteurs, inspirée de la notion des études d'organisations – *organizational studies* – est de vouloir fédérer sous un même toit les recherches sur, dans et autour des projets. Ce faisant, ils préconisent un champ de recherche inclusif et diversifié qui met en perspective trois types d'analyse. Le premier type, issu de la tradition positiviste, a pour intérêt de résoudre les problèmes d'organisation de projet et d'en augmenter l'efficacité et l'efficience. Le deuxième type est celui de la recherche interprétative qui explore les perceptions et les comportements en considérant le monde en termes de réseaux complexes. Finalement, le troisième type, celui de la recherche émancipatrice, est mu par un intérêt émancipateur et un désir pragmatique de modifier le statu quo en réorganisant les contradictions inhérentes aux organisations ou en s'attaquant aux grands problèmes économiques et sociaux. Ce dernier type relie les types 1 et 2 et se rapporte à des problèmes qui ne se trouvent pas dans les études de projets ordinaires, mais au-delà. La présente thèse s'inscrit au niveau 2 du troisième type d'analyse : « contribution to project studies and beyond, e.g. our

understanding of organisations and organising practices more generally » (J Geraldi & Söderlund, 2018). Geraldi et Söderlund (2018) nous¹ offrent, à travers les *Project Studies*, la possibilité de considérer le projet dans le domaine de la santé et en corollaire le projet-soin comme un objet légitime de recherche au point d'en faire une thèse et, conséquemment, contribuer à l'avancement des théories et des débats du champ du *Project Studies* (J. Geraldi, Söderlund, & Marrewijk, 2021).

La démarche méthodologique que nous empruntons s'inscrit dans les suites de la méthodologie réflexive telle que proposée par Alvesson et Sköldbberg (2018) ainsi que Cunliffe (2003, 2009). Comme suite à la présentation des résultats, un exercice de réflexivité sera donc entrepris en discussion sur deux actes de colloque et les présentations qui s'en sont suivit : d'une part à l'Euram 2018 - « Epistemological foundations of the objet-à-projet as a factor in the definition of projects: the case of project management in the health services sector » -, et d'autre part au 9^e congrès international du *Making Project Critical* - « Health projects examined through the magnifying glass of Lefebvre and Heidegger's space-time architecture ».

¹ Note au lecteur, l'emploi du pronom « nous » désigne une seule personne, l'auteure elle-même.

PROBLÈME GÉNÉRAL DE LA RECHERCHE

CHAPITRE 1

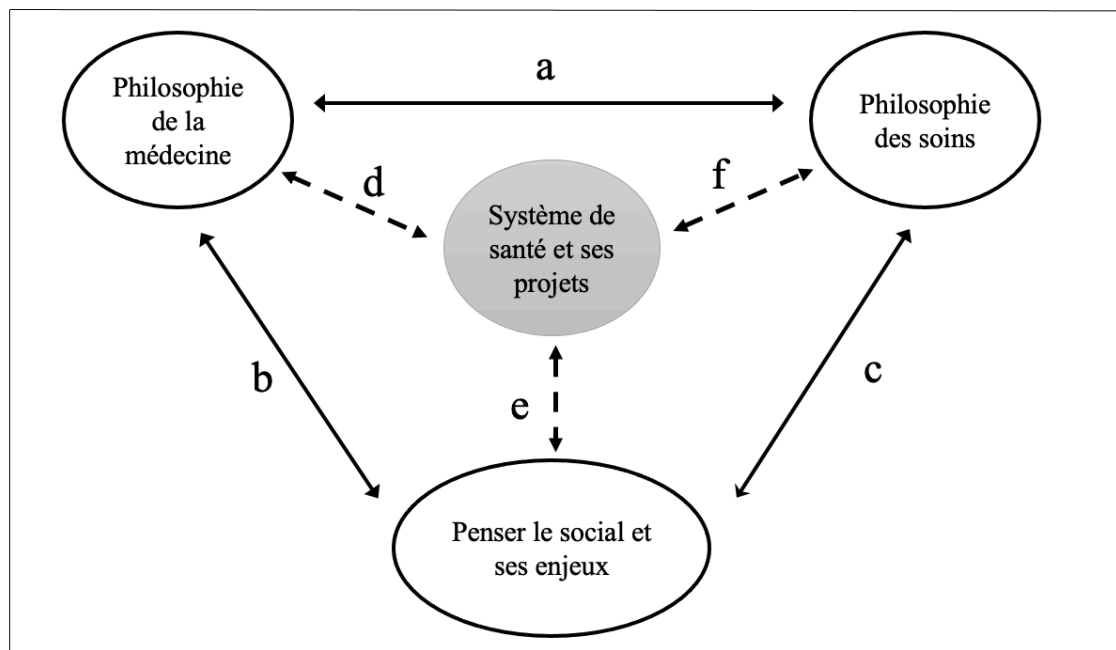
CONTEXTES HISTORIQUES ET PHILOSOPHIQUES DE LA SANTÉ ET DES SOINS : POINTS D'ANCRAGE D'UNE RECHERCHE SUR LE PROJET

La santé, et le soin comme activité en découlant, est au cœur de la présente recherche. Terme polysémique, s'il en est, la santé est définie par des grilles culturelles qui lui confèrent un caractère arbitraire selon les lieux et les temps (Guillec, 1990). Cela dit, avant de s'appesantir sur un problème général de recherche ayant une visée « santé », encore faut-il savoir à quelle déclinaison de la définition de la santé il est fait référence.

Dans la première partie de ce chapitre, nous allons faire une analyse sociohistorique des définitions de la santé. Ensuite, le même exercice sera entrepris, mais cette fois en empruntant les différents points de vue philosophiques en médecine. À partir de là seront mises en exergue deux postures de soins comme véhicule à la santé. C'est là que s'ancre notre recherche sur le plan social et organisationnel : le soin prend de plus en plus la figure du projet. Disons-le autrement, la façon de concevoir le projet (celui-ci par un vaste système de santé) est tributaire de la posture philosophique, de la définition que nous retenons de la santé (et du soin) et de la manière de penser le social et ses enjeux sociaux autour de la santé. La structure argumentaire sous-tendant le présent chapitre est illustrée par la figure 1. Au terme de ce tour d'horizon historique, philosophique et socio-organisationnel sur la santé et son corollaire, le soin, est présenté le problème général de la présente thèse ainsi que l'objectif général poursuivi.

Figure 1

Influences des dialectiques dans le système de santé et ses projets



Question de la « santé » : un point de vue (socio-)historique

Loin d'être simple, la santé se conçoit différemment selon les cultures et les époques. En accord avec sa théorie fonctionnaliste, Parsons (1964) propose un examen de la santé en tant que fonction sociale, la définissant comme un état qui permet d'accomplir de façon optimale des tâches (socialement) valorisées. La santé a été longtemps envisagée comme une notion que la raison ne pouvait appréhender, comme le faisait remarquer Canguilhem (1966/2015). Alors, comment définir la santé? Bien évidemment, nous ne sommes pas les

premiers à poser la question. Gadamer (1998) dans son livre *Philosophie de la santé* propose une réponse :

La santé n'est pas une chose que l'on fabrique. Mais qu'est-ce que la santé? Pour la science, elle représente un objet de recherche; pour nous, elle devient un objet problématique dès que nous sommes sujets à un trouble physique, s'agit-il, dans ces deux cas, du même objet? Mais quoi qu'il en soit, l'objectif suprême a toujours été d'être en bonne santé et d'oublier ainsi que l'on est en bonne santé (p. 7).

Gadamer met en scène différentes avenues qu'il rattache aussi à une question philosophique du fait que la santé questionne l'essence même de l'homme. La santé est une question critique de l'homme sur l'homme, une question incontournable au sens où « le souci de la santé de chacun est un phénomène originel de l'être humain » (Gadamer, 1998, p. 9). Le mystère de la santé se situe dans son intériorité, dans son caractère rigoureusement privé. La santé de chacun demeure un mystère pour les autres. Par conséquent, nul ne peut prétendre distinguer la santé de la maladie ressentie.

La santé est « sans idée, à la fois présente et opaque » (Canguilhem, 2002, p. 63). Pour le sens commun, la santé, c'est le contraire de la maladie, d'être en bonne santé, c'est « ne pas être malade ». Une définition de la santé finit souvent par dépendre de celle de son contraire, la maladie, parce que seule la maladie existe comme *événement*, alors que la santé, disait Gadamer (1998), se trouve « dans un lieu caché » (p. 114). Pour reprendre les mots du chirurgien René Leriche, la santé, c'est « la vie dans le silence des organes » (Bézy, 2009, p. 47). Ce silence des organes est la condition pour que la vie, avec son mouvement, son bruit, ses couleurs, s'exprime pleinement. Canguilhem (1966/2015)

apporte quelques nuances : « [l]a santé, c'est l'innocence organique. Elle doit être perdue, comme toute innocence, pour qu'une connaissance soit possible » (p. 76). Silencieuse, insensible, latente, innocente, la santé n'est reconnue qu'au moment où on la perd. Elle échappe à l'objectivation, non pas seulement parce qu'elle est silencieuse ou latente, mais parce qu'elle est par essence subjective. C'est encore Canguilhem (1966/2015) qui l'affirme : « Être en bonne santé, c'est être capable d'assumer la maladie, comme d'ailleurs la puberté, le vieillissement, le changement, l'angoisse, la mort » (p. 76). En conférant à la bonne santé la capacité d'assumer la maladie, Canguilhem opère un renversement considérable. La santé n'est plus le contraire de la maladie, pas plus que la maladie n'entame la santé. Canguilhem ruine ainsi ici tout espoir d'objectiver la santé. Pour reprendre les idées de Gadamer (1998), la santé échappe donc à notre objectivité, car elle est vécue comme un oubli du corps. Comme Gadamer (1998), nous puisons chez Platon² pour enrichir notre conception de la santé. D'abord dans le *Phèdre* (270), texte où Platon met en scène Socrate qui compare l'art oratoire à l'art de la médecine :

Socrate.
Il en est de la rhétorique comme de la médecine.

Phèdre.
Explique-toi.

Socrate.
Ces deux arts demandent une analyse exacte de la nature, l'un de la nature du corps, l'autre de la nature de l'âme, si toutefois tu ne veux pas prendre pour guide la routine et l'expérience toutes seules, mais demander à l'art ses lumières, pour donner aux corps la santé et la force par les remèdes et par le

²L'œuvre de Platon fait référence à la santé, la médecine et son art dans plusieurs textes, entre autres : *Charmide*; *Clitophon Du Juste*; *La République*, pour ne nommer que ceux-ci.

régime, pour faire entrer dans les âmes la persuasion et la vertu par de sages discours, d'utiles enseignements.

Ce texte nous amène à un autre extrait du corpus platonicien, repris maintes fois en philosophie de la médecine, les *Lois*, livre IV (720) (Brisson, 2008). Ces dernières mettent en scène un dialogue entre Platon (l'Athénien) et le Crétois (Clinias) sur la pratique de la médecine :

L'Athénien.

[...] Et comme les médecins traitent les maladies, celui-ci d'une façon, celui-là d'une autre [...]. Que veux-je dire? Vous savez qu'il y a deux sortes de médecins, les médecins proprement dits, et des gens à leur service à qui l'usage donne aussi le nom de médecins.

[720b] Clinias.

Oui.

L'Athénien.

Ceux-ci, soit qu'ils soient libres ou esclaves, n'apprennent leur art que par routine, en exécutant les ordres de leurs maîtres et en les voyant faire, et non par vocation naturelle, comme les hommes libres apprennent un art et comme ils l'enseignent à leurs enfants. Reconnais-tu ces deux espèces de médecins?

Clinias.

Qui ne le ferait?

L'Athénien.

Les malades dans les villes sont libres, ou esclaves; [720c] or as-tu remarqué que les esclaves se font traiter ordinairement par leurs pareils, qui font la médecine en courant par la ville et en restant dans la boutique de leurs maîtres? Ces sortes de médecins n'entrent dans aucun raisonnement avec le malade au sujet de son mal, et ne souffrent pas qu'il en raisonne; et après avoir prescrit en vrais tyrans, et avec toute la suffisance de gens habiles, ce que la routine leur suggère, ils le quittent brusquement pour aller à un autre esclave malade, déchargeant ainsi leurs maîtres d'une partie [720d] des soins de leur profession. Au contraire, le vrai médecin ne visite et ne traite guère que les malades de condition libre comme lui; il s'informe, ou d'eux-mêmes ou de leurs amis, de l'origine et du progrès du mal; il demande au malade

toute sorte d'éclaircissements, l'instruit à son tour, autant qu'il est en son pouvoir, ne lui prescrit point de remèdes qu'il ne l'ait auparavant déterminé par de bonnes raisons à les prendre; et c'est toujours par la persuasion et la douceur [720e] qu'il tâche ainsi de le rendre peu à peu à la santé. Quel est à ton avis le meilleur de ces deux médecins?

En plus de présenter deux façons de faire la médecine – celle des hommes libres et celle des esclaves –, cet extrait des *Lois*, livre IV, montre le rapprochement que fait Platon entre la médecine et la politique. Les deux pratiques qui sont illustrées ici sont la persuasion et la contrainte. Dans ses *Lois*, sur la constitution d'une cité juste, Platon démontre habilement comment la médecine est intrinsèquement liée à la politique et, qu'inversement, la politique a une dimension thérapeutique. Tout comme il doit se faire persuader du bon sens des politiques, l'être libre doit consentir de façon éclairée à son soin. À l'inverse, l'esclave doit se contenter d'obéir à ce que le médecin lui prescrit sans dire un mot. Étrangement, ce dialogue demeure, encore aujourd'hui, d'une étonnante actualité. La pratique de la médecine platonicienne trouve ici écho avec l'une des approches philosophiques de la médecine de penseurs contemporains (Canguilhem, 1966/2015; Gadamer, 1998) où la parole est un dialogue entre le médecin et le malade et possède une valeur thérapeutique.

La lecture des deux formes platoniciennes de pratique de la médecine nous amène à poursuivre notre questionnement en examinant les approches philosophiques fondatrices de la médecine moderne. La compréhension des différents courants de pensée en philosophie de la médecine permet de mieux apprécier les positions observées par les différents acteurs en santé. D'ailleurs, ces positions seront au cœur de la présentation de nos résultats. L'intention ici n'est pas de faire une présentation exhaustive de tout ce qui

s'est écrit sur la philosophie de la médecine³. Notre objectif à cette étape du chapitre est de dégager et de présenter les deux grandes approches épistémologiques de la médecine : le naturalisme/objectivisme et le normativisme/interprétativisme⁴. Ces notions étant empruntées à Giroux (2010) vont nous permettre de conceptualiser les projets au cœur du système de santé et les dialectiques leur donnant vie. Autrement dit, dans les suites de ce premier chapitre, nous allons nous intéresser aux influences dialectiques de la philosophie de la médecine, de la philosophie des soins et de la manière de penser le social et les enjeux en découlant sur le système de santé et ses projets (voir figure 1). Mais avant toute chose, il faut bien circonscrire ce que nous entendons par la philosophie de la médecine (la bulle en haut à gauche de la figure 1), la philosophie des soins (la bulle située toujours en haut de la figure 1, mais cette fois à droite) et le penser le social et ses enjeux (la bulle au bas de la figure 1).

Trois pôles d'influences dialectiques dans le système de santé et ses projets

Pôle de la philosophie de la médecine : deux grandes postures épistémologiques

Au cours de l'histoire de la médecine, différentes perspectives philosophiques de la médecine et de la santé vont être proposées. Nous illustrons, à la figure 2, la frise historique des principaux penseurs, médecins et philosophes, qui au fil des années ont

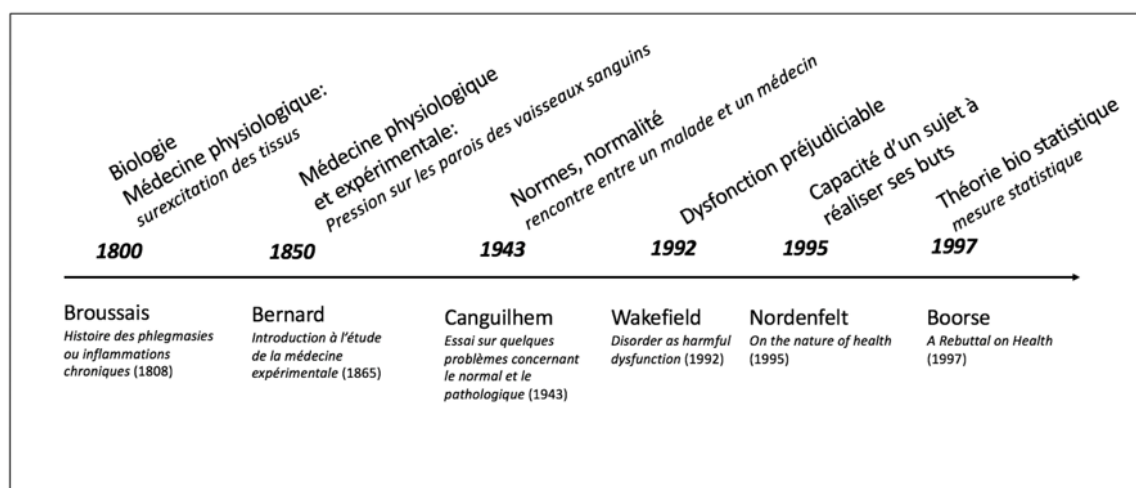
³Ni sur les découvertes scientifiques d'importance, comme celles du système circulatoire, du système respiratoire et de la découverte des micro-organismes.

⁴Pour alléger le texte, lorsque nous parlerons de naturalisme/objectivisme nous emploierons le terme de naturalisme seul; de même, pour le normativisme/interprétativisme, nous utiliserons le terme de normativisme.

laissé leurs marques et qui vont nous permettre de dégager deux grandes approches épistémologiques de la médecine.

Figure 2

Frise historique des perspectives philosophiques de la médecine



Au siècle dernier, la production des savoirs en médecine prend source dans les travaux d'un médecin physiologiste, élève de Bichat et de Pinel, François Broussais. Ses travaux sont considérés comme les fondements d'une médecine « physiologique ». Pour Broussais, l'essentiel de la physiologie consiste dans l'observation médicale des organes et de leurs modificateurs. Ce dernier transforme ainsi le sens de la maladie, qui au lieu d'être pensée comme une entité spéciale importée d'une réalité extérieure à l'organisme, est un symptôme d'une réalité dérangée dans son fonctionnement normal (Le Blanc, 2005). Selon le principe de « Broussais », la maladie doit être pensée « dans l'excès ou le

défaut de divers tissus, au-dessus ou au-dessous du degré qui constitue l'état normal⁵ ». Cette façon de considérer la maladie, publiée en 1928 dans « L'irritation et de la folie », plaît à un de ses contemporains. D'ailleurs, Auguste Comte, qui développe l'idée des sciences positives, y voit une façon de penser la société sur le modèle de la physiologie (Marquer, 2017).

Toujours dans l'optique d'une posture positiviste et quelques dizaines d'années après Broussais, Claude Bernard affirme « pouvoir déterminer expérimentalement les normes physiologiques et en inférer quantitativement le pathologique » (Giroux, 2010, p. 20). Aussi médecin et physiologiste français, Bernard, dont les travaux visaient l'élaboration d'une théorisation objective de la santé, est considéré comme le fondateur de la médecine expérimentale. À l'époque de Bernard, l'influence de la physique newtonienne sur la biologie était telle que le monde se devait d'être totalement déterministe (Braunstein, 2009). C'est ainsi que pour l'auteur des *Principes de médecine expérimentale* (Bernard, 1865), l'admission d'un fait sans cause, c'est-à-dire indéterminé dans ses conditions d'existence, n'est ni plus ni moins que la négation de la science. Si Claude Bernard tient ce discours, c'est parce qu'il refuse l'idée de tout principe vital qui serait indépendant des conditions physico-chimiques qui sont propres à la maladie. Pour lui, il y a continuité entre le normal et le pathologique, car la maladie n'est pas un état nouveau,

⁵Broussais demeure une des références majeures du positivisme au XIX^e siècle.

qualitativement différent de l'état normal, mais une variation quantitative d'un processus normal, un simple écart par rapport à une norme⁶.

En 1943, la possibilité de ne réduire la médecine qu'à une science objective est remise en question par Georges Canguilhem, philosophe devenu médecin qui, avec l'introduction de ses concepts du normal et du pathologique (et des concepts adjacents de santé, maladie, moyenne, normalité), place la santé et la maladie dans leurs perspectives historiques (Pénisson, 2008, p. 10). Le vivant est le créateur de ses propres normes, et le concept de maladie s'applique à la totalité subjective de l'individu dans son rapport avec le milieu. Être malade pour Canguilhem, c'est l'ensemble de notre rapport à la vie qui change et jamais seulement une partie objective que l'on pourrait isoler. Il s'agit d'un changement de philosophie du soin que Canguilhem (1966/2015) met de l'avant. Il revisite le concept de norme afin de faire une place à la subjectivité dans la relation individuelle entre le malade et le soignant. Canguilhem ne définit pas la santé et la maladie comme contraires l'une de l'autre, mais comme des expériences sur le même axe de normativité, le vivant ayant le pouvoir de créer, d'inventer de nouvelles normes (Debru & Deltin, 2005, p. 119).

Plus récemment, le philosophe américain Wakefield (1992) avance l'idée qu'un état pathologique doit non seulement entraîner un préjudice à l'individu, mais doit en plus

⁶ « Les manifestations physico-chimiques ne changent pas de nature suivant qu'elles ont lieu au dedans ou au dehors de l'organisme, et encore suivant l'état de santé ou de maladie. [...] Il ne saurait y avoir une chaleur physique et une chaleur animale, et encore moins une chaleur morbide et une chaleur physiologique. La chaleur animale morbide et la chaleur physiologique ne diffèrent que par leur degré et non par leur nature. [...] Il faut reconnaître partout la continuité des phénomènes. » (Bernard, 1876, p. 394).

faire intervenir un dysfonctionnement biologique, ce à quoi il donne le nom de « Harmful distinction analysis » ou HDA. Reconnaisant qu'un dysfonctionnement biologique est nécessaire, mais non suffisant pour conclure à la présence d'un état pathologique, Wakefield soutient que le tort ou le préjudice causé à l'individu sera déterminant à la démarcation entre un état de santé ou un état de maladie. Ce faisant, les valeurs jouent un rôle indéniable dans ce processus.

Pour sa part, Nordenfelt propose de voir la santé comme un concept holistique, ce à quoi il donne le nom de « Holistic Theory of Health ». Prenant appui sur les travaux d'auteurs tels que Galen, Parsons, Canguilhem et Pörn, sa théorie met en relation le concept de santé avec la capacité d'atteindre un certain nombre de buts vitaux, dont il cherche à identifier les conditions minimales généralement partagées entre les individus (Méthot, 2016) ; autrement dit, de quoi une personne en bonne santé doit-elle être capable.

A person *A* is completely healthy, if and only if, *A* is in a mental and bodily state, given standard circumstances, which is such that *A* has the second-order ability to realise all his or her vital goals, i.e. the states of affairs which are necessary and together sufficient for *A*'s minimal happiness in the long run. (2007, p. 10)

Pour Nordenfelt, les buts ne sont pas de nature biologique ou organique, mais font ici référence à l'individu dans son entièreté, d'où l'aspect holistique de la théorie.

Enfin, dans une tout autre perspective que les précédentes, Christopher Boorse (1975, 1977, 2014) avance que la santé et la maladie sont deux concepts dont la relation est mutuellement exclusive : la santé est habituellement définie comme l'absence de maladie

(Giroux, 2009; Méthot, 2016). Dans le but de développer un concept théorique neutre, il va s'appuyer sur la physiologie qu'il placera au centre des sciences médicales. La maladie n'est pas autre chose qu'un fonctionnement suboptimal pour l'espèce. Il développe une théorie biostatistique, de nature positivo-fonctionnaliste. Celle-ci s'appuie sur les deux concepts principaux : la fonction biologique et la normalité statistique. À ces deux concepts s'ajoutent les caractéristiques de l'espèce (animal). C'est en étant associé à un concept de fonction biologique que la normalité statistique définit adéquatement la normalité médicale. Autrement dit, suivant cette perspective, quelqu'un en bonne santé est quelqu'un dont le fonctionnement biologique correspond à celui de la majorité de son espèce selon sa classe de référence – sa tranche d'âge et son sexe – dans laquelle il se situe, c'est-à-dire la normalité statistique (Provencher, 2016). Toujours selon Boorse, les individus qui présentent un fonctionnement biologique en deçà ou au-dessus de la norme « statistique » (donc différent de la majorité) sont considérés comme anormaux sur le plan physiologique, donc malades. Le naturalisme de Boorse définit la santé comme un fait naturel qui se définit à partir des principes des sciences naturelles de la santé et de la maladie, de la physiologie et de la pathologie, d'où le nom de naturalisme (Lemoine, 2013).

De cette brève présentation, il est possible de regrouper les six approches présentées à la figure 2 sous deux grands parasols épistémologiques, à savoir le naturalisme et le normativisme.

Sous le naturalisme, nous regroupons Broussais, Bernard et Boorse qui ont en commun « la prétention à faire de la médecine une science à partir de deux définitions objectives de la santé : la définition physiologique et expérimentale et la définition statistique » (Giroux, 2010, p. 20). Comme nous l'avons souligné précédemment, la santé est celle de l'organe isolé, qui correspond à une valeur moyenne dictée par les lignes directrices de pratique et à l'absence de maladie. Quant au normativisme, représenté par Canguilhem, Wakefield et Nordenfelt, la santé est conçue selon une vision holistique, qui englobe la totalité subjective/interprétative de l'organisme, comprise en termes de normativité⁷ et non de normalité, la médecine étant un art au carrefour de plusieurs sciences, dans laquelle la guérison est l'atteinte d'un nouvel équilibre.

Dans le tableau 1 sont présentés les différents principes de chacune des approches en philosophie de la médecine que nous avons passées en revue. Pour faire ressortir les éléments distinctifs de chacune des approches, nous les avons cadrés dans un exemple particulier, soit celui de l'hypertension artérielle. Nous reviendrons au chapitre 3 sur les approches en philosophie de la médecine pour montrer la convergence entre ces dernières et les courants de pensée en gestion de projet. Aux chapitres 7 et 8, nous allons explorer les enjeux empiriques d'une telle convergence.

⁷La normativité désigne ici plus que l'autonomie interne de l'organisme, soit « ce par quoi le vivant se lie au milieu, devenant sujet du milieu grâce au choix de valeurs par lesquelles il transforme un milieu en son œuvre » (Le Blanc, 1998, p. 53).

Tableau 1

Différentes représentations de l'hypertension selon les approches philosophiques

Naturaliste/objectiviste (Biosociologique de Boorse)	Médecine : Segmentation, spécialisation, pathologie, physiologie, absence du malade, normalité, retour à l'état pré-maladie (guérison)	Auteur	Principe	Représentation de l'hypertension artérielle
		Broussais	Surexcitation d'un tissu	Stimulation excessive du tissu nerveux qui fait monter la pression
		Bernard	Pression sur les parois des vaisseaux sanguins	Mesure invasive pour prendre une mesure de la pression, du volume sanguin, etc., pour en connaître la valeur objective
		Boorse	Mesure statistique	Individu déclaré hypertendu (même sans symptômes apparents), car ses résultats excèdent ceux de la population du même âge et du même sexe
Normativiste/interprétativiste (Canguilhem)	Médecine : Holisme, totalité subjective/interprétative de l'organisme, colloque singulier médecin-malade, normativité, art au carrefour de plusieurs sciences, la guérison est l'atteinte d'un nouvel équilibre	Canguilhem	Rencontre entre un malade et un médecin	Individu se sent malade et va consulter un médecin pour qu'ils conviennent ensemble d'un traitement
		Wakefield	Préjudice et dysfonctionnement	Le diagnostic d'hypertension (écart par rapport à la population étudiée) module à la hausse les primes des assurances vie
		Nordenfelt	Conditions minimales empêchant la réalisation des buts vitaux	L'hypertension entraîne une incapacité et une souffrance car, par exemple, le coût des médicaments ampute sur les revenus familiaux

Pôle de la philosophie des soins : le soin comme médium à la santé

Jusqu'ici l'accent a été mis sur la santé, la médecine et leurs ancrages historiques. La philosophie médicale platonicienne nous a instruits sur la notion de l'individualité du soin, sanctionnée par le dialogue entre le patient et le médecin. Dans les faits, soin et santé sont couramment conjugués ensemble suivant le principe que le soin est le médium, le support à la santé. Klein (2008) fait état de la primauté donnée à la santé dans la société contemporaine dans laquelle « la santé est aux mains de tous, chacun peut, et doit, librement choisir les outils de sa santé au sein du marché luxuriant des pratiques de santé ».

La santé est devenue la norme du soin. La santé est devenue le filtre fondamental de lecture du monde et de soi par le sujet, la norme première du souci de soi et du soin qui en découle. La santé comme bien-être est prioritaire, mise en avant comme essence même de l'existence. (Klein, 2008, p. 224)

Comme mode d'existence, la santé, la grande santé disait Nietzsche⁸, est un enchaînement dynamique car le fait d'être vivant, c'est le fait d'être menacé par la vie – d'être menacé par la maladie – ce qui est le propre d'un individu qui a la possibilité de mourir⁹. Cette condition heideggerienne de l'être mortel est, pour le *Dasein*¹⁰, le « rendez-vous avec lui-même » (Heidegger, 1986, p. 250). Heidegger nous dit que le *Dasein* est

⁸En référence à la santé qui est à celui qui a expérimenté des formes de santé différentes. Elle est le résultat d'un travail, d'une éducation et jamais un bien acquis (Nietzsche, 1982, *Le Gai Savoir*, paragraphe 120).

⁹Le souci est d'être vers la mort. Nous avons déterminé la résolution en marche comme l'être propre envers la possibilité revêtant le caractère de la pure et simple impossibilité du *Dasein* (voir note de bas de page 8 pour une définition). En un tel être vers sa fin, le *Dasein* existe proprement en entier comme l'étant que, « jeté dans la mort », il peut être. Il n'a pas une fin à laquelle il cesse simplement, mais il existe en tant que fini. (*Être et Temps*, 1986, 329, p. 390)

¹⁰En allemand, *Dasein* est un mot ancien pour dire l'existence. Littéralement, il se traduit par « être là » mais Heidegger proposera de le traduire en français « être-le-là » pour mettre l'accent sur le rapport particulier à l'être qui caractérise l'être humain (Blanquet, 2012, p. 239).

ontologiquement défini par le souci et que celui-ci se décline en préoccupation et sollicitude. Le souci renvoie à une manière d'être, celle dans laquelle un individu est préoccupé par quelque chose, si bien que le « prendre soin » ou « se soucier de », la « sollicitude » (Fürsorge) est un mode de rapport aux autres. Plus précisément, le souci¹¹ est le fruit, l'expression, d'une sollicitude qui prend deux formes distinctes : soit la sollicitude « accaparante », soit la sollicitude « prévenante ».

Si l'on transpose ces deux formes de sollicitudes heideggériennes à la santé, la sollicitude accaparante, dominatrice et aliénante correspond à l'image que l'on peut se faire d'un modèle médical paternaliste (avec la « prise en charge » d'un patient). Dit autrement, notre investissement dans les autres est simplement subordonné à notre souci pour ce qui est à faire¹². Heidegger (1986) dit de cette forme :

[...] le souci mutuel admet deux possibilités extrêmes. Il peut en quelque sorte décharger l'autre du « souci » et, s'agissant de ce qui le préoccupe, prendre sa place en se *précipitant* à son aide. Ce souci mutuel se charge pour le compte de l'autre de ce dont il a lieu de se préoccuper (1986, p. 164).

¹¹À ce point-ci, nous désirons apporter une précision sur le vocabulaire utilisé pour désigner le soin et le souci dans les textes étudiés, de même que la traduction – latine, grecque, allemande ou anglaise – qui prévaut. Ainsi, certains auteurs vont parler du soin – *cura* (latin), *epimelia* (grec), *Sorge* (allemand), *care* (anglais) – ou du souci – *sollicitudo*, *merimna*, *Fürsorge* ou sollicitude – parfois sans en faire la distinction.

¹²Pour mettre en lumière cette dépossession que l'on fait subir à autrui, Babich (2016) donne cet exemple : « [on] le voit partout : un projet doit être accompli : quelqu'un est chargé de l'accomplir; il n'en est pas capable : quelqu'un d'autre s'en occupe – plus ou moins automatiquement, on ne pense pas, ainsi que l'entend Heidegger. Quelqu'un a besoin de quoi que ce soit : un autre l'entreprend. Les familles sans-abri de New York n'ont pas de foyer et ont faim : les services sociaux de New York développent un système pour leur procurer nourriture et logement, système qui les adjoint, malgré eux, au système social public. » (p. 29).

Quant à la sollicitude « prévenante », elle est libératrice et va vers l'autre sans prendre sa place; elle a comme objectif d'aider l'autre à restaurer son pouvoir être par lui-même :

À l'opposé, il y a la possibilité d'un souci mutuel qui ne se précipite pas tant à la place de l'autre qu'il n'*anticipe* sur lui en devançant sur lui son pouvoir-être existentiel, non pour le décharger du « souci », mais bien tout d'abord le lui restituer véritablement dans ce qu'il a de propre (Heidegger, 1927/1986, p. 164, l'italique est de l'auteur).

Quelle que soit la forme de l'actionnalisation que prend le souci, sollicitude « accaparante » ou « prévenante », elles sont réciprocité. Autrement dit, elles affectent autant celui qui sollicite que celui qui est sollicité (Walter, Jousset, Traisnel, Berrouiguet, & Lemey, 2019).

Autour de ces deux formes d'actionnalisation du souci, deux approches de soins peuvent s'organiser et corollairement, deux grandes conceptions des projets de soins peuvent être dégagées (comme nous le verrons au chapitre 2). D'abord une approche de soins dans laquelle le soignant est en relation de domination (sollicitude « accaparante »), de prise en charge du soin, ou bien une approche dans laquelle le soignant – le sollicité – et le soigné sont en relation d'égalité (sollicitude « prévenante »). Tomkins et Simpson (2015) mobilisent aussi le concept de sollicitude dans leur texte sur le « Caring Leadership », dans lequel ils exposent, toujours en prenant appui sur la philosophie de Heidegger, deux façons selon lesquelles le leadership peut s'exprimer et conséquemment donne un éclairage sur la manière de penser les projets en lien avec l'actionnalisation du souci. Le premier type de prestation de soin est substitutif : le soignant « saute dans », « leaps in » (einspringen) pour assumer la responsabilité d'une situation ou d'un problème

et le régler à sa guise (sollicitude « accaparante »). Cela implique de se mettre à la place de l'autre, aussi longtemps qu'il faudra pour que le problème soit résolu. L'emphase est sur la résolution du problème et non sur l'accompagnement de la personne concernée par le problème. Le deuxième type de prestation de soin est celui où le soignant « saute au-devant », « leaps ahead » (vorausspringen) du bénéficiaire du soin pour montrer la voie vers une gamme de possibilités. Cette façon de faire encourage le bénéficiaire de soins à se connecter à ce type de possibilités à sa manière, selon ses propres termes. Il s'agit donc d'un mode d'intervention plus suggestif, habilitant et facilitant. Il ne vise pas à concrétiser une action ou une solution spécifique, mais plutôt à ouvrir des options au bénéficiaire de soins (Tomkins & Simpson, 2015).

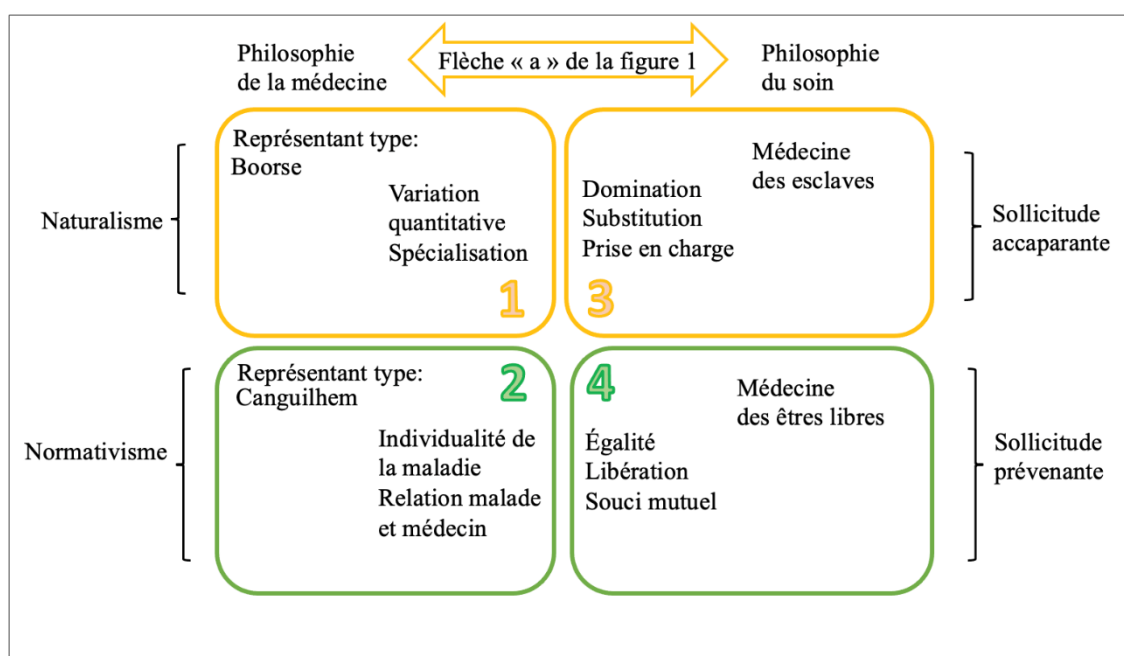
On retrouve dans les deux formes de sollicitudes un écho aux Lois de Platon présentées plus haut : le médecin des hommes libres préconisant un type de soins sur le mode de la sollicitude prévenante, du soignant qui « saute au-devant » et, à l'inverse, la médecine offerte aux esclaves s'appuyant sur une sollicitude accaparante, directrice, du soignant qui « saute dans ». Dit autrement, contrairement à la sollicitude prévenante « qui consiste à laisser être l'autre, c'est-à-dire à le laisser déployer par lui-même son propre “pouvoir-être” » (Dastur, 2009, p. 50), la sollicitude accaparante veut que le soignant se substitue à l'autre (au soigné), lui faisant, du même coup, violence.

La figure 3 fait la synthèse des approches de la philosophie de la médecine naturaliste/objectiviste et normativiste/interprétativiste, de leurs penseurs phares et de

leurs concepts clés, le tout conjugué (donc la flèche « a » de la figure 1 et à la figure 3) avec les formes de sollicitudes et leurs concepts clés.

Figure 3

Synthèse conceptuelle des approches philosophiques



L'attitude dominatrice et répressive du soignant au cœur d'une philosophie de sollicitude accaparante décrite précédemment n'est pas sans rappeler les écrits de Michel Foucault sur l'histoire des institutions au travers les prisons, les écoles et les hôpitaux dans *Histoire de la folie à l'âge classique* (Foucault, 1972). En effet, l'imposition au soin que l'on *projette*¹³ sur l'autre, ces règles que l'on pourrait qualifier de disciplinaires,

¹³Projeter (*pro* et *jet*) est issu de la déclinaison latine suivante du mot *projectum* : *projicere* qui veut dire « jeter vers l'avant ». Bien que les liens avec le projet soient longuement détaillés dans les suites du présent

s'inscrivent dans la pensée moderne de la clinique. Dans *Naissance de la clinique* (2015), Foucault explique comment le discours sur la maladie est produit par les institutions et que la clinique est avant tout un dispositif social et politique qui définit l'expérience subjective de la maladie (et par extension, celle du soin).

Afin de comprendre l'institutionnalisation de ces types de relations de soins de nos jours (et des projets en découlant) – la bulle au centre de la figure 1 –, il est important de s'intéresser d'abord aux enjeux qui ont cours dans ces institutions. Nous nous intéressons plus particulièrement à l'une d'elles, l'hôpital. En tant qu'institution sociale, l'hôpital est le théâtre de joutes de pouvoir entre les différents acteurs du monde de la santé. Il suffit de penser à toute la hiérarchisation des différents groupes de médecins¹⁴ qui sont hautement spécialisés et ayant une vocation élitiste d'enseignement universitaire et de recherche, car l'hôpital est « le » lieu sacro-saint du perfectionnement médical. L'hôpital

chapitre, nous pouvons déjà voir s'esquisser la conception des projets dans le système de santé tendu à la fois par une philosophie naturaliste de la médecine et une philosophie des soins de type « sollicitude accaparante ». Il s'agit de projet qui « industrialise » le parcours du patient répondant soit aux contingences structuro-fonctionnalistes du système de soin (de sorte à bonifier sa performance) ou encore à la défaillance des mécanismes physiologiques (le pathologique) du système biologique des patients (si ne n'est les deux à la fois).

¹⁴Au cours des deux dernières années de la plupart des programmes d'études en médecine, les étudiants entament la phase de formation appelée « externat ». L'externe travaille essentiellement à l'hôpital, dans une spécialité donnée, afin de parfaire ses compétences dans un vrai milieu médical au lieu du milieu universitaire. L'externe travaille de longues heures et a une tonne de responsabilités. De surcroît, il se trouve à l'échelon le plus bas de ladite « hiérarchie ». Il est là pour apprendre, donc il représente un fardeau pour les autres. Sa mission : faciliter la tâche à chacun dans l'espoir de faire bonne impression. Il relève des résidents qui se trouvent à l'échelon supérieur, lesquels sont en dessous des fellows et des médecins membres du personnel. Ne pas respecter la hiérarchie en passant par-dessus la tête d'un résident qui a fourni une directive pour s'en plaindre à un médecin pourrait par exemple conduire à des discussions et une ambiance de travail assez intéressantes. Bien que simplifié à l'extrême, cet exemple illustre bien un aspect du curriculum caché qu'il faut absolument connaître pour réussir en médecine. *Cet article a été publié sur la plateforme d'onboardMD dans le blogue de Reza Fakhrae à l'adresse [Med Student Gunner](#) 11 avril 2019 Consulté le 5 oct. 2019.*

s'est transformé au fil du temps, selon les enjeux, et il est, comme nous le verrons au chapitre 2, un incubateur de projets.

Pôle des enjeux socio-organisationnels autour des soins de santé : penser le social et ses enjeux

Dans les institutions de soins comme le sont les hôpitaux, les soins s'organisent autour d'un système complexe, qui nécessite et génère l'utilisation de techniques de plus en plus sophistiquées et dont les coûts croissent sans cesse. Malgré toutes les avancées sociales dont se sont dotés les pays riches, la baisse de la mortalité infantile ou l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé, la santé demeure l'une des grandes préoccupations de la population. Pourquoi en est-il ainsi? La réponse que suggère Guillec (1990) fait un portrait de la santé comme celui d'un « produit social défini par des grilles culturelles qui lui confèrent un caractère arbitraire selon les lieux et les temps, la maladie se trouvant être le produit d'une lecture de signes émis par les organismes et les comportements, "symptômes" privilégiés d'un code culturel établi par des savoirs traduisant les interdits, les tabous religieux, les mythes et les fantasmes de chaque société » (Guillec, 1990, p. 364).

Le sens que prend aujourd'hui « la santé » est le point pivot autour duquel tourne l'organisation des soins. Témoin des sentiments qui animaient la société au sortir de la Deuxième Guerre mondiale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose une définition de la santé qui se rapproche en quelque sorte de la vision comtienne ou encore

de celle de Nordenfelt qui vise à appréhender la santé au-delà d'une approche strictement physiologique ou médicale : « La santé est un état de bien-être physique, mental et social complet et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹⁵. » Cette interprétation « OMSienne » de la santé promeut la médecine plutôt comme un idéal « social » qu'une science abstraite et spécialisée (Braunstein, 2009). Debru et Deltin (2005) critiquent cette définition qu'ils qualifient d'abstraite et non probante :

[on] a là seulement une description qui peut être considérée comme contradictoire puisqu'elle décrit quelque chose qui, de fait, n'existe pas, comme si cela existait (un « état »). Or la santé n'est pas un état, c'est une capacité de rendre, de produire quelque chose à l'existence. (p. 119)

Par leur analyse, Debru et Deltin (2005) mettent en garde contre un modèle général et unique qui

[tend] à matérialiser un idéal normé, bien défini; ce faisant, elle risque de faire abstraction du fait que la santé est un concept relatif extrêmement variable. Sur le plan politique, la régulation de la société ne peut pas passer par un modèle unique, ce n'est pas possible, parce que cela contredit les réalités biologiques. Or, les réalités biologiques sont là -. c'est l'entretien de la diversité (p. 119)

Il est intéressant de voir que Debru et Deltin (2005), en allant puiser dans le concept de la diversité biologique, défiant ainsi le modèle unique de santé de l'OMS, rejoignent Canguilhem et son concept de normalité. La définition OMSienne de la santé qui « ne consiste pas seulement en une absence de maladie » nous renvoie à une vision boorsienne dans laquelle la santé est définie comme l'absence de la maladie. Est-ce donc que, pour

¹⁵ Extrait tiré du préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, telle qu'adoptée par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946; signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n° 2, p. 100) et entrée en vigueur le 7 avril 1948.

l'OMS, nul ne saurait être en santé s'il souffre d'une infirmité. Pourtant, Canguilhem (1966/2015) caractérise la santé par

[la] possibilité de dépasser la norme qui définit le normal momentané, la possibilité de tolérer des infractions à la norme habituelle et d'instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles. On reste normal, dans un milieu et un système d'exigences données, avec un seul rein. (p. 171)

Quant à la maladie, Canguilhem (1966/2015) lui donne la définition suivante : « une réduction de la marge des infidélités du milieu » (p. 132). Donc, un individu avec un seul rein peut sans doute ressentir du bien-être, ce sentiment général d'agrément et d'épanouissement que procure la pleine satisfaction des besoins de l'individu, sans qu'on lui en ajoute un deuxième, et qui plus est, il peut se dire en santé.

Comme on peut le voir, la définition de l'OMS pose plusieurs questions-problèmes, car la santé est devenue un enjeu sociopolitique de premier ordre pour les gouvernements dans les pays occidentaux : elle est une norme, un droit, un bien économique, voire un idéal. Il y a lieu de porter attention à la dimension politique dans la définition de la santé, car les concepts de santé et de maladie jouent un rôle normatif très important. En effet, les définitions données aux concepts de santé et de maladie peuvent, entre autres, servir à définir les institutions (et les projets en découlant), être au service de l'expertise juridique des compagnies d'assurances. Elles peuvent aussi bien intervenir dans l'orientation du financement de la recherche, influencer la médicalisation de la vie humaine (Méthot, 2016), voire influencer ou promouvoir l'instauration d'un biopouvoir (Foucault, 2004). Si la société demande à son système de soins d'être à la hauteur des attentes inspirées par la

définition de la santé de l’OMS, elle pourrait être déçue du résultat. D’abord, dans un système où règne une philosophie de la santé de type naturaliste, les attentes ne sont plus individuelles mais plutôt statistiquement déterminées par les lignes directrices des sociétés savantes, la santé correspondant dorénavant à l’atteinte de ces cibles. Par exemple, la tension artérielle systolique et diastolique utilisée comme exemple dans le tableau 1 doit être de « x », la valeur des triglycérides de « y ». Conséquemment, on favorise la consolidation d’une sollicitude accaparante institutionnalisée par les différents corps professionnels entraînant une déresponsabilisation de l’individu malade et les projets mis de l’avant dans le système de santé seront, comme nous le verrons plus loin dans cette thèse, conçus dans ce sens.

Ce désengagement est contraire à ce que Talcott Parsons considérait être le rôle de l’état et de celui du malade, le « sick role ». L’analogie que Parsons (1975) utilise est celle entre la richesse et la santé, où dans ce contexte, la santé est cruciale, car elle sous-tend la capacité de réussite économique (Varul, 2010, p. 75). Tout comme l’argent, la santé ne constitue pas une valeur en soi ni un pouvoir qui se trouve dans le corps; elle est une médiatrice des sujets sociaux. Parsons définit l’individu malade comme

[un] déviant, du fait que celui-ci ne peut plus répondre aux attentes normales à son endroit et suivre les règles de conduite accoutumées. Le malade impose à ceux qui l’entourent un nouveau comportement à son endroit, tant en ce qui concerne les soins corporels qu’il peut requérir que les attentions, le soutien moral, le support qu’il attend ou même exige de son milieu. (Rocher, 1972, p. 150)

Parsons évoque un contrat social dans lequel le don de vie que fait la société est remboursé par les individus par des contributions continues et par une conformité aux attentes sociales (Rocher, 1972). On remarque ici un écho avec ce que Foucault écrit dans *La Naissance de la clinique* (2015) au chapitre « La leçon des hôpitaux ». Il existe une fausse croyance, selon Foucault, dans la gratuité des soins fournis par l'État. Foucault (2015) soutient que le malade donne son corps, sans le savoir, à la science, car si on le soigne sans frais, le malade paie par les connaissances qui sont acquises grâce à lui.

L'homme souffrant ne cesse pas d'être citoyen. [...] L'histoire des souffrances auxquelles il est réduit est nécessaire à ses semblables parce qu'elle leur apprend quels sont les maux dont ils sont menacés. En refusant de s'offrir comme objet d'instruction, le malade « deviendrait ingrat parce qu'il aurait joui des avantages qui résultent de la sociabilité sans payer le tribut de la reconnaissance ». (p. 125)

C'est un fait que dans les hôpitaux, les enseignements aux futurs médecins sont faits auprès de patients malades, qui transmettent, consciemment ou non, un savoir sur leur état pathologique. Pour Timmermans et Tietbohl (2018, p. 210), « la médicalisation, pour la plupart des chercheurs issus du mouvement social constructiviste, reflète un jeu de pouvoir hégémonique biomédical qui réduit l'hétérogénéité sociale à l'essentialisme médical ». Le savoir est une affaire institutionnelle et non relationnelle et la médecine, pour Foucault (2015), n'est pas le médecin, mais l'institution. La maladie se pense en termes de fonction biologique d'organes malades, et non en termes d'individu et d'interprétations. Elle s'objective dans la performance chiffrée (une valeur de tension artérielle, de cholestérol sanguin), se découpe en spécialités et en processus, se répartit en services, et cette quantification a des conséquences sociales. Chauvenet (1973) réfère à

une « industrialisation » du travail en milieu hospitalier « où l'acte médical est décomposé en une série d'interventions complémentaires, effectuées par des ressources médicales spécialisées au sein d'unités techniquement différenciées » (p. 61). L'aspect économique semble prendre le dessus sur l'aspect social de la pratique médicale. Le progrès même de la médecine fait que nous pourrions retomber dans la médecine des esclaves, impersonnelle, muette, anonyme, pour des raisons qui tiennent de l'organisation : décomposition de la totalité du malade en organes, obligation de fragmenter le malade, importance de la médecine spécialisée. Car le problème que Platon mettait en scène (nous faisons référence à la médecine des hommes libres et celle des esclaves traitées dans les *Lois*, livre IV) n'a pas diminué mais s'est aggravé avec l'ère technocratique. Le problème n'est plus médecin libre ou esclave, mais plutôt médecin personnel et individuel ou médecin impersonnel et collectif.

En somme, deux courants sociaux semblent se profiler, d'abord le structuro-fonctionnaliste qui analyse les rôles sociaux selon les valeurs culturelles dominantes. Ces dernières dictent les discours et les comportements attendus, y compris celui des individus malades, afin de maintenir la stabilité sociale; comme l'ont proposé les travaux de Weber ou de Parsons. Le second, interactionniste, où les conceptions de la santé et de la maladie se définissent avant tout comme étant des significations personnelles quotidiennement partagées avec les autres à travers différentes interactions sociales. Conséquemment, la santé et la maladie ne sont pas seulement un savoir scientifique objectif et positif, mais bien plutôt la définition que chaque individu en a à l'intérieur de groupes déterminés; on pense ici aux travaux de Goffman (1974) ou de Giddens (1984).

En conclusion, et pour revenir à la figure 1, la santé et la définition que l'on s'en donne mènent à une multitude d'enjeux sociaux (flèches « b » et « c » de la figure 1). Autrement dit, l'histoire de la philosophie, quelle que soit l'approche philosophique de la médecine (flèche « b » de la figure 1), est nourricière d'enjeux sociétaux tout comme les soins qui en découlent (qu'ils prennent la forme heideggérienne de la sollicitude prévenante ou encore accaparante, flèche « a » de la figure 1) peuvent l'être (flèche « c » de la figure 1). Finalement, un des lieux où toutes ces notions prennent vie (flèches « d », « e » et « f ») de la figure 1) est celui de l'hôpital (système de santé), institution aux multiples vocations comme nous le verrons au prochain chapitre et au terme duquel nous poserons la question générale de recherche de la présente thèse.

CHAPITRE 2

Problème général de la recherche : quand les machines à guérir deviennent des machines à projets

Au fil des siècles, le soin s'est organisé autour de structures diverses pour en arriver au XVIII^e siècle à une grande réforme précurseur des systèmes de soins contemporains. Ce sont les Lumières qui ont donné le ton aux différents mouvements qui ont eu cours au XVIII^e siècle. Auparavant, l'hôpital en Europe est essentiellement une institution d'assistance aux pauvres ou encore un lieu d'internement (Foucault, 1972).

La conception que l'hôpital puisse être un instrument destiné à guérir les malades est apparue dans les années 1760. En effet, au début du XVIII^e siècle, l'État commence à s'intéresser à la santé de la population, à se préoccuper des problèmes qui réduisent la capacité de travail des individus (maladies endémiques, vieillesse, infirmités, etc.). Conséquemment, on assiste à la formation d'un plus grand nombre de médecins et l'accroissement de la consommation de soins. L'hôpital, comme institution, prend une nouvelle fonction et tend à devenir un élément essentiel dans la technologie médicale. Il est non seulement un lieu où l'on soigne, mais il devient un instrument, qui, pour un certain nombre de cas graves, permet de guérir (Foucault, 2015). Ces nouvelles fonctions, l'institution hospitalière les a acquises grâce à des pressions politiques, entraînant ainsi des changements procéduraux, techniques et architecturaux.

Les transformations de ces machines à guérir, autant au XVIII^e qu'au XX^e siècle, s'organisèrent par le biais de projets (Gordon & Pollack, 2018; Morris, 2013; Müller &

Jugdev, 2012). Dans les faits, les projets sont devenus les moyens, les véhicules (Morris, 2010) par lesquels les organisations amènent le changement et les organisations de santé ne font pas exception à cette règle (Obradovic, Jovanovic, Djordjevic, Beric, & Jovanovic, 2012). Au début du XX^e siècle, on n'a qu'à penser aux projets de création des établissements publics communaux en France, ou plus près de nous, à la construction du nouvel hôpital en Outaouais.

Les projets et leur gestion étant présentés comme un levier à la performance organisationnelle (Crawford & Helm, 2009; PMI, 2017), il n'y a rien d'étonnant à ce que de plus en plus d'organismes du secteur de la santé voient dans la gestion de projet le moyen de relever les défis que pose l'évolution des besoins des populations en termes de services de santé conjugués aux innovations technologiques qui s'accélèrent. La création des bureaux de projets est un des moyens déployés par les institutions pour opérer les changements proposés par les différentes réformes, comme nous le verrons au chapitre 3.

Dans le système de santé, du moins québécois, la gestion de projet est vue comme mode de gestion des changements. Pour preuve, la modernisation des centres hospitaliers universitaires (CHU) de Montréal (c'est-à-dire le centre hospitalier universitaire de Montréal [CHUM], le centre universitaire de santé McGill [CUSM] et le Centre hospitalier universitaire Saint-Justine) a été gérée en utilisant, tantôt formellement, tantôt informellement, la structure et les principes de gestion du Project management Institute (PMI) (Santé et Services Sociaux du Québec, 2018). Cela étant dit, la documentation en gestion de projet fait peu état du domaine de la santé et néglige la santé (et les projets de

soins), pourtant la mission première des systèmes de santé (Afzal & Gauthier, 2017). L'accent est plutôt mis sur le projet comme levier à la rationalité instrumentale et économique de la santé, comme les projets Lean (D'Andreamatteo, Ianni, Lega, & Sargiacomo, 2015; McIntosh, Sheppy, & Cohen, 2013; Pedersen & Huniche, 2011). De fait, Hodgson et Cicmil (2008) rapportent que les écrits en gestion de projet laissent en plan les aspects sociaux, éthiques et politiques: « A second important aspect of critical approaches to PM is to rethink definitions of project success beyond time, cost and quality performance to encompass work-life balance, societal impacts, health and safety, and ethical concerns more widely ».

Ce constat n'a rien d'étonnant puisque, selon les règles de l'art de la gestion de projet, la conception des projets est tributaire de la définition que nous avons de l'objet à projet (la santé/le soin – longuement défini au chapitre 1), des parties prenantes (bénéficiaires¹⁶/professionnels de la santé/gestionnaires/décideurs/citoyens) et de leurs besoins. Pour l'heure, le système de santé s'arrime à une conception naturaliste/objectiviste de la santé, à la philosophie des soins de la sollicitude accaparante : la maladie (les bénéficiaires – correspondant ici à l'esclave platonicien – n'existent pas vraiment, l'accent est mis sur le trouble physiologique) est prise en charge et le besoin est paramétré par les soignants comme un retour à la normalité physiologique, à l'état de pré-maladie. Conséquemment, les projets implantés dans les systèmes de santé contemporains sont conçus, comme c'est généralement le cas pour toutes les organisations (voir par

¹⁶Malades, patients.

exemple Crawford & Helm, 2009; PMI, 2017), comme un levier à la performance organisationnelle. Plus particulièrement dans le secteur de la santé, le projet est pensé comme un moyen de relever les défis que pose l'évolution des besoins des populations en termes de services conjugués aux innovations technologiques qui s'accélèrent permettant un retour rapide et à moindre coût à l'état normal physiologique ou de pré-maladie.

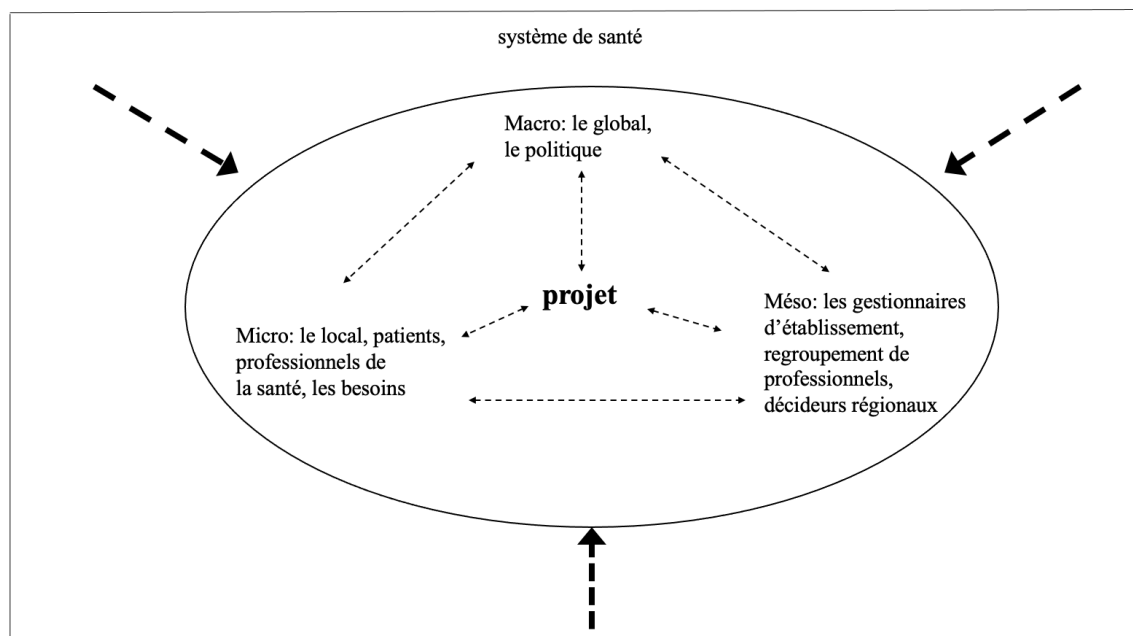
Nous avons dit que le système sanitaire orchestre ses changements par l'entremise de projets. Il nous apparaît important de faire porter l'attention sur le cœur de la figure 1 en mettant sous la loupe ce qui module lesdits projets, projets qui sont soumis à diverses influences au long de leurs cycles de vie (voir figure 4). Ces influences vont venir de différents niveaux, que ce soit au niveau local patients/professionnels de la santé/et de leurs besoins, au niveau régional (més) les gestionnaires d'établissements et décideurs territoriaux afin de mieux desservir la communauté, par exemple, ou au niveau global, le politique pour répondre à des besoins de santé publique de la population québécoise, par exemple. Ces forces ou ces influences vont s'affronter ou se conjuguer pour structurer la forme que va prendre le projet.

Dans le domaine de la santé, plus que dans tout autre domaine, il arrive que l'opinion publique conteste le discours politique, car nous l'avons mentionné, la santé est un produit social défini par des grilles culturelles, si bien qu'elle est l'affaire de tout un chacun. De la même façon que l'opinion publique influence les politiques gouvernementales, ces dernières façonnent les institutions et les activités qui y ont cours tout comme les citoyens qui les fréquentent. Cette relation sociale entre citoyen et politique, cette dualité dans les rapports entre les individus et les institutions, ne peut être simplement décrite comme une

contrainte qui est extérieure aux individus ; elle doit aussi être comprise comme un élément de structuration de l'individu. C'est cette dualité des structures (qui facilite et qui contraint et que nous souhaitons mettre en exergue par la figure 4) qui donne aux systèmes sociaux leur caractère « à la fois contraignant et habilitant » pour les projets et les agents sociaux.

Figure 4

Dualité du structurel : focus mis sur la bulle au centre de la figure 1, « Influences des dialectiques dans le système de santé et ses projets »



Objectif général de la recherche : la relation de soin ou le retour vers une vision canguilhémienne des projets en santé et en corollaire le projet (-soin)

Nous le rappelons de nouveau, la dualité du structurel du système de santé et de ses projets est elle-même la résultante de postures philosophiques sur la médecine, les soins

et ses approches de la sollicitude et les enjeux sociétaux dépassant ceux du seul système de santé (voir figure 1). Ainsi différentes postures adoptées (tant sur la médecine que les soins) conjuguées aux enjeux de société vont conduire à la conception de différents projets sur lesquels va s'appuyer le système de santé.

Par exemple dans *The Social System*, Parsons (1991) conceptualise la maladie comme une forme de comportement déviant, et identifie le médecin comme étant le gardien de la société pour rétablir le fonctionnement normal des patients :

There seem to be four aspects of the institutionalized expectation system relative to the sick role. First, is the exemption from normal social role responsibilities, which of course is relative to the nature and severity of the illness. This exemption requires legitimation by and to the various alters involved and the physician often serves as a court of appeal as well as a direct legitimatizing agent. [...] Finally, the fourth closely related element is the obligation-in proportion to the severity of the condition, of course-to seek *technically competent* help, namely, in the most usual case, that of a physician and to *cooperate* with him in the process of trying to get well. It is here, of course, that the role of the sick person as patient becomes articulated with that of the physician in a complementary role structure. (p. 294, l'italique est de l'auteur)

Parsons note que le patient et le médecin remplissent les attentes spécifiques pour vaincre la maladie, et que la consultation médicale constituait un « mécanisme de contrôle social » (Timmermans & Haas, 2008). C'est cette posture de Parsons quant à la relation médecin-malade consensuel qui renvoie au structuro-fonctionnalisme.

L'analyse que fait Gadamer (1998) de cette même relation, entre médecin-malade ou soignant-soigné, se fait sous un angle différent :

Or, dans le monde moderne, le dialogue entre le patient et le médecin est devenu difficile. Le médecin de famille qui autrefois faisait presque partie de la famille n'existe plus, quant aux prétendues heures de consultation, elles ne sont guère favorables au dialogue. [...] Aussi la possibilité d'une proximité

entre patient et médecin est-elle extrêmement problématique. Elle l'est devenue tout à fait aujourd'hui, lorsque l'on pénètre dans une clinique moderne. La première fois, on reçoit un véritable choc, lorsque, par exemple, d'entrée de jeu, on perd son nom de famille pour se voir attribuer un numéro. (pp. 136-137)

Cette médecine structuro-fonctionnaliste, impersonnelle, est devenue la manière de la concevoir la médecine, les soins, la relation entre le soignant et le soigné et le système social dans une plus vaste globalité. Cela n'est pas sans nous rappeler la médecine des esclaves dans les *Lois* de Platon, qui nous renvoie à une sollicitude accaparante et à une philosophie naturaliste de la médecine.

Gadamer (1998) n'est pas le seul à mettre en lumière cette pratique impersonnelle entre le soignant (médecin) et le soigné (le patient), issue d'une sollicitude accaparante. Jaspers (1970), médecin philosophe, avait pressenti l'influence de la technocratie sur l'organisation et la pratique médicale. Il met en garde la médiation par la technique, arguant que les instruments de soins ne doivent pas se retourner contre la finalité du soin. Dans le domaine de la gestion de projet, Afzal et Gauthier (2017) en arrivent à la même mise en garde en soulignant que, entre 1979 et 2017, 34 % des recherches publiées en gestion de projet dans le secteur de la santé ont mis l'accent sur les projets technologiques plutôt que sur la mission première d'un système de santé : la santé (et les projets de soins).

Ces résultats reflètent sans doute le fait que la technologie prend de plus en plus de place dans la pratique médicale spécialisée, hospitalière. Cette pratique fragmente le corps du malade qui est, de fait, considéré en termes d'organes, de tissus malades, de mécanismes physiologiques et biochimiques. Aussi n'est-il pas rare d'entendre les

professionnels de la santé discuter entre eux de « la hanche dans la salle 1 », ou de « la pneumonie dans la salle 2 ». Cette façon de dire les choses, de parler de la situation d'un individu, fait entrave à l'élaboration d'un « colloque singulier » entre le soigné et le soignant, expression utilisée par Canguilhem (1966/2015) pour témoigner de la relation particulière entre un malade et son médecin. Pour Canguilhem (2002), le médecin n'existe que parce qu'un malade vient le voir et tous deux doivent convenir d'un traitement approprié.

Comme relevé au chapitre 1, il existe une parenté entre les fondements philosophiques qu'expose Heidegger pour les sciences de la santé et la philosophie de la médecine de Canguilhem. Selon Heidegger, l'homme sain est :

celui à qui il est donné, de par sa naissance, dans une moyenne mesure au minimum quantitativement et qualitativement, des possibilités de se comporter qui constituent une existence humaine; c'est aussi celui à qui l'environnement donne la possibilité de s'approprier toutes ses possibilités de comportements essentielles lors de la rencontre avec autrui, qu'il puisse ainsi réunir celles-ci en un être-soi (Selbstsein) propre qui correspond à sa nature et qu'il puisse disposer librement de leur accomplissement. En revanche, malade est l'homme à qui une telle liberté fait défaut. (Boss, 2014, p. 11)

En résumé, la figure 1 met en exergue que le système de santé (et ses projets) est, entre autres, tendu par trois axes : la philosophie de la médecine, la philosophie du soin et les enjeux sociétaux. Le système de santé contemporain est un point focal où convergent une philosophie naturaliste de la médecine, une conception du soin fondée sur la sollicitude accaparante et une vision structuro-fonctionnaliste du système social. L'efficacité est un enjeu commun à ses trois axes : efficacité de la médecine, efficacité du soin, efficacité

de l'organisation sociale. La tradition en gestion de projet fait du projet un instrument à la performance. Rien d'étonnant alors que le système de santé contemporain se projectifie¹⁷. Conséquemment, l'objectif général de la présente proposition de thèse est d'explorer comment le projet peut être conçu autrement qu'un levier à l'efficience organisationnelle dans le système de santé québécois. Évidemment, le tout exige de penser le projet différemment dans son contexte social et avec une conception de la santé hors de la norme. À partir de là, une question s'impose : comment le projet de santé, et en corollaire le projet (-soin), est-il pensé en recherche en gestion de projet? Afin de répondre à cette question, nous entreprenons au chapitre suivant un triple exercice de recension des écrits scientifiques en gestion de projet. La première recension s'appesantit sur la conceptualisation du soin en gestion de projet, la seconde sur la place du patient dans les recherches en santé en gestion de projet et enfin le troisième exercice de recension porte sur le contexte, autrement dit sur conceptualisation de l'espace en gestion de projet.

¹⁷Au chapitre 3 nous allons nous employer, entre autres, à montrer les rapprochements entre la philosophie naturaliste du médecin et la tradition en gestion de projet.

PROBLÈME SPÉCIFIQUE DE LA RECHERCHE

CHAPITRE 3

LA GESTION DE PROJET ET LE SOIN, LA SANTÉ ET L'ESPACE

Que ce soit avec la sollicitude prévenante de Heidegger (la médecine des hommes libres de Platon) ou le souci de l'autre, pour le dire avec les mots de Canguilhem, ce que l'on considère être « le » soin est forcément enchâssé dans un espace et dans le temps. De fait, l'institution du soin peut être considérée comme un « espace contenant la dynamique psychique des membres qui la composent » (Marty, 2007, p. 99), espace réel, symbolique ou imaginaire entre le soigné et le soignant, le sollicitant et le sollicité, le malade et le médecin.

Comme discuté au chapitre 1, la présente recherche se fonde sur le concept du soin inspiré des travaux de Canguilhem et de Heidegger. Dans son opus *Être et Temps*, Heidegger (1927/1986) montre la dimension temporelle de l'existence avec cette projection vers la mort aux multiples chemins possibles; le soin est un des chemins de cette projection. Le *Dasein* étant toujours déjà pris dans les relations avec les autres, toujours en ouverture aux autres, étant tout ce qui le préoccupe, est souci. Nous proposons de nous y arrêter encore une fois, car le souci oblige à une certaine conception du projet.

Le souci, en tant qu'entière structure originale, a *a priori* sa place existentielle « antérieurement » à toute « conduite » factive et à tout « état » dont fait preuve le *Dasein* et s'y trouve donc toujours déjà. Le phénomène n'exprime donc pas la moindre primauté du comportement « pratique » sur le théorique. La détermination d'un étant là-devant par seule observation n'a pas moins le caractère du souci qu'une « action politique » ou le délassément auquel on prend plaisir. « Théorie » et « pratique » sont des possibilités d'être d'un étant dont l'être doit se déterminer comme souci. (Heidegger, 1927/1986, p. 243 [l'italique est de l'auteur])

Cet extrait comporte plusieurs éléments importants. D'abord, et comme nous l'avons déjà mentionné, Heidegger réaffirme que le *Dasein* est, au préalable, « souci ». C'est-à-dire qu'il est en relation de sollicitude avec les autres comme sa manière d'être au monde. Deuxièmement, Heidegger précise que le *Dasein* existe « factivement ». Cette « factivité » doit se comprendre comme l'explique Jullien (2007) en tant que :

[...] l'être-au-monde d'un étant de l'intérieur du monde de telle sorte que cet étant puisse s'entendre comme embarqué (verhaftet) dans son « destin » avec l'être de l'étant qui se rencontre avec lui à l'intérieur du monde qui est le sien.
(p. 49)

Blanquet (2012) précise pour sa part que le *Dasein* est indissociable du monde, qu'il ne peut le quitter, il est toujours concerné par le monde, toujours en relation : « habiter un monde cela signifie être en contact, pouvoir rencontrer » (p. 69).

Si le souci est donné comme *a priori*, il en va de même de l'espace selon Heidegger (1927/1986). Avec l'être-au-monde, l'espace est d'emblée dévoilé dans cette spatialité. Sur la base de la spatialité ainsi dévoilée, l'espace devient lui-même accessible à la connaissance.

*L'espace n'est pas plus dans le sujet que le monde n'est dans l'espace. L'espace est plutôt « au » monde, dans la mesure où l'être-au-monde constitutif du *Dasein* a découvert l'espace. L'espace ne se trouve pas dans le sujet, pas davantage celui-ci ne contemple le monde « comme s »' il était un dans un espace, mais au contraire le « sujet » ontologiquement bien entendu, le *Dasein*, est spatial en un sens original. Et parce que le *Dasein* est spatial selon la description qui en a été faite, l'espace se montre comme *a priori*. (Heidegger, 1927/1986, p. 152, l'italique est de l'auteur)*

Cette conception de l'espace ouvre la voie sur une autre façon de s'approprier l'espace qui va au-delà de l'espace aristotélicien associé au cosmos fini et parfait comportant des directions *a priori* (droite, gauche, haut, bas). Il dépasse également l'espace galiléonewtonien dont l'espace, réel, exprimé par la physique moderne, les mathématiques, est identifié à la géométrie euclidienne¹⁸ (à trois dimensions : longueur, hauteur et profondeur).

Finalement, de ce cet extrait qui met en jeu le souci, il est possible de comprendre que le *Dasein*, en tant qu'être-au-monde, a un « rapport à » un autre étant intramondain¹⁹, un rapport de préoccupation et de sollicitude. Et Heidegger (1927/1986) de poursuivre que dans la volonté de sollicitude est :

[...] appréhendé un étant qui est entendu, c'est-à-dire projeté (un être-jeté ou pro-jeté signifie se retrouver dans un monde) sur sa possibilité soit comme un étant dont il faut se préoccuper soit qu'il faille par souci mutuel l'amener à son être. [...] La projection de soi ententive du *Dasein* a chaque fois déjà lieu factivement après un monde dévoilé. (p. 244)

En aparté à cette citation, il nous apparaît important de souligner que l'idée de *pro-jet* (voir note de bas de page 13) se retrouve encore dans cet extrait de Heidegger. Si nous revenons sans relâche sur Heidegger, c'est que sa conceptualisation existentialiste sous-tend le projet chez Boutinet (1986, 2012, 2014, 2021), auteur phare du courant français de la gestion de projet. En effet, Boutinet (2016) fait des travaux de Heidegger une théorie de référence à sa façon de penser le projet. D'ailleurs, il n'y a qu'à s'arrêter sur la

¹⁸Les propriétés de l'espace géométrique sont : il est continu, infini, tridimensionnel, homogène (tous les points sont identiques entre eux), isotrope (toutes les droites qui passent par un même point sont identiques entre elles). Enfin, les corps physiques se limitent à l'espace géométrique délimitable qu'occupe notre corps.

¹⁹Autrement dit, la mondanéité est définie différemment qu'un monde car elle n'est pas ici entendue comme un concept cosmologique. Elle caractérise la structure relationnelle du *Dasein*, sa manière d'être auprès d'un monde. (Blanquet, 2012, p. 246)

définition que propose Boutinet (1986) du projet pour prendre conscience de toute la convergence de celle-ci avec les principes philosophiques que nous mettons en avant depuis les premières lignes du chapitre 1 de la présente thèse : « le projet [selon Boutinet (1986)] constitue la façon originale d'être-au-monde, c'est-à-dire d'entrer en relation avec le temps à venir, avec l'espace à recréer » (p. 16). Emprunter une conception à la Boutinet (1986, 2021) du projet exige, comme le fait Heidegger plus vastement, de réfléchir sur l'espace projet.

Cela nous amène à nous poser les deux questions suivantes. Comment est conceptualisé l'espace en gestion de projet dans le domaine de la santé? Mais avant de s'appesantir sur cette question il faut d'abord répondre à celle-ci : comment la gestion de projet conceptualise-t-elle la santé et le soin : sous l'angle de sollicitude accaparante – naturalisme? Ou encore celui du souci – autrement dit de la sollicitude prévenante – normativisme?

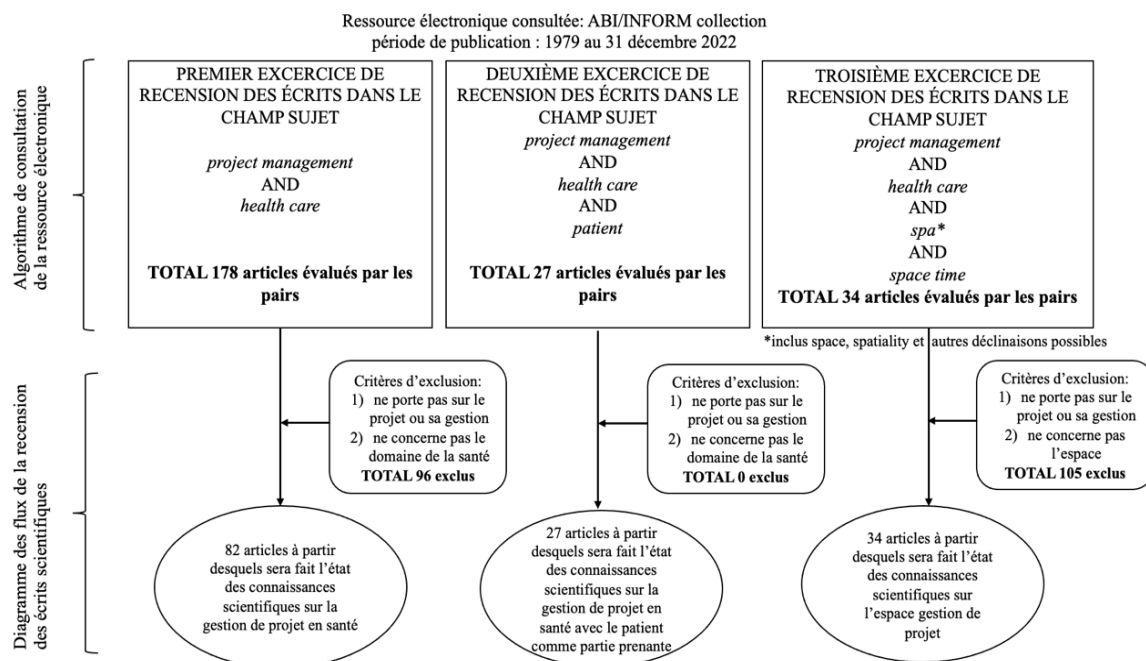
Afin de répondre à ces deux questions, nous avons entrepris une recension des écrits scientifiques en gestion de projet, en empruntant la démarche de la recension rapide telle que décrite par Bell, Bryman et Harley (2022). Ainsi nous avons limité la recension des écrits à la base de données de ABI/INFORM, qui est une ressource bibliographique reconnue sur la gestion de projet (L. Ika, 2009), et ce de 1979 au 31 décembre 2022²⁰. Les mots clés : *project management*, et *health care* ont été recherchés dans le champ « sujet »

²⁰Afzal et Gauthier (2017) ont fait une démarche semblable à notre recension des écrits portant sur la gestion de projet et la santé. Ils ont couvert les années allant de 1979 à 2017. Nous avons voulu compléter leurs travaux en y incluant les articles publiés entre 1979 et 2022.

pour les articles révisés par les pairs. La démarche a permis de repérer 178 articles, desquels 96 ont été retranchés, parce qu'ils ne traitaient pas de gestion de projet ou du domaine de la santé. Pour finir, nous avons retenu 82 articles traitant de gestion de projet dans le domaine de la santé. À la suite de cette première recension, nous en avons fait une seconde afin de mettre en exergue une partie prenante essentielle du projet en santé et en corollaire au projet (-soin) : le patient. Les mots clés suivants ont conséquemment été utilisés : *project management*, *health care* et *patient*. Ce second exercice a permis de faire ressortir 27 articles publiés entre 1979 et le 31 décembre 2022. Enfin, nous avons entrepris un troisième exercice de recension rapide des écrits scientifiques portant cette fois sur la gestion de projet et l'espace et toujours sans restriction pour les années de publication. Les mots clés *project management*, et *spa** (pour inclure *space*, *spatiality* et autres déclinaisons possibles) et *space time* ont été recherchés dans le « sujet », pour des articles révisés par les pairs. Cette troisième démarche a permis de repérer 139 articles publiés entre 1979 et le 31 décembre 2022, desquels 105 ont été retranchés, parce qu'ils ne traitaient pas de gestion de projet ou de l'espace. Nous avons retenu 34 articles traitant de l'espace en gestion de projet. La figure 5 illustre les trois démarches de recension rapide des écrits en gestion de projet.

Figure 5

Algorithmes du dépouillement de la ressource électronique ABI/INFORM Collection :
1979 au 31 décembre 2022



État des écrits scientifiques en gestion de projet sur la santé, le soin, le patient et l'espace

Première question : la conceptualisation du soin en gestion de projet

Les 82 articles portant sur la gestion de projet et la santé ont été regroupés sous cinq thèmes (voir le tableau 2) afin d'en faciliter l'analyse. Nous avons retenu les mêmes thèmes que ceux proposés par Afzal et Gauthier (2017) soit : 1- gestion de projet et soins cliniques, santé et services de santé publique et sociaux, 2- gestion de projet et technologie

de l'information, 3- gestion de projet et administration de la santé, gouvernance, 4- gestion de projet comme modalité de gestion dans le secteur de la santé et 5- gestion de projet et construction.

Tableau 2

Classification des 82 articles scientifiques retenus et portant sur la gestion de projet et la santé

Thèmes	Auteurs recensés
1- Gestion de projet et soins cliniques, santé et services de santé publique et sociaux 11 articles (13 %)	Brown (2006); Gordon et Pollack (2018); Griffith et Strasser (2010); Gudlavalleti et al., (2018); Harris et al. (2013); Ibrahim et al. (2009); Lavoie-Tremblay et al. (2018); Mansfield et al. (2018); Pronovost et al. (2017); Veitch et al. (2012); Zawada et Gagala (2021)
2- Gestion de projet et technologie de l'information 26 articles (32 %)	Barlow et al. (2006); Brauer (2008); Carr et Dimitrakakis (2003); Dendere et al. (2021) Fickenscher et Bakerman (2011); Frohlich et al. (2007); Garrety et al. (2016); Gomes et al. (2022); Houston (2012); Hutton et West (2001); Kropf et Scalzi (2008); Lee (2010); Lee et Hirshfield (2006); Lin et Umoh (2002); Liu et Wang (2016); (Lotfi et al., 2022); Miller et Miller (2007); Paavola (2007); Poursoltan et al. (2022); Ratnasingam (2007); Riva et Gramatica (2003); Schlichter (2010); Schultze (2014); (Sherer, 2012); Sweeting (2002); Trudel et al. (2012)
3- Gestion de projet et administration de la santé, gouvernance 15 articles (18 %)	Allen et al. (2015); Allgar et al. (2001); Berrnz et al. (2022); Buttigieg et al. (2016); Denis (2015); Harrison et al. (2016); Kari-PekkaTampio et al. (2022); Ovretveit et al. (2017); Peters et al. (2013); Priest et al. (2016); Robinson et Lefort (2000); Sarriot et Story (2022); Tay et al. (2017) Whitehead (2005); Yatake et al. (2022);
4- Gestion de projet comme modalité de gestion dans le secteur de la santé	Becker et DiCianni (2021); Behrens et Cassens (2021); (S. Bell & Christina, 2006); Boxer et Taylor (2008); Chiocchio et al. (2015); Cunningham et al. (2018); Field et al. (2014); Furlow et Higman

26 articles (32 %)	(1995); George et al. (2019); Giasson (2019); Helfert (2009); Jacobsen (2008); Kollányi et Horváth (2021); Lavoie-Tremblay et al. (2012); Mathrani et al. (2022); Patterson et al. (2017); Peltokorpi et al. (2008); Pool et al. (2019); (Raisinghani, 2014); Schepman et al. (2018) ; Story et al. (2021); Swarnakar et al. (2022); Thor et al. (2004); Ullah Tareen et al. (1997); Vaishnavi et Suresh (2021); Vaishnavi et al. (2019);
5- Gestion de projet et construction 4 articles (5 %)	Barlow et Koberle-Gaiser (2009); Bowerman (2006) Chakraborty (2019); Selg (1993);

L'une des premières observations qui ressort de l'analyse est que près du tiers (32 %) des écrits sont consacrés aux technologies de l'information. Les articles abordent des thèmes tels que les dossiers électroniques et la gestion des données (Brauer, 2008; Carr & Dimitrakakis, 2003; Frohlich, Karp, Smith, & Sujansky, 2007; Garrety, McLoughlin, Dalley, Wilson, & Yu, 2016; Miller & Miller, 2007); l'utilisation d'Internet comme source d'information (Hutton & West, 2001; Lin & Umoh, 2002); les différents aspects de la gestion des projets, soit investissement, implantation, gestion risque, succès des projets de technologies de l'information (Kropf & Scalzi, 2008; L & Hirshfield, 2006; Liu & Wang, 2016; Paavola, 2007; Ratnasingam, 2007; Schlichter, 2010; Schultze, 2014; Sherer, 2012; Trudel, Paré, & Laflamme, 2012) et les aides techniques (Barlow, Bayer, & Curry, 2006; Fickenscher & Bakerman, 2011; Houston, 2012; Lee, 2010; Riva & Gramatica, 2003; Sweeting, 2002).

Ex aequo (32 %), la gestion de projet comme modalité de gestion dans le secteur de la santé avec des articles traitant des parties prenantes (furlow & Higman, 1995; Peltokorpi, Alho, Kujala, Aitamurto, & Parvinen, 2008), du travail de collaboration et

interdisciplinaire et leadership (Chiocchio, Rabbat, & Lebel, 2015; Cunningham, Ward, De Brún, & McAuliffe, 2018; George D et al., 2019; Helfert, 2009; Jacobsen, 2008; Patterson, Dinkin, & Champion, 2017; Thor, Herrlin, Wittlov, Skar, & al, 2004), de l'amélioration de la qualité (Field, Heineke, Langabeer, & DelliFraine, 2014); Sarriot & Story, 2022), et des bureaux de projets et changement organisationnel (Lavoie-Tremblay et al., 2012; Schepman et al., 2018).

Au troisième rang, on retrouve la gestion de projet, l'administration de la santé, et la gouvernance avec 18 % des articles recensés, qui traitent entre autres de Lean et Six sigma, qualité (Buttigieg, Gauci, & Dey, 2016; Denis, 2015; Harrison et al., 2016; Tay, Singh, Bhakoo, & Al-Balushi, 2017), d'évaluation de projet (Allgar, Leese, Heywood, & Walker, 2001; Priest et al., 2016; Robinson & Lefort, 2000), de stratégie, de succès, d'outils d'implantation et gestion de risques en administration de la santé (M Allen, Carpenter, Hutchins, & Jones, 2015; Ovretveit, Mittman, Rubenstein, & Ganz, 2017; Peters, Paina, & Schleimann, 2013; Whitehead, 2005).

Suit, avec 13 % des articles recensés, le thème de la gestion de projet et les soins cliniques, la santé et services sociaux et de santé publique qui arrive au quatrième rang et dont les articles s'intéressent aux meilleures pratiques (Boxer & Taylor, 2007; S. J. Brown, 2006), aux services offerts (K. Griffith & Strasser, 2010; Gudlavalleti, Shukla, Batchu, S Malladi, & Gilbert, 2018; Harris et al., 2013; Veitch et al., 2012), à la qualité des soins (Mansfield et al., 2018; Patterson et al., 2017; Pronovost et al., 2017). Enfin, la gestion de projet en construction ne représente que 5 % des articles retenus (Barlow & Koberle-Gaiser, 2009; Bowerman, 2006; Selg, 1993).

Les résultats rapportés ici ne sont pas étonnants, car ils convergent en partie avec ceux d’Afzal et Gauthier (2017). À la lumière du tableau 3 qui compare les résultats des travaux d’Afzal et Gauthier (2017) avec ceux que nous avons obtenus, nous constatons que le thème de la gestion de projet comme modalité de gestion dans le secteur de la santé attire davantage l’attention des chercheurs. En effet, Afzal et Gauthier (2017) ont classé seulement 15 % des articles qu’ils ont recensés sous ce thème, alors que nous en avons un peu plus du double (32 %). Cela dit, la gestion de projet et les soins (les soins, la mission première des systèmes de santé) demeurent toujours un sujet de troisième zone. Afzal et Gauthier (2017) avaient remarqué que seulement 17 % des articles publiés entre 1979 et 2017 – et qu’ils avaient recensés – traitaient de la gestion de projet et les soins, alors que plus du tiers étaient en lien avec des projets dans les technologies de l’information – nos résultats sont presque similaires (voir tableau 3). Nous insistons sur le « presque », car depuis 2017, nous sommes passés de 17 % des articles portant sur la gestion de projet et les soins à seulement 13 % des articles recensés et retenus comme nous l’indiquons dans le tableau 3.

Tableau 3

Comparatifs des résultats de la recension des écrits effectuée par Afzal et Gauthier (2017) et celle de la présente thèse

Thèmes	Afzal et Gauthier (2017)	Résultats de nos recensions : 1979 au 31 décembre 2022
1- Gestion de projet et soins cliniques, santé et services de santé publique et sociaux	17 %	13 %
2- Gestion de projet et technologie de l'information	34 %	32 %
3- Gestion de projet et administration de la santé, gouvernance	20 %	18 %
4- Gestion de projet comme modalité de gestion dans le secteur de la santé	15 %	32 %
5- Gestion de projet et construction	14 %	5 %

Corollaire à la première question : le patient comme partie prenante à la conceptualisation du soin en gestion de projet

Selon la procédure traditionnelle dans la conception d'un projet, toutes les parties prenantes doivent être prises en considération dans les différentes phases de la gestion du projet. Or, les travaux d'Afzal et Gauthier (2017) n'ont rapporté aucun article mettant en jeu la partie prenante à laquelle on associe généralement tout projet en santé : le patient.

Étant donné que notre objectif général de recherche vise à explorer une autre conception du projet, une autre manière de dessiner le projet, pour reprendre les mots de Boutinet (1986), nous avons choisi de nous appesantir sur le projet comme façon *d'être-*

au-monde (Boutinet, 1986) : le projet de soin conçu par l'approche normativiste et la sollicitude prévenante dans le soin (section du bas de la figure 2, c'est-à-dire les cases 2 et 4), cela nous amène à réexaminer les résultats de notre recension des écrits scientifiques et à placer le patient en avant-plan, à le considérer de plein droit comme étant le bénéficiaire du projet.

Nous avons regroupé les 27 articles recensés et retenus comme suite à notre second exercice de dépouillement de la ressource électronique ABI/INFORM en cinq thèmes soit : 1- les politiques en santé, 2- la gestion des maladies, 3- les technologies de l'information, 4- l'administration, la gouvernance et les organisations, et 5- la qualité et sécurité. Ce regroupement sous cinq thèmes nous permet simplement d'en faire une analyse plus fluide. Cela dit, certains des articles pourraient faire partie de plus d'un groupe, comme celui de Brown *et al.* (2008), qui traite à la fois de la gestion de maladie et de politique de santé.

Les politiques en santé sont aussi abordées dans la prestation de services de santé en régions rurales en Australie (Veitch et al., 2012), dans l'implantation de politiques visant la réduction des coûts (Nutting et al., 2011), des poursuites (Langel, 2010) et ceux des programmes comme Medicaid et Medicare (Barr, Foote, Krakauer, & Mattingly, 2010).

Tableau 4

Classification des 27 articles scientifiques retenus et portant sur la gestion de projet et la santé et les patients

Thème	Type de projet	Auteurs recensés
1- Politiques en santé 4 articles (15 %)	Modèles de prestations soins, Medicaid-Medicare, poursuite médicale	Barr et al. (2010); Langel (2010); Nutting et al. (2011); Veitch et al. (2012)
2- Gestion des maladies 8 articles (30 %)	Maladies chroniques, SIDA, disparités sociales, immunisation, travail multidisciplinaire, continuité des soins, gestion du diabète	Mor et al. (1989); Brown et al. (2008); Jones et al. (2008); Baron et Desnouee (2010); Sinsky et al. (2010); Siden et Urbanoski (2011); Walters et al. (2012); Harris et al. (2013)
3- Technologies de l'information 2 articles (7 %)	Télémédecine, technologies	Barlow et al. (2006); Lee (2010)
4- Administration, gouvernance et organisations, 9 articles (33 %)	Réduction des coûts, modèle d'affaires, leadership, outils d'implantation, gestion risque	(M. Cruz & Cruz, 2001); Boxer et Taylor (2007); Sherman (2008); (Ott et al., 2009); Griffith et Strasser (2010); Allen et al. (2015); Priest et al. (2016); Ovretveit et al. (2017); Schepman et al. (2018)
5- Qualité et sécurité 4 articles (15 %)	Collaboration interdisciplinaire, exercices de prévention en lien avec prestations de soins	Thor et al. (2004); Buckley et al. (2009); Field et al. (2014); Pronovost et al. (2017)

Le thème de la gestion de la maladie englobe une série d'articles allant de la gestion des maladies chroniques et des disparités sociales (Baron & Desnouee, 2010; D. Brown et al., 2008; Harris et al., 2013; Jones et al., 2008; Mor, Piette, & Fleishman, 1989;

Walters, Adams, Nieboer, & Bal, 2012), à des partenariats entre professionnels (Sinsky, Sinsky, Althaus, Tranel, & Thiltgen, 2010) ou de la continuité des soins pour les patients (Siden & Urbanoski, 2011).

Les deux prochains thèmes, qui touchent de façon un peu éloignée les patients ou les soins, sont ceux des technologies de l'information et de l'administration-organisation-gouvernance qui traitent souvent d'implantation, de technologie (Barlow et al., 2006), de pratique selon les données probantes (Boxer & Taylor, 2007), d'outils d'implantation (Ovretveit et al., 2017) ou de coûts (M Allen et al., 2015; M Cruz & Robyn, 2001; K. Griffith & Strasser, 2010). Leadership (Sherman, 2008), collaboration (Schepman et al., 2018) et utilisation de ressources alternatives (Priest et al., 2016) sont les autres idées véhiculées par les auteurs.

Le dernier thème est celui de la qualité et sécurité dans lequel deux des auteurs abordent la collaboration comme facteur favorisant les améliorations de la qualité des soins administrés au patient et l'amélioration de la sécurité des soins et services au patient (Buckley, Laursen, & Otarola, 2009; Pronovost et al., 2017; Thor et al., 2004).

Nous pouvons noter, à la lecture des 27 articles, que bien qu'il soit question des relations entre parties prenantes au soin, cette relation concerne celles entre les professionnels de la santé. Ainsi, et malgré l'ajout du mot *patient* comme mot clé, le patient est exclu du projet de soin comme partie prenante. Autrement dit, la relation entre soigné et soignant, au sens où nous l'avons longuement présenté en prenant racine dans les travaux d'Heidegger et de Canguilhem, ne fait pas l'objet de projet étudié en gestion de projet.

Les courants de pensée en gestion de projet et le rapprochement avec les philosophies de la médecine

Que le patient soit ignoré dans les études qui s'intéressent à la gestion de projet dans le domaine de la santé est chose dite. De fait, Hodgson et Cicmil (2008) rapportent que la documentation en gestion de projet néglige les aspects sociaux, éthiques et politiques et qu'il s'agit d'une opportunité à saisir pour envisager de nouvelles approches (Cicmil & Hodgson, 2006; D Hodgson & Cicmil, 2016) hors du cadre traditionnel et fonctionnaliste prédominant, autant en gestion de projet qu'en santé. Pour faire court, deux courants de pensée s'affrontent en gestion de projet : la tradition et l'approche critique (Gauthier & Ika, 2012). Dans ce qui suit, et après avoir présenté rapidement ce qu'il en retourne de la tradition et de l'approche critique, nous allons rapprocher les philosophies de la médecine aux deux grandes manières de penser de la gestion de projet afin de prendre de l'altitude et analyser autrement l'état des recherches en gestion de projet sur la santé, le soin et le patient.

La tradition en gestion de projet

La tradition, ou le mainstream, comme certains y réfèrent (D Hodgson & Cicmil, 2008), met de l'avant les thèmes de performance, d'optimisation, de facteurs de succès et le fameux triangle coûts, temps, qualité. C'est avec l'aide d'outils techniques, tels que le Gantt chart, le Pert, CPM et autres, que le gestionnaire assure une gestion efficace de son projet (Engwall, 2012; J Geraldi & Lechter, 2012; Olsen, 1971; Pinto & Slevin, 1988, 1988a). La division du travail, la spécialisation des tâches et la hiérarchisation sont les

principes phares de la tradition, y compris la performance des systèmes de production, l'efficacité du travail et l'utilisation optimale des ressources. La tradition emprunte ses concepts aux écoles classiques en théories des organisations et du « One-Best-Way ». Les systèmes de santé des pays industrialisés qui ont adopté la voie de la tradition en gestion de projet centralisent les pouvoirs, hiérarchisent les paliers de gestion et mettent en place des processus conduisant à une distinction nette entre le travail des gestionnaires et celui des exécutants (Dupuis & Farinas, 2010a, 2010b; Mintzberg, 2011).

Selon Dupuis et Farinas (2010a), la tradition en gestion de projet est en opposition à une démarche qui permet le développement et le déploiement d'un savoir spécialisé et le jugement d'expert contextualisé, c'est-à-dire les compétences et les contributions potentielles propres aux diverses professions présentes dans les organisations de soins de santé. Parmi ces professions, celle de la gestion attire notre attention. En gestion de projet, une analyse se fait sur la professionnalisation de la gestion comme institutionnalisation du contrôle des occupations ou encore sur l'établissement des liens qui existent entre les connaissances des praticiens, la construction d'une identité professionnelle et le maintien des conduites propres à une pratique ancrée (Gélinas, 2019; Mac Donald, Rezania, & Baker, 2020). Ces analyses vont donner naissance à un courant critique en gestion de projet.

Le courant critique en gestion de projet

La critique en gestion de projet s'organise autour des théories du social. D'abord, dans les années 1990, un mouvement d'origine scandinave prend appui sur les travaux de Theodore Schatzki (T.R. Schatzki, 2005; T. R. Schatzki, Knorr-Cetina, & Savigny, 2001) :

Despite this diversity, practice accounts are joined in the belief that such phenomena as knowledge, meaning, human activity, science, power, language, social institutions, and historical transformation occur within and are aspects or components of the field of practices. The field of practices is the total nexus of interconnected human practices. The 'practice approach' can thus be demarcated as all analyses that (1) develop an account of practices, either the field of practices or some subdomain thereof (e.g., science), or (2) treat the field of practices as the place to study the nature and transformation of their subject matter. Note that this demarcation makes the notion of a field of practice the linchpin of the practice approach. [...] In social theory, consequently, practice approaches promulgate a distinct social ontology: the social is a field of embodied, materially interwoven practices centrally organized around shared practical understandings. (Schatzki, 2001, pp. 11-12)

Ce mouvement critique, que nous regroupons sous le parasol du courant critique en gestion de projet, est issu de l'école scandinave. Il fonde son entreprise principalement sur les deux points suivants : d'abord, le projet en tant qu'organisation temporaire (Lundin & Söderlund, 1995; Packendorff, 1995; Turner & Müller, 2003); ensuite, les dynamiques des pratiques de projet (M. Hällgren, 2007; Lindkvist, 2006). C'est ainsi qu'Hällgren et Söderholm (2011) présentent le courant du *Projects-as-Practice* qui traite le projet comme la somme des activités dans lesquelles les individus sont impliqués, ces activités étant constamment renégociées. Ce mouvement du *Projects-as-Practice* s'intéresse au fonctionnement des projets ; il s'intéresse à la relation inséparable qui existe entre l'être humain et ses actions, d'une part, et les forces et les structures de la société, d'autre part.

Le praticien sera celui qui va donner vie au projet, le modeler et le mener, et ce, par ses actions contextualisées (praxis) qui sont encadrées par la pratique (normes, valeurs, règles, politiques admises généralement par la communauté de praticiens).

Un autre mouvement critique qui est une constituante du courant critique en gestion est le *Making Project Critical*. Celui-ci prend appui, pour sa part, sur la théorie critique en sciences sociales, dont l'école de Frankfort. L'école de Frankfort se décline essentiellement en quatre générations. La première génération, fondée dans les années 1920, est formée par Horkheimer, Adorno et Marcuse, Benjamin et Fromm (Alvesson & Deetz, 2000; Alvesson & Skölberg, 2018; Rosa, 2012). La deuxième génération, dont le porte-étendard est Jürgen Habermas, revient à ses objectifs premiers qui sont de penser une société qui a non seulement une connaissance d'elle-même, mais qui tente d'avoir également une maîtrise autoréflexive d'elle-même (May & Perry, 2017; Müller-Doohm, 2018; Wellmer, 2014). Ses objectifs sont de mettre en lumière la conscience de l'exploitation capitaliste, la domination bureaucratique, l'idéologie de la technique ainsi que de créer un besoin populaire de liberté, une demande, un désir et un besoin d'un monde meilleur. La troisième génération est portée par Axel Honneth qui pense la vie sociale comme intrinsèquement conflictuelle et montre que ce conflit ne la détruit pas parce qu'elle est animée par une lutte pour la reconnaissance (Honneth, 2014). Enfin, la toute dernière génération a pour porte-étendard Hartmut Rosa qui adopte une posture critique à l'égard de la modernité avancée, de l'accélération qui la caractérise et de l'aliénation dans laquelle sont plongés les agents sociaux.

Le *Making Project Critical*, dans ses premiers écrits, a mis l'accent sur les travaux de la première et la seconde génération (voir, entre autres, (Andrews, 2000; Gartman, 2000; Small & Mannion, 2005), et propose d'aller au-delà de la vision classique de la gestion (e.g. le taylorisme, le fordisme, la bureaucratie) et de l'application des bonnes pratiques qui ne sont pas plus garantes de succès que d'acceptabilité – comme le souligne dans le domaine de la santé le célèbre père du système de santé publique québécois, Claude Castonguay (2012).

En allant puiser dans des ressources intellectuelles plus critiques que la seule raison instrumentale, les méthodologies positivistes, quantitatives et technicistes, le courant critique en gestion de projet met les projecteurs, entre autres, sur le PMI et son PMBok pour en dégager des analyses thématiques comme la domination, l'éthique, la responsabilité morale, le féminisme et bien d'autres (exemple : Hodgson & Cicmil 2006, p.29-50). En plus de la sociologie, d'autres disciplines influencent ce courant, soit la philosophie, l'économie et la politique.

Croisement entre les courants de pensée en gestion de projet et les postures philosophiques de la médecine

Au chapitre 1, nous avons distingué deux approches philosophiques en médecine, le naturalisme/objectivisme et le normativisme/interprétativisme. En examinant les caractéristiques propres à chacun, on peut observer que le naturalisme/objectivisme a des accointances avec la tradition en gestion de projet, tous deux fonctionnalistes/positivistes. L'accent est mis sur la performance économique, la rationalisation et le caractère

mécaniste et fordiste, le découpage en silos des organisations aux dépens des individus. La biostatistique de Boorse (le modèle naturalisme/objectivisme) ne donne aucune importance à la relation avec le patient, et même si elle a lieu, elle ne contribue aucunement à la production de connaissances.

La première colonne du tableau 5 présente une synthèse du croisement entre le courant de la tradition en gestion de projet et l'approche naturaliste/objectiviste de la médecine. Nous rejoignons par ce tableau Andersen (2016) : il sépare la gestion de projet en deux. La première colonne irait dans le *Project-as-Process* et le second le *Project-as-Practice*.

Tableau 5

Croisement des approches philosophiques de la médecine et les courants de pensée en gestion de projet

			Courants de pensée en gestion de projet	
			La tradition	Courant critique
			<i>Project-as-Process</i> (Définition du projet centrée sur le besoin des clients, le stratégique et les facteurs environnementaux)	<i>Project-as-Practices</i> (Définition du projet résultant des pratiques réflexives des praticiens, des clients et des bénéficiaires)
Approches philosophiques en médecine	Naturaliste/objectiviste (Biostatistique de Boorse)	Médecine : segmentation, spécialisation, pathologie, physiologie, absence du malade, normalité, retour à l'état pré-maladie (guérison)	Influences théoriques : fonctionnaliste; capitalisme; technocratique	
			Épistémologie : le seul savoir possible est celui de la science; vérité; connaissances objectives	
Ontologie : réaliste; conception moderne du social; les différentes réalités du projet n'impactent pas sur le processus de définition du projet				
Approches philosophiques en médecine	normativiste/interprétativiste (Canguilhem)	Médecine : holisme, totalité subjective/interprétative de l'organisme, colloque singulier médecin-malade, médecine des hommes libres, normativité, art au carrefour de		Influences théoriques : philanthropie, humanisme, phénoménologie, herméneutique
				Épistémologie : interprétativiste; co-construction du

		plusieurs sciences, la guérison est l'atteinte d'un nouvel équilibre		savoir entre le malade et le médecin
				Ontologie : constructiviste; conception hypermoderne du social; la définition du projet (le soin) varie selon les assises épistémologiques à partir desquelles est conçu le projet (santé)

L'autre approche en philosophie de la médecine, le normativisme/interprétativisme, a des similitudes avec le courant critique en gestion de projet. En effet, les deux adhèrent à une conception constructiviste, croient que la connaissance n'est pas seulement l'affaire du médecin ou du gestionnaire. Canguilhem (1966/2015), porteur de la vision critique des soins de santé, et lui-même médecin, entre en opposition avec le naturalisme/objectivisme boorsien. L'un de ses objectifs est de généraliser le concept de pathologique comme totalité subjective à l'ensemble des maladies, de la santé et même de la vie. La philosophie du soin que Canguilhem (1966/2015) met en avant dans *Le Normal et le Pathologique* a pour but de revisiter le concept de norme, et de faire une place à la subjectivité dans la relation individuelle entre le malade et le soignant. Il ne s'agit pas de nier la présence de pathologies et de la nécessité de traiter la maladie, mais de mettre en avant une approche relationnelle entre le malade et le médecin pour que tous deux, en apportant chacun leurs

savoirs et connaissances, arrivent à une décision partagée. Le traitement ne va pas obligatoirement mener à la guérison entendue comme le retour à l'état préalable, mais va correspondre à une nouvelle normativité pour l'individu (voir colonne 2, tableau 5).

Lorsqu'on prend le tableau 5 comme grille d'analyse des 82 articles scientifiques recensés et retenus sur la gestion de projet et la santé ou encore la gestion de projet, la santé et le patient, on remarque que la grande majorité s'ancre au courant de la tradition en gestion de projet et en corollaire à une philosophie de la médecine « naturaliste/objectiviste ».

Faisons le point; au tout début du présent chapitre, nous avons relevé deux questions : (1) comment la gestion de projet conceptualise-t-elle le soin (sous l'angle de la sollicitude accaparante ou bien du souci – autrement dit, de la sollicitude prévenante) et (2) comment est conceptualisé l'espace en gestion de projet dans le domaine de la santé. L'exercice de couplage des approches philosophiques de la médecine aux courants en gestion de projet permet de répondre à la question 1 : la tradition en gestion de projet conceptualise le soin selon une approche philosophique de la médecine naturaliste/objectiviste, pour laquelle le soin prend l'allure de la sollicitude accaparante. L'organe est priorisé au détriment de l'individu dans son entier. L'influence fonctionnaliste commande au projet de soin le retour à une normale physiologique standardisée, à une absence de la maladie.

Par ailleurs, ledit exercice met en exergue une lacune des écrits scientifiques recensés et retenus en gestion de projet : la tradition en gestion de projet comme perspective première pour penser le projet et sa gestion en santé. Si l'on souhaite penser autrement la gestion de projet en santé, il faut se tourner vers des courants critiques de la gestion de

projet et s'accrocher à des définitions telles que proposées par Boutinet (1986). Cela étant dit, au cœur de la définition de Boutinet (1986) se trouve l'espace : « l'espace à recréer ». Cela exige que nous nous appesantissions sur la conception de l'espace en gestion de projet, d'autant plus, et comme nous le verrons dans ce qui suit, que l'espace fait même l'objet d'enjeux dans le courant critique de la gestion de projet.

Deuxième question : la conceptualisation de l'espace en gestion de projet

Les 34 articles traitant de l'espace en gestion de projet ont été regroupés sous trois grands thèmes (voir le tableau 6) soit : 1- l'espace comme lieu, sous-divisé en construction, architecture, aérospatial et technologie de l'information, 2- l'espace en gestion de projet, sous-divisé en contraintes et possibilités, puis 3- l'espace pensé en philosophie de gestion. Avant de décrire le contenu de chacun de ces trois thèmes, il est important de souligner que nous n'avons trouvé aucun article qui porte sur la gestion de projet, la santé et l'espace.

Tableau 6

Classification des 34 articles scientifiques retenus et portant sur l'espace en gestion de projet

Thèmes	Auteurs recensés
Espace comme lieu 15 (44 %) <ul style="list-style-type: none"> 1- Construction 6 2- Architecture 5 3- Aérospatial 3 4- Technologie de l'information 1 	1- Björnfort et Jongeling (2007); Brovelli et al. (2011); Currie et al. (2007); Guzman Ortiz et al. (2021); (Langston, 2013); Srinivasan et al. (2007); 2- Heinrich et Willis (2014); (Anker Jensen, 2008); (Muir, 2014); (Povey & Peach, 2013); (Singhania & Sharma, 2014) 3- Allen et al. (2016); (Eito-Brun & Amescua-Seco, 2018); (Gurgur & Morley, 2008) 4- Belokrylov et al. (2020)
Espace en gestion de projet 15 (44 %) <ul style="list-style-type: none"> 1- Contraintes 3 2- Possibilités 12 	1- Englund et al. (2013); (McGuire, 2002); (Narayan & Tidström, 2021) 2- Bürkland et al. (2018); (Christiansen & Wellendorf, 2021); Doerner et al. (2004); Gasparro et al. (2022); (Markus Hällgren, 2009); (Krause, 2019); Legner et al. (2020); (Menzies, 1999); Flory et al. (2014); Oseland et al. (2011); (Raphael, 2011); Rohani et al. (2018); (Schot & Geels, 2008)
Espace en philosophie de gestion 4 (12 %)	1- (Buchan & Simpson, 2020); Jensen et al. (2016); Lo Presti et al. (2021); Sage et al. (2016)

Sans grande surprise, un bon nombre (44 %) des articles recensés traitent de l'espace en tant que lieu géolocalisable, soit en construction et en architecture. On y parle d'espace routier (Currie, Sarvi & Young 2007), d'infrastructure (Singhania & Sharma 2014), d'espaces commerciaux ou urbains (Langston 2013; Muir 2014; Srinivasan, Best & Chandrasekaran 2007), de lieux pour travailler (Jensen 2008; Povey & Peach 2013), pour planifier le travail ou travailler (Björnfot & Jongeling 2018; Brovelli, Giori, Mussin & Negretti 2011; Heinrich & Willis 2014). L'industrie aérospatiale utilise le terme « espace » pour décrire sa raison d'être : l'espace cosmique. Finalement, en technologie de l'information, il est question d'espace virtuel de stockage de données (Belokrylov, Bol'shukhin, Komissarov, Petruin & Poverennov 2020).

Le second thème, soit celui de l'espace en gestion de projet, contient deux sous-sections. La première, la contrainte du temps et de l'espace en gestion de projet regroupe trois articles (Englund, Gerdin & Abrahamsson 2013; McGuire 2002; Narayan & Tidström 2020), alors que la seconde sur les possibilités regroupe un plus grand nombre d'auteurs qui ont entrepris de parler de l'espace en termes de « solution spaces » (Doerner & Gutjahr 2004; Legner, Pentek & Otto 2020; Raphael 2011), d'espaces de travail, d'actions et d'interactions (Burkland & Zachariassen 2018; Gasparro, Zerjav, Konstantinou & Cassady 2022; Hällgren 2009; Oseland, Marmot, Swaffer & Ceneda 2011), d'espaces de création, d'expérimentation (Nadal-Burges 2014; Schot & Geels 2008), d'espaces virtuels (Krause 2019) ou de communication (Christiansen & Wellendorf 2021; Menzies, 1999; Rohani, Shafabakhsh & Asnaashari 2018).

Les 4 derniers articles sur les 34 retenus posent un regard différent sur l'espace, ce dernier intégrant les questionnements des auteurs sur la pratique et la théorie en gestion de projet. D'abord, Sage, Justesen, Dainty, Tryggestad & Mouritsen (2016) mobilisent la théorie de l'acteur réseau, ANT, pour penser les réseaux comme un constituant de l'espace. Pour Lo Presti, Manuti, De Rosa & Elia (2021), la carrière des gestionnaires de projet se construit suivant une perspective socio-constructiviste, selon quatre dimensions, dont l'une est l'espace social. L'article de Jensen, Thuesen & Geraldi (2016) traite des conditions humaines en toile de fond des projets, soit les activités, le temps l'espace et les relations, le tout au travers des écrits de divers philosophes, de Kant à Foucault, en passant par Nietzsche, Bergson et Heidegger. Pour terminer, et en utilisant une posture ontologique du *becoming*, Buchan & Simpson (2020) s'inspirent de Dewey pour étudier le projet en tant que processus émergent. À la lumière des théories de référence sur lesquelles prennent appui ces 4 derniers articles, nous pouvons déduire un lien de filiation entre leurs travaux et le courant critique en gestion de projet. Mais attardons-nous d'abord sur la conception de l'espace selon le courant de la tradition en gestion de projet.

L'espace en gestion de projet selon la tradition

L'espace selon la tradition en gestion de projet peut être représenté grossièrement sous deux types, soit l'espace des scientifiques et celui des philosophes (Cohen & Zagury-Orly, 2008; Dastur, 2008; Pradeau, 1996; T.R. Schatzki, 1991). Cooke-Davis, Cicmil, Crawford et Richardons (2007), ainsi que Wilson (2004), soulignent que l'espace en gestion de projet est conceptualisé en tant qu'espace géométrique.

[...] the tenor of all the works cited so far in this connection makes it clear that behind the paradigm lies a mechanistic world view deriving from Cartesian philosophy, a Newtonian understanding of the nature of reality, and an Enlightenment epistemology...(Cooke-Davies et al., 2007, p. 52)

Le courant de la tradition en gestion de projet utilise le temps en tant que mesure de rendement (Beise & Carte, 2010; Wilson, 2004) : il est une succession d'opérations. Comme le relèvent les résultats de la recension des écrits présentés dans le tableau 6, de 1979 au 21 décembre 2022, peu d'auteurs se sont intéressés à l'espace : 34. La majorité d'entre eux (77 %) s'y intéressent en faisant référence à la notion euclidienne de l'espace. Par exemple, les articles en design vont utiliser le mot « workplace » (Heinrich et Eillis [2013]; Jensen [2008]; Muir [2014]; Povey et Peach [2013]; Singhania et Sharma [2014]), ceux des projets de la NASA parlent de « space shuttle », de « space station » (Allen et al. [2016]; Eito-Brun et Amescua-Seco [2018]; Gurgur et Morley [2008]), les projets en construction utilisent les termes « urban space » (Björnfot et Jongeling [2007]; Brovelli et al. [2011]; Currie et al. [2007]; Guzman Ortiz et al. [2021]; Langston [2013]; Srinivasan et al. [2007]).

L'espace en gestion de projet selon le courant critique

Nous avons relevé que les 4 articles regroupés sous le thème de l'espace en philosophie de gestion intégraient des questionnements des auteurs sur la pratique et la théorie en gestion de projet. Deux mouvements en particulier du courant critique en gestion de projet s'appesantissent sur les pratiques et en particulier la pratique contextualisée dans l'espace et le temps (donc la praxis) en gestion de projet : le mouvement *Project-as-Practice* et le *Making Project Critical*. Lorsqu'on examine le contenu des travaux d'auteurs tels que

Manning (2008) ou encore Nocker (2006)²¹, Sydow (2006)²² et Staber et Sydow (2002)²³, nous pouvons avancer que le mouvement *Project-as-Practice* et le *Making Project Critical* ont un autre point en commun : faire de la théorie de la structuration de Giddens (1984) une théorie de référence à l'étude des pratiques situées spatio-temporellement.

We think that GIDDENS', 1984, structuration theory provides a useful perspective for integrating and re-interpreting the concept of project network in light of its relationship to institutions (see Sydow and Windeler, 1998, for an earlier attempt in a different context). We use structuration theory to explore the dynamic constitution of institutional embeddedness, with reference to the reflexivity of agents and their actions, as well as the recursive interplay of social interactions within and across the organizations involved. (Staber & Sydow, 2002, p. 217).

²¹Nocker (2006) s'attachant toujours à Giddens introduit la théorie de Lefebvre pour explorer comment l'espace social, espace émergent, se constitue et se transforme tout au long du projet.

²²Sydow (2006) s'intéresse au projet, enchâssé dans un réseau, en utilisant les travaux d'Anthony Giddens et sa théorie de la structuration.

²³ Staber et Sydow (2002) utilisent la théorie de la structuration de Giddens pour expliquer la capacité d'adaptation des dimensions structurelles de la multiplicité, de la redondance et du « loose coupling ».

CHAPITRE 4

LA THÉORIE DE LA STRUCTURATION DE GIDDENS : VERS UNE CONCEPTION ÉTRIQUÉE DE L'ESPACE PROJET (-SOIN)

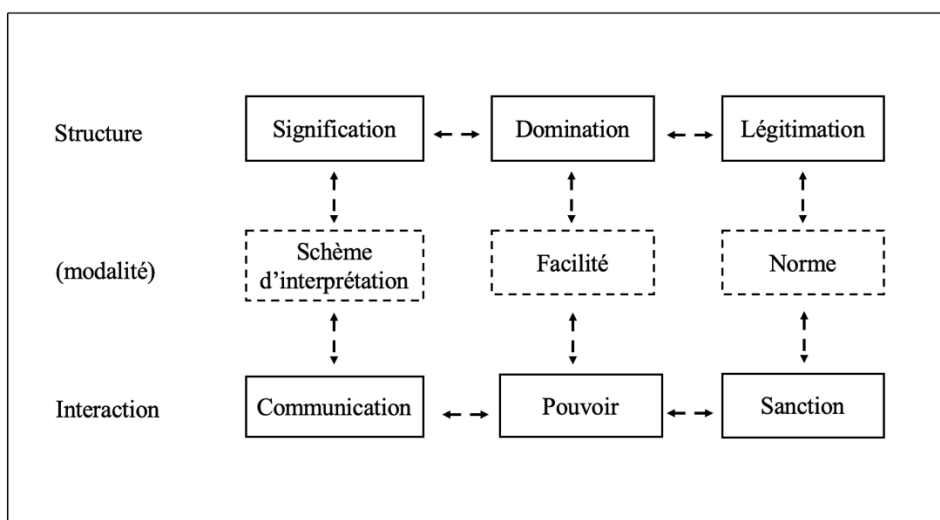
La théorie de la structuration dans ses grandes lignes

Pour Giddens (1984), le (structuro)-fonctionnaliste tout comme l'interprétativiste sont des échecs. En effet, en s'appuyant sur un dualisme, c'est-à-dire une opposition, entre l'individu et ses (inter)actions et la structure, ils n'ont pas pu atteindre leur objectif qui était de mettre au point un cadre analytique de la vie sociale et de la culture des êtres humains. En proposant la théorie de la structuration, Giddens (1984) souhaite non seulement dépasser l'opposition classique entre le (structuro)-fonctionnaliste et l'interprétativiste, mais également le dualisme individu ([inter]action) /structure. Pour y arriver, Giddens propose, entre autres, une dialectique entre l'individu, ses (inter)actions et la structure à laquelle il donne le nom de dualité du structurel que nous illustrons dans la figure 6.

Figure 6

Adaptation française des composantes de la dualité du structurel. Tiré de Giddens (1984),

p. 29



Tel que nous le présentons dans la figure 6, le structurel est composé d'éléments de signification, de domination et de légitimation : « la structure de signification peut être analysée en tant que systèmes de règles sémantiques (ou conventions), celles de domination comme systèmes de ressources » (Rojot, 1998, p. 18). Giddens (1984), distingue deux catégories de ressources formant les structures de domination : les ressources d'allocation (soit les ressources matérielles comprenant l'environnement naturel et les artefacts physiques) et les ressources d'autorité (c'est-à-dire les ressources non matérielles contrôlant les activités des êtres humains, telles que les lois, les règlements, la hiérarchie). Enfin, la légitimation renvoie aux principes sous-tendant un système de valeurs morales (Rojot, 1998).

Afin de parvenir à conduire leurs interactions (de communication, de pouvoir ou encore de sanction), les individus mobilisent (les trois flèches au bas de la figure 6) l'un ou l'autre (l'un et l'autre) des trois médiums (modalités) suivants : les schémas permettant de comprendre le contexte et les actions des autres individus, des leviers (facilités) leur permettant d'amener les autres à interagir avec eux dans le sens souhaité et des normes de conduites. En mobilisant ainsi ces trois médiums aux interactions, les individus produisent et reproduisent (les trois flèches au haut de la figure 6) la structure. Nous laissons à Rojot (1998) le soin de décrire la structuration des contextes sociaux : situations dans lesquelles les structures desdits contextes sont à la fois les conditions et les résultats des (inter)actions accomplies par les individus habitant ces systèmes.

La communication de sens dans l'interaction implique l'utilisation de schèmes interprétatifs au moyen desquels du sens est créé par les participants à partir de ce que chacun dit et fait. L'application de tels schèmes cognitifs, dans un cadre de connaissances mutuelles, dépend de et tire sur un ordre cognitif qui est partagé par une communauté, où, ce faisant, en tirant sur l'application de schèmes interprétatifs, en même temps reconstitue cet ordre. L'utilisation du pouvoir dans l'interaction implique l'application de facilités par lesquelles les participants génèrent des résultats en affectant les conduites des autres. Elles sont tirées d'un ordre de domination et en même temps leur application le reproduit. Il en est de même pour l'application de normes dans l'interaction qui tire sur et crée un ordre légitime. (Rojot, 1998, p. 17)

Alors que les (structuro-)fonctionnalistes mettent l'accent sur les rôles et dysfonctions (comme nous en avons parlé au chapitre 1) comme sources d'intégration (pour les premiers) et d'éclatement (pour les seconds) du système social, Giddens (1984) propose l'analyse de la structuration de ce dernier. En cours de structuration, les structures du social, résultant d'une suite de réponses contextualisées à des situations particulières qui s'entassent, s'emboîtent et s'enchâssent dans l'espace et le temps, forment les systèmes

sociaux actuels (Eraly, 1988). Enfin, les règles (les éléments de signification et légitimation de la structure dans la figure 6) et les ressources (l'élément de domination de la structure dans la figure 6) que mobilisent les individus en cours d'action sont à la fois habilitantes (les structures forment des leviers aux [inter]actions) et contraignantes (elles restreignent les individus à un ensemble de possibilités). De plus, la puissance du caractère contraignant et habilitant des structures varie selon le contexte et la nature des actions ou interactions qui sont contextuellement conduites (Giddens, 1984).

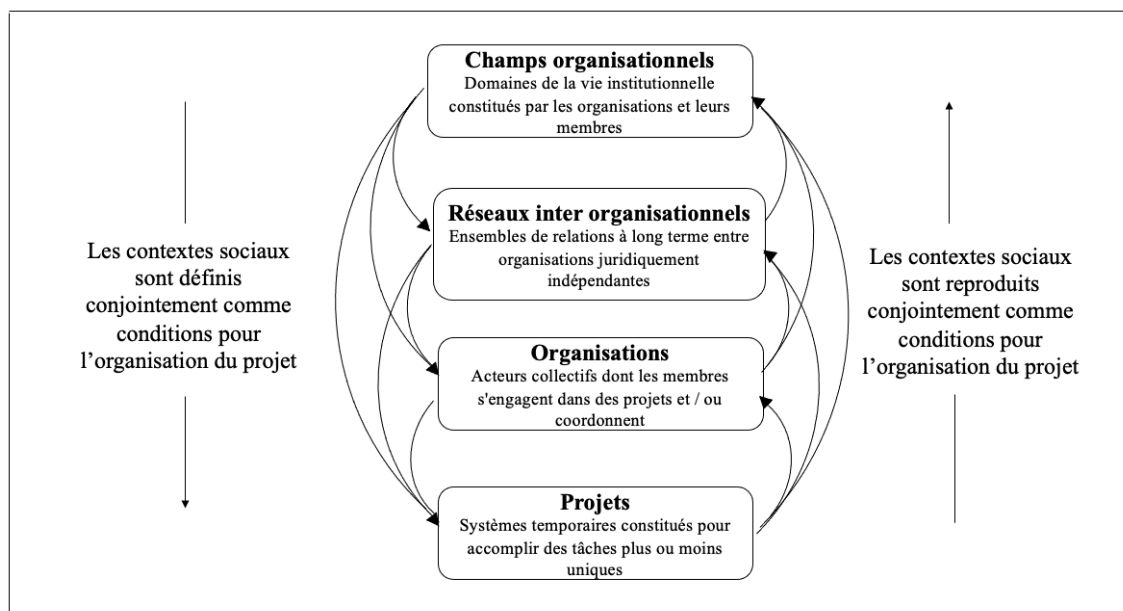
En gestion de projet, Manning (2008) est parmi les premiers auteurs, sinon le premier, à mobiliser les principes d'enchâssement des structures aux contextes de production et de reproduction des structures et du caractère habilitant et contraignant de ces dernières. Pour décrire ce phénomène, Manning (2008) propose deux notions théoriques : premièrement, les projets en tant que systèmes temporaires sont caractérisés par certaines propriétés structurelles, en particulier les spécifications de tâches, les contraintes de temps et les relations d'équipe, qui guident les activités du projet. Ces trois propriétés sont conjointement adoptées et reproduites sous forme d'ensembles de règles et de ressources au fur et à mesure que les projets sont lancés et mis en œuvre. La nature systémique des projets se reflète dans l'interdépendance de ces propriétés structurelles, c'est-à-dire que certaines spécifications de tâches sont associées à certaines contraintes de temps et structures d'équipe. Deuxièmement, les projets dans les entreprises de projets professionnels sont généralement intégrés, enchâssés, simultanément dans plusieurs contextes systémiques : organisation, réseaux organisationnels et champs

organisationnels. Cette relation d'influence entre les différents contextes est illustrée par les flèches vers le haut et les flèches vers le bas de la figure 7.

Getting embedded means that the very structural properties projects characterize are linked to structural properties of the systemic contexts in which they take place. In other words, task, time and team features of particular projects need to be recognized, authorized and legitimized according to rules and resources of their respective systemic contexts. Importantly, the very structural conditions of any one context, e.g. organization, are shaped by the conditions of larger contexts, e.g. inter-organizational networks and organizational fields. (Manning, 2008, p. 35)

Figure 7

Structuration des projets selon Manning (2008)



Les auteurs du courant critique qui empruntent dans leurs travaux la théorie de la structuration de Giddens (1984) adoptent du même coup sa conception de l'espace. Cicmil et O'Laocha (2016), tout en se tournant vers Heidegger (comme Boutinet [1986], le projet est une façon originaire d'être au monde), se rattachent au principe de dualité du structurel de Giddens (1984) (voir la figure 6). Or comment Giddens conçoit-il l'espace?

L'espace selon Giddens

Dans *The Constitution of Society*, Giddens (1984) prend appui sur les travaux du géographe Torsen Hägerstrand (Hägerstrand, 1975). Ce dernier, offre à Giddens (1984) les outils conceptuels pour envisager le temps et l'espace au quotidien. Conséquemment, Giddens (1984) lui emprunte l'idée que la vie quotidienne des agents sociaux se caractérise par une suite d'actions situées dans le temps et l'espace. Les actions des individus ont une contextualité; la contextualité de l'(inter)action est « the situated character of interaction in time-space, involving the setting of interaction, actors co-present and communication between them » (Giddens, 1984, p; 373). C'est l'un des principes clés au cœur du mouvement *Project-as-Practice* en gestion de projet.

Par cette définition de la contextualité, Giddens (1984) souhaite actualiser les sources de contraintes sur l'activité humaine relevées par Hägerstrand (1975, p. 12) : l'indivisibilité du corps, la finitude de l'étendue de vie, la capacité limitée de participer à plus d'une tâche à la fois, le fait qu'un mouvement dans l'espace l'est aussi dans le temps, et la capacité d'entassement limitée dans le temps et l'espace.

En plus de ces sources de contraintes, la géographie d'Hägerstrand (1975) prend appui sur l'idée phare que les individus au quotidien se déplacent le long d'un sentier spatio-temporel borné de contextes physiques. Ce sont dans ces contextes (espaces physiques) que prennent forme les sources de contraintes hägerstraniennes sur l'action humaine. Cette idée phare est révisée par Giddens (1984) estimant que la conception de l'agent humain d'Hägerstrand (1975) est beaucoup trop naïve et simplifiée. Il reproche également aux travaux d'Hägerstrand (1975) de réifier le dualisme action/structure.

Pour donner suite à sa relecture des travaux d'Hägerstrand (1975), Giddens (1984) imagine l'individu se déplaçant au quotidien d'un lieu (« local ») à un autre. Le lieu (local) pour Giddens est « a physical region involved as part of the setting of interaction, having definite boundaries which help to concentrate interaction in one way or a another » (1984, p. 375). Le lieu peut être un réseau de la santé, un hôpital, un département, etc. Les caractéristiques physiques du lieu ainsi que les types d'actions qui s'y déroulent permettent à l'individu de le définir et de le reconnaître en tant que lieu. Autrement dit, « a 'house' [un hôpital] is grasped as such only if the observer recognizes that it is a 'dwelling' with a range of other properties specified by the modes of its utilization in human activity » (1984, p. 118). Un lieu est d'une part, situé dans l'espace, mais aussi découpé en régions selon les pratiques sociales routinisées. Ainsi, les interactions d'un individu dans une région d'un lieu (une salle de cours au 2^e étage du nouvel édifice de la faculté de médecine) seront différentes de celles dans une autre région de ce même lieu (une salle de consultation de l'UMF-U, un étage plus bas dans le même édifice). Les régions sont séparées par des frontières physiques (tel qu'entendu par d'Hägerstrand –

cloisons délimitantes (la porte fermée d'une chambre d'hôpital) ou symboliques (la bulle que forment le patient et le médecin alors que l'étudiant, exclu de l'interaction, regarde en observateur). Cette démarcation entre les régions favorise la concentration d'une forme d'interactions. Giddens (1984) donne le nom de régionalisation à : « the temporal, spatial or space-time differentiation of regions either within or between locales » (p. 376). Les systèmes de santé (les espaces où se pratiquent les soins de santé) sont loin d'être des temps-espaces homogènes et unifiés comme le prétendent les naturalistes en santé. La notion giddensienne de rôle fait référence aux positions sociales occupées par les individus en cours de régionalisation de temps-espace. Par exemple, au quotidien, un individu qui, dans une région donnée, jouait le rôle de précepteur enseignant auprès d'étudiants en médecine pour devenir dans une autre région du même lieu à un autre moment du quotidien, l'omnipraticien de monsieur Untel, ou encore un patient. Chez les naturalistes, les rôles sont cristallisés, quel que soit l'espace-temps que l'individu occupe.

Pour notre part, nous estimons la théorie de la structuration de Giddens (1984) également limitative sur le plan de l'espace-temps. Car, même si l'espace social de Giddens est un espace dans lequel s'opèrent des transformations et est propice à l'émergence de phénomènes sociaux, cet espace n'est possible qu'à la condition d'être habité par un individu. Bien que Giddens ait voulu dépasser le structuro-fonctionnalisme parsonienne, il n'y arrive pas totalement comme en témoigne sa conception de l'espace qui accorde beaucoup trop d'importance à la corporalité, pour que l'on puisse concevoir l'espace projet (en particulier l'espace projet [-soin]) tel qu'entendu par Boutinet (1986,

p. 16) : « une façon originale d'être-au-monde, d'entrer en relation avec le temps à venir, avec l'espace à récréer. »

Ce rattachement à une conception traditionnelle de l'espace place conséquemment les travaux de Giddens (1984) sur le plan de l'espace dans une vision plutôt « naturaliste » de la gestion de projet, et donc en lien avec les cases 1 et 3 de la figure 3. Et donc, les auteurs qui empruntent la théorie de la structuration de Giddens, même s'ils s'identifient au courant critique de la gestion de projet, adoptent une conception de l'espace qui correspond plutôt aux principes spatio-temporels de la tradition.

Objectifs spécifiques de la recherche

Afin de répondre à notre question générale de recherche (comment le projet de santé, et en corollaire le projet (-soin), sont-ils pensés en recherche en gestion de projet ?), nous avons entrepris un triple exercice de recension des écrits scientifiques qui nous a permis de constater que : (1) le projet dans le secteur de la santé ne retient l'attention que de quelques auteurs; (2) peu de recherches portent sur des projets en phase avec la mission première d'un système de santé : le soin; (3) les travaux en gestion de projet qui portent sur le soin laissent en plan une partie prenante importante au projet : le patient. En somme, les travaux portant sur les projets dans le secteur de la santé se rattachent à la tradition en gestion de projet lorsqu'il est question de projet, à la perspective naturaliste pour ce qui concerne la santé et à la sollicitude « accaparante » pour ce qui est du soin.

Cependant, le soin, quelle que soit la perspective adoptée en gestion de projet (le courant de la tradition ou encore critique), se déroule dans un lieu donné, enchâssé dans l'espace. La conception de l'espace qui est promue est différente selon qu'il s'agit du naturalisme en médecine/de la tradition en gestion de projet ou du normativisme/de courants critiques en gestion de projet. Dans la tradition en gestion de projet, l'espace est euclidien, c'est-à-dire qu'il peut être cartographié avec précision (mesurer), qu'il est stable ou non évolutif au fil des pratiques. Suivant la perspective euclidienne, l'espace dicte ce qui se déroule en son sein.

Pour le courant critique en gestion de projet, l'espace est toujours en constitution et le moteur de constitution est les pratiques qui s'y déroulent. Ces derniers mots résument bien l'essence même de la théorie de la structuration de Giddens. Ce n'est donc pas étonnant que le courant critique s'accroche à la théorie de la structuration de Giddens. Bien que la théorie de la structuration soit classée sous les cadres conceptuels constructivistes (que l'adaptation française faite par Michel Audet [Giddens, 1986] boulotte plus que jamais aux constructivistes), elle se rattache à une définition des lieux ou des contextes qui possèdent encore des qualités euclidiennes en faisant des travaux d'Hägerstrand (1975) une théorie de référence de l'espace.

À partir des constats dont nous venons de dresser la liste, nous dégagons deux objectifs spécifiques à la présente recherche :

- 1- bâtir une architecture conceptuelle structurationniste de la constitution de l'espace projet (-soin) en prenant appui sur les travaux phares du courant critique, mais en dépassant la vision hägerstranienne de l'espace;

- 2- explorer empiriquement la structuration d'un projet (-soin) de sorte à mettre à l'épreuve l'architecture résultant de l'atteinte du premier objectif spécifique de la recherche.

CADRE CONCEPTUEL

Chapitre 5

BÂTIR UNE ARCHITECTURE CONCEPTUELLE DE L'ESPACE PROJET (-SOIN) EN TANT QU'« ÊTRE-AU-MONDE », « DE RELATION AVEC LE TEMPS À VENIR », ET « D'ESPACE À RECRÉER »

Notre premier objectif spécifique vise la mise au point d'une architecture conceptuelle structurationniste de la constitution de l'espace projet (-soin) en prenant appui sur les travaux phares du courant critique, mais en dépassant la vision hägerstranienne de l'espace. Giddens (1984) n'est pas le seul à avoir réfléchi sur la société en empruntant le chemin de la structuration de l'espace social : Lefebvre (1968) l'a fait bien avant lui. De plus, en s'appuyant sur Heidegger, Lefebvre (2000) pave la voie pour penser autrement l'espace en structuration. Ce faisant, nous retrouvons dans les façons de conceptualiser les choses chez Lefebvre, le « d'être-au-monde », « l'entrer en relation avec le temps à venir », « l'espace à recréer » au cœur de la définition du projet de Boutinet (1986) qui lui-même a fait des travaux de Heidegger des théories de référence (Boutinet, 2016).

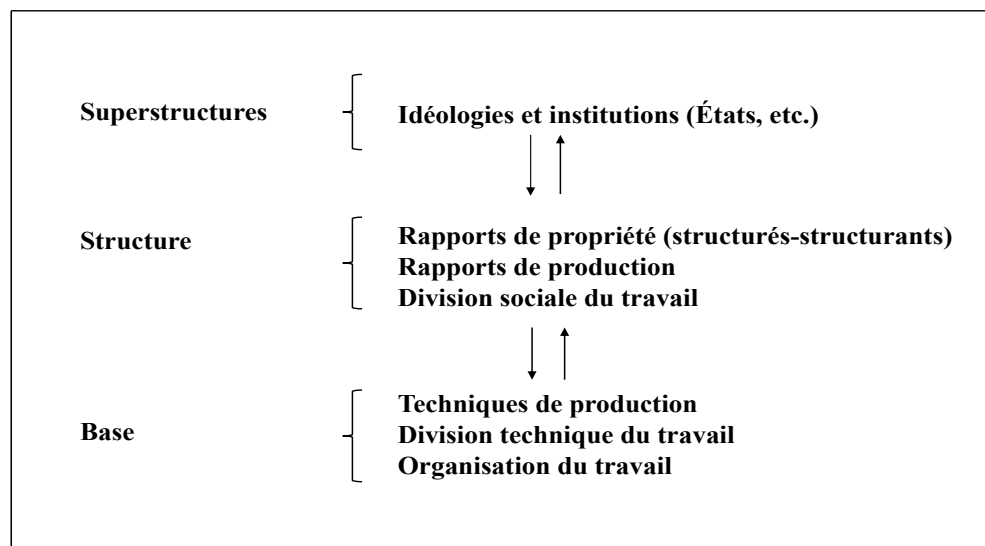
Lefebvre et Heidegger : d'autres façons de concevoir la structuration de l'espace

Dans *Forme, fonction, structure dans Le Capital* (article publié en 1968; donc bien avant la parution de *La Constitution de la société* [Giddens, 1984]), Lefebvre propose l'idée que la société s'édifie par l'entremise de mécanismes de structuration. En empruntant l'exemple des rapports de propriété, il montre que ces rapports sont à la fois structurés par la société (figure 8, flèche superstructures vers structure) et structurants pour les individus (figure 8, flèche structure vers base). En retour, les individus façonnent

les structures (figure 8, flèche base vers structure) et la société (figure 8, flèche structure vers superstructures).

Figure 8

Structuration : la perspective synchronique de Lefebvre



La filialité entre la dualité du structurel de Giddens (figure 6) et le schéma synchronique de Lefebvre (figure 8) saute aux yeux. De même, et bien que Manning (2008) ne fasse pas référence à Lefebvre (1968), l'illustration de la structuration des projets selon Manning (voir figure 7) concorde avec le schéma synchronique de Lefebvre (figure 8). Nous voyons, dans ce rapprochement entre Lefebvre et Manning, une pertinence à l'utilisation des travaux de Lefebvre en gestion de projet.

Si Giddens et Lefebvre se rejoignent quant à la manière de penser la structuration du social, c'est sur le plan de l'espace que les points de vue des deux auteurs se distinguent.

Lefebvre (2000) choisit de s'inscrire dans la continuité des travaux de Heidegger. Alors que Giddens (1984), bien qu'il organise sa théorie de la structuration autour d'une conception heideggérienne de l'action (Baert & Da Silva, 2010) – l'action comme un flow continu de conduites –, s'inspire des travaux d'Hägerstrand (1975) pour penser l'espace.

Dans son opus *Être et Temps*, Heidegger (1927/1986) critique l'espace euclidien, considérant que l'espace, comme le temps, a été compris dans un sens réducteur étroit, mathématique, qui ne correspond en rien avec notre expérience quotidienne de la vie dans le monde. Selon Heidegger, notre « être » ne se limite nullement au lieu physique délimitable qu'occupe notre corps et un mouvement dans l'espace ne correspond pas nécessairement à un mouvement dans le temps. Selon Heidegger (1988), par l'éloignement, le *Dasein* supprime la distance physique mesurable. Il s'étend aussi loin que le monde, pour autant qu'il s'en préoccupe (Berque, 1996). Pour Heidegger (1988), « la relation de l'homme et de l'espace n'est rien d'autre que l'habitation pensée dans son être » (p. 188). Et Heidegger (1988) d'ajouter :

Si je me dirige vers la sortie de cette salle, j'y suis déjà et je ne pourrais aucunement y aller si je n'étais ainsi fait que j'y suis déjà. Il n'arrive jamais que je sois seulement ici, en tant que corps enfermé en lui-même, au contraire je suis là, c'est-à-dire me tenant déjà dans tout l'espace; et c'est seulement ainsi que je puis le parcourir (1988, pp. 187-188).

Cette compréhension de l'espace, qui rejette la dualité sujet-objet, peut être caractérisée comme étant « la spatialité primaire de l'action » (Wollan, 2003).

Lefebvre, inspiré par les idées de Heidegger, propose sa propre conception de l'espace qu'il publie en 1974 dans la première édition de *La Production de l'espace*. Lefebvre

(2000), dans cet ouvrage, organise la conception de l'espace autour de la notion de triplicité de l'espace qui fait appel à la distinction entre le perçu, le conçu et le vécu. Le perçu renvoie aux pratiques se déroulant sur le plan physique de l'espace. Il se découvre en déchiffrant l'ensemble de la réalité quotidienne des individus. Le conçu, quant à lui, se situe sur le plan mental de l'espace, là où se développent les représentations symboliques et conceptuelles de l'espace. Ces représentations de l'espace prennent vie sur le plan social (le vécu) par l'entremise des interactions.

La triplicité de Lefebvre est riche de possibilités en termes de conception de la production de l'espace projet (-soin). Pour préciser encore plus la dimension ontologique de notre conceptualisation de l'espace, nous proposons de croiser la triplicité de la production de l'espace de Lefebvre ((2000) – perçu ; conçu ; vécu) avec celle de Heidegger ((1988) – bâtir ; penser ; habiter). Tout comme la triplicité du perçu, conçu et vécu qui se constituent en même temps,

« Bâtir » et penser, chacun à sa manière, sont toujours pour l'habitation inévitables et incontournables. Mais en outre, tous deux sont inaccessibles à l'habitation, aussi longtemps qu'ils vaquent séparément à leurs affaires, au lieu que chacun écoute l'autre. Ils peuvent s'écouter l'un l'autre, lorsque tous deux, bâtir et penser, font partie de l'habitation, qu'ils demeurent dans leurs limites et savent que l'un comme l'autre sortent de l'atelier d'une longue expérience et d'une incessante pratique. (Heidegger, 1988, pp. 192-193)

De tout ceci, nous avançons l'idée qu'un praticien réflexif, dans son quotidien, bâtit, pense et habite son projet, et en particulier son projet (-soin) (en tant qu'espace). Selon cette perspective, heideggérienne, la spatialité est le monde autour d'un acteur impliqué dans une activité humaine : la spatialité embrasse l'ensemble des lieux et parcours ancrés

dans des entités, où un lieu est un lieu pour performer une action et un parcours est un chemin dans ces lieux. Au terme de cette précision ontologique, nous fermons la boucle conceptuelle par un retour à deux principes chers à la théorie de la structuration de Giddens, soit le lieu et parcourir le lieu. Le tableau 7 présente une synthèse des différentes dimensions composant chacun des concepts de la triplicité : (1) de l'espace selon Lefebvre (2000) et (2) le « bâtir habiter penser » de Heidegger (1988).

Tableau 7

Ancrage ontologique de la production de l'espace projet(-soin) : Lefebvre et Heidegger

	Lefebvre (2000)				Heidegger (1988)	Lefebvre X Heidegger
Dimensions de la triplicité de l'espace	Pratiques spatiales	Perçu	Physique	Espace physico-social	Bâtir	Bâtir l'espace physiquement
	Représentation de l'espace	Conçu	Mental	Concepts, idées, connaissance, sciences	Penser	Penser les représentations de l'espace
	Espace des représentations	Véçu	Social	Relations sociales vécues	Habiter	Vivre l'espace en l'habitant

Le contenu du tableau 7 ne rend pas compte de l'aspect d'interdépendance et de dynamique qui existent entre les trois dimensions des triplicités de l'espace.

Autant chez Heidegger (1988) que chez Lefebvre (2000), l'espace se produit sur trois plans en même temps. Autrement dit, la représentation de l'espace d'un projet (-soin), (le

conçu – sur le plan du mental – ou le penser heideggérien) détermine la perception de l'étendue des pratiques (par exemple, un médecin radiologiste ne penserait pas à aller pratiquer dans un hôpital sans service d'imagerie médicale) que nous pouvons conduire sur le plan physique de cet espace (le perçu chez Lefebvre ou le bâtir heideggérien). En retour, les pratiques spatiales (le perçu/bâtir) ont la potentialité de maintenir et de transformer les représentations de l'espace (le conçu/penser). En même temps, la représentation de l'espace (le conçu/penser) conditionne les interactions sociales conduisant à la constitution des espaces de représentation (le vécu/habiter), autrement, dit la manière dont nous allons habiter l'espace projet (-soin) le cas échéant. Il n'est pas question ici d'étendue des pratiques mais de la nature des pratiques : une unité de soins en gériatrie active²⁴ a une configuration bien différente d'une unité de soins intensifs. Car, en fait, c'est la vocation du lieu qui détermine quelle(s) pratique(s) il est possible ou non d'accomplir. Ces mêmes interactions participent au maintien ou au changement des représentations de l'espace (projet (-soin) : le conçu/penser). Évidemment, les manières dont nous habitons socialement les espaces (projet (-soin) : vécu/habiter) sont à la fois les conditions et les résultats des pratiques se déroulant dans ledit espace (le perçu/bâtir). Nous rappelons que cette dialectique {(vécu/habiter) ↔ (perçu/bâtir)} est le cœur de la théorie de la structuration de Giddens (1984).

²⁴Les unités de courte durée en gériatrie (UCDG) sont conçues pour maintenir ou améliorer les aptitudes fonctionnelles, physiques et sociales afin de préserver l'autonomie et prévenir ou retarder l'institutionnalisation des personnes âgées et comportent des modifications de l'environnement physique du milieu de soins. (Tremblay, Pellerin, Asselin, Coulombe, & Rhinds, 2018, p. 9).

La structuration des pratiques spatiales chez Giddens (1984) est contextualisée, c'est-à-dire que l'espace est pertinent en tant que lieu en relation avec l'action sociale qui s'y déroule. Comme nous l'avons décrit à la première section du chapitre 4, sa théorie de la structuration explique que les structures sont les règles et des ressources reproduites dans l'espace et dans le temps, ce qui réduit l'espace en un lieu, un « locale ». Giddens (1984) associe le concept d'action à celui de l'espace dans une seule dimension, les actions semblent naturellement localisées. Par exemple, il ne demande pas si les actions peuvent produire de l'espace, et cela contrairement aux structures. En effet, Giddens (1984) est sans équivoque : ce sont les structures (règles et ressources) que produisent et reproduisent les actions, lesdites actions réduites à l'espace d'un « locale ». Nous le répétons, Giddens (1984) ne considère pas l'espace comme un produit d'action, il s'intéresse aux ressources des lieux, aux modes de la contextualité. Cette contextualisation de Giddens (1984), rappelons-le, prend appui sur les travaux d'Hägerstrand (1975) : l'indivisibilité du corps, la finitude de l'étendue de vie, la capacité limitée de participer à plus d'une tâche à la fois, le fait qu'un mouvement dans l'espace l'est aussi dans le temps, et la capacité d'entassement limitée dans le temps et l'espace.

Dans *Être et Temps*, Heidegger (1927/1986) développe l'idée de spatialité existentielle (l'« être-au-monde », « la relation avec le temps à venir », « l'espace à recréer » au cœur de la définition de projet chez Boutinet [1986]), conceptualisation alternative de l'espace qui résiste à l'extension physique en tant que condition du développement de la pratique quotidienne. Dans la spatialité existentielle, la disposition physique et la distance

mesurable entre les agents humains et les artefacts technologiques ne suggèrent pas la manière dont ils se rapportent l'un à l'autre dans la pratique. À savoir, la présence simultanée d'agents humains et d'objets technologiques dans l'espace physique ne révèle pas le « lieu » que ceux-ci ont ou peuvent acquérir. De même, les propriétés nues des artefacts technologiques ne préfigurent pas leur place dans la pratique quotidienne (Lamprou, 2017).

La pratique spatiale est rattachée à des modes de comportement liés à l'espace, c'est-à-dire des pratiques quotidiennes renforcées par des routines et des itinéraires pour la production et la reproduction d'espaces (Lefebvre, 2000). Elle est imprégnée de représentations de l'espace. Par représentations de l'espace, Lefebvre (2000) désigne l'espace conçu, l'espace des urbanistes, des scientifiques et des techniciens. C'est l'aspect idéologique et cognitif de l'espace, sa représentation, les modèles et les plans mathématiques et physiques qui permettent le décryptage de l'espace. Les représentations de l'espace imprègnent et préstructurent la pratique spatiale; l'une des plus importantes de celles-ci est la simultanéité du lieu actuel et potentiel. Cette structuration ne signifie pas que les utilisateurs quotidiens sont des experts conceptuels. Lefebvre (2000) définit les dualités qui façonnent l'espace moderne, soit le champ de l'action et le support de l'action, de la façon suivante :

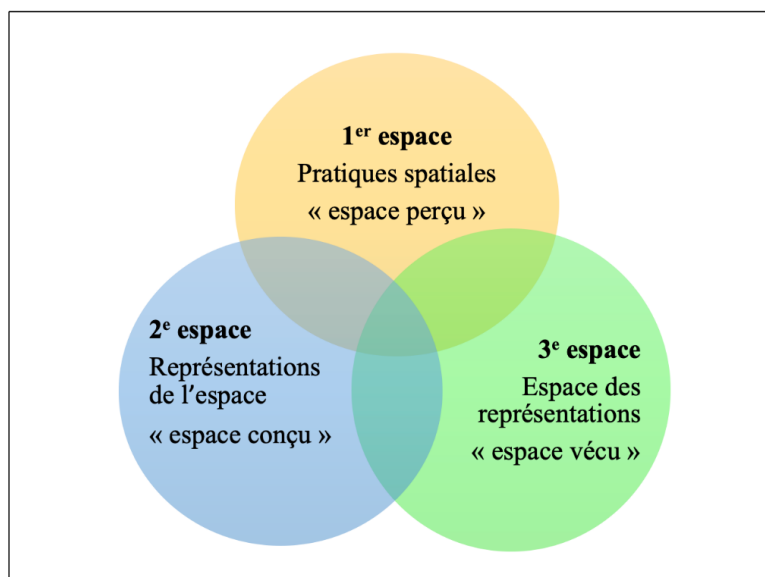
Jamais l'espace social ne se délivre de sa dualité. [...] Il se présente et se représente différemment. N'est pas toujours et simultanément *champ de l'action* (ouvrant devant les projets et intentions pratiques l'étendue où ils se déploient), – et *support de l'action* (ensemble de lieux d'où sortent et que visent les énergies) ? N'est-il pas à la fois *actuel* (donné) et *potentiel* (milieu de possibles)? (Lefebvre, 2000, p. 221)

Ainsi, l'espace est à la fois un ensemble de choses et d'objets, des outils et l'utilisation d'outils. L'espace rend l'action possible et est lui-même le champ d'action. Lefebvre propose ainsi une idée de l'espace qui est à la fois une forme structurante et une forme structurée (Löw, 2008). Il est difficile de se représenter graphiquement la production de l'espace de Lefebvre (2000). Pugalis (2009) propose d'utiliser trois sphères qui se chevauchent (voir figure 9) afin de représenter les trialectiques de l'espace chez Lefebvre (2000). Il justifie ainsi le choix de son illustration :

[...] some have represented Lefebvre's spatial schemata in a triadic arrangement of three points (e.g. Gatrell & Worsham, 2002), I prefer to stress its fluidity, openness and relationality. For Lefebvre, spatial practices, representations of space, and representational spaces stand in direct relation to the dialectical triad: the perceived, the conceived, and the lived. (Pugalis, 2009, p. 80)

Figure 9

Trialectique de Lefebvre (adaptation de Pugalis, 2009, p. 80)



La représentation de Pugalís (2009) est une reproduction graphique qui rend compte de l'aspect d'interdépendance et de la dynamique des éléments du tableau 7. La trialectique permet de concevoir un espace arrimé aux principes épistémologiques fondateurs des normativistes en santé pour qui la santé est un concept individuel qui se définit dans la relation entre le malade et le médecin et dans le souci de l'autre. Elle permet également d'opérationnaliser la relation sociale – enchâssée dans un espace – qui est produite, perçue, conçue et vécue par les auteurs qui y participent.

La conceptualisation de la production spatiale des projets en santé : espace projet (-soin)

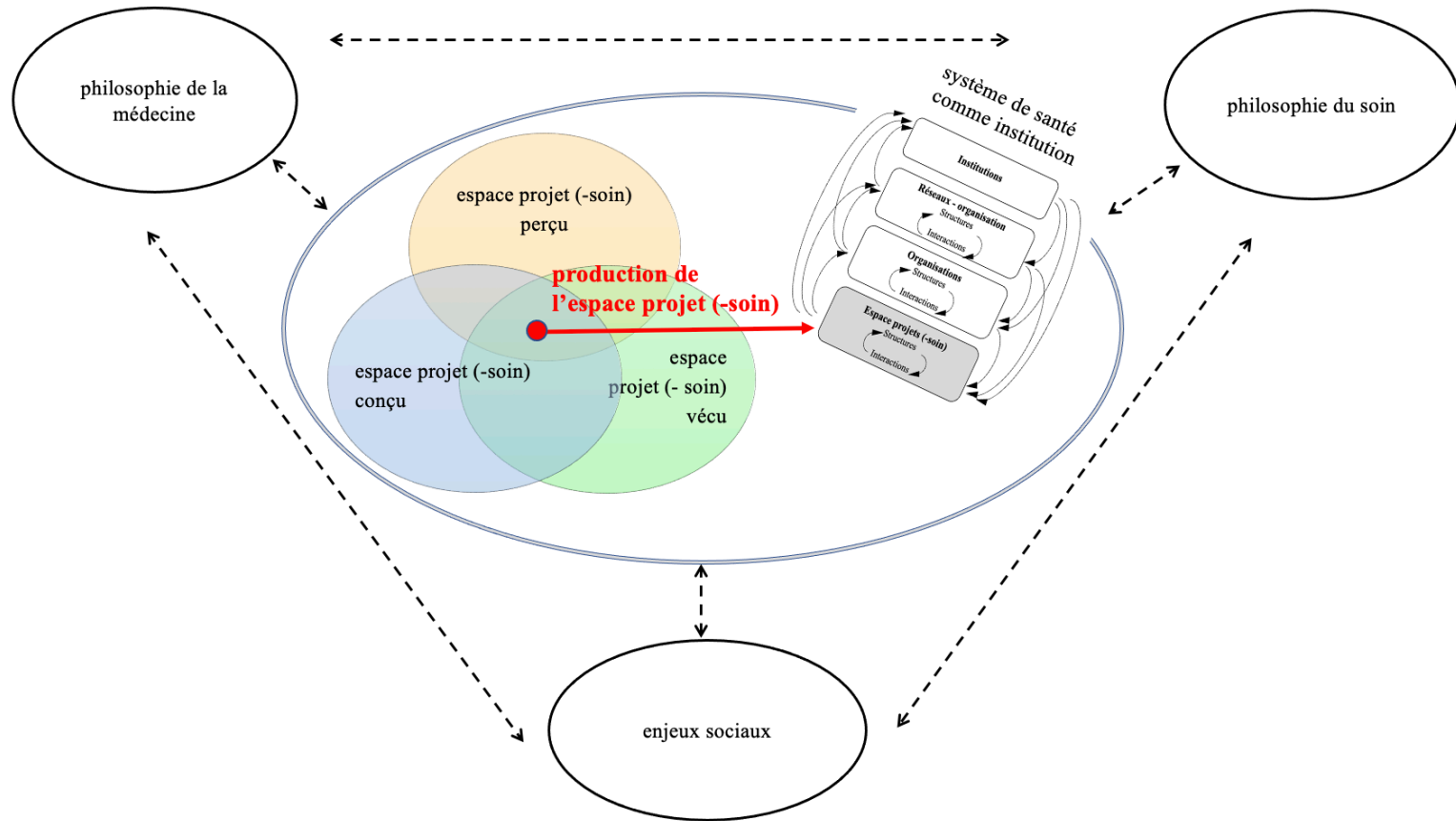
Un projet de soins est enchâssé dans l'organisation (selon Manning [2008] tout projet est enchâssé sur deux plans : un réseau d'organisations et une organisation de ce réseau). Plus largement, et toujours selon Manning (2008), tout projet est partie prenante d'une institution : le projet de soins est enchâssé dans la société. À la lumière de la perspective croisée de Lefebvre/Heidegger (voir tableau 7), en tant qu'espace, le projet (-soin), tout comme l'organisation et la société, possède trois dimensions : bâtir l'espace physiquement, penser les représentations de l'espace, vivre l'espace en l'habitant. Ces dimensions s'inter-influencent (les trialectiques) pour constituer le projet (-soin). En raison de la relation dialectique entre le projet, l'organisation et le système de santé, bâtir physiquement l'espace, penser ses représentations et le vivre par l'habitation sont trois processus s'inter-définissant. Dans la figure 7 sont illustrés les mouvements de

structuration entre le projet, l'organisation (et le réseau d'organisations) et l'institution. Si nous reprenons l'illustration de Pugalis de la figure 9, l'intersection entre bâtir physiquement l'espace (cercle jaune), penser ses représentations (cercle bleu) et le vivre par l'habitation (cercle vert) représente la production de l'espace social.

Nous avons mentionné précédemment que l'espace rend l'action possible et est lui-même le champ d'action, il est à la fois une forme structurante et une forme structurée. Cela nous amène à la conception de la figure 10 qui intègre, d'une certaine façon, la relation entre le processus de structuration qui façonne le projet, l'idée que le projet est conçu-pensé,

Figure 10

Production de l'espace projet(-soin)



perçu-bâti et vécu-habité en tant qu'espace social rattaché aux enjeux sociétaux, mais également à des postures philosophiques de la médecine et du soin.

En effet, au chapitre 1, nous avons présenté deux postures épistémologiques institutionnalisées de la santé. Ces deux approches philosophiques en médecine, le naturalisme/objectivisme et le normativisme/interprétativisme, peuvent être liés à deux façons différentes de penser la gestion de projet (voir tableau 5). Nous rappelons que le naturalisme a certaines accointances avec la tradition en gestion de projet puisque tous deux sont fonctionnalistes/positivistes. Ils mettent l'accent sur la performance économique, la rationalisation, les caractéristiques fordistes et mécanistes et la construction de structures verticales au sein d'organisations au détriment des individus. Le modèle phare pour les soins de santé s'exprime dans la biostatistique de Boorse (1977), qui considère la maladie comme une fonction biologique des organes malades, et non pas un état des individus ou des interprétations.

L'aspect économique semble y revêtir une importance plus grande que l'aspect social de la pratique médicale. On reconnaît que la tradition ne considère aucunement le patient, si ce n'est qu'à titre de distraction sans aucune connaissance significative et non comme une partie prenante au projet (l'état de la documentation présentée au chapitre 3 est sans équivoque sur ce point). Il ne fait pas partie des modalités avec lesquelles le pouvoir institutionnel veut traiter. Les structures organisationnelles auxquelles nous accordons de plus en plus d'importance se préoccupent peu des doléances de la population. Par conséquent, dans cette vision naturaliste de la tradition, la santé est univoque et les soins définis par les experts consistent à faire le nécessaire pour que l'organe malade, et non pas

l'individu, retrouve un fonctionnement normal à la lumière des normes établies par la statistique populationnelle afin de satisfaire les besoins d'un client (institutions). Rare est la concordance entre ce que le patient attend du résultat final de l'intervention médicale et l'appréciation objective du praticien.

Les projets qui arborent une vision naturaliste conçoivent le soin sous un angle que l'on pourrait qualifier de pathologique. Encore une fois, le corps de l'individu est décomposé en organes malades et souvent les projets prennent l'allure de projets d'implantation de nouvelles technologies diagnostiques, par exemple de nouveaux tests en biochimie, de nouveaux appareils en radiologie (un nouveau PET scan²⁵) ou encore l'amélioration des systèmes informatiques.

L'espace naturaliste correspond à l'espace de la finalité du projet. Il est habité uniquement par les professionnels de la santé. Suivant cette conception, l'espace bâti consiste en des contextes physiques bien particuliers (ex. : le poste d'une unité de soin) de sorte à maximiser leurs interactions. Les manières de penser les représentations des espaces, quant à elles, se limitent à l'interdisciplinarité professionnelle, à l'intégration des soins, etc.

À l'autre bout du spectre, le normativisme, porteur d'une vision critique des soins de santé, devient un opposant au naturalisme/objectivisme dont l'essor se fait au détriment d'une vision « holistique ». Le normativisme rend compte de la vision *platonique* de la

²⁵Procédure dans laquelle une petite quantité de glucose radioactif (sucre) est injectée dans une veine et un scanner est utilisé pour créer des images détaillées et informatisées des zones à l'intérieur du corps où le glucose est absorbé. Comme les cellules cancéreuses absorbent souvent plus de glucose que les cellules normales, les images peuvent être utilisées pour détecter les cellules cancéreuses dans le corps. Aussi appelé tomographie par émission de positrons.

médecine des « hommes libres ». Le soin est individualisé, personnalisé par le langage. Car c'est une erreur de penser que nous pouvons réduire l'expérience de la maladie à un objet de science sans recevoir la contribution interprétativiste d'individus (praticiens, clients et bénéficiaires du projet). C'est là que convergent le courant critique et l'approche canguilhémienne de pratiquer la médecine, car tous les deux s'intéressent aux relations entre les individus, leurs comportements et actions – le patient est conçu comme un agent²⁶ au sens entendu par Giddens (1984). Les projets qui sont de nature normativiste prennent en compte la personne dans sa dimension physique, psychique et sociale. Rares sont les exemples de tels projets.

L'approche normativiste pense les représentations de l'espace en mettant en scène le soignant (le professionnel de la santé) et le soigné. Conséquemment, et contrairement à l'espace naturaliste, l'espace normativiste/interprétativiste est bâti de sorte à être habité par les soignants, les soignés et leurs interactions. De plus, l'espace existe au-delà de l'espace sertissant la finalité du projet. Le soignant tire de sa relation avec le soigné une connaissance structurant sa relation à la fois avec ledit soigné, mais aussi avec l'organisation, les normes et les pratiques attendues. Le soignant et le soigné ne bâtissent pas, n'habitent pas et ne pensent pas l'espace de manière statique. La production de l'espace normativiste (ou du colloque singulier) se tient au sein d'un projet de soin qui se déroule dans le temps. Il faut avoir à l'esprit que lorsque l'on gère un tel projet de soin misant sur les colloques singuliers, celui-ci se structure au fur et à mesure que les

²⁶Giddens (1984) soutient que tous les êtres humains sont des agents compétents.

interactions se déroulent. Cette renégociation constante entre le praticien, le patient, la pratique de la gestion de projet et la praxis conduit à ladite production de l'espace soignant-soigné, et cela sur les trois plans : bâtir physiquement l'espace, penser ses représentations et le vivre par l'habitation.

En somme, la figure 10 intègre les éléments discutés et représentés aux figures 1, 4, 7 et 9. Toujours en gardant à l'esprit que le projet de soin a comme aboutissement la production d'un espace projet (-soin), elle met en scène l'opposition épistémique qui se joue entre le normativisme et le naturalisme, le tout serti dans la trialectique de Lefebvre.

Notre premier objectif spécifique de recherche étant atteint (bâtir une architecture conceptuelle structurationniste de la constitution de l'espace projet (-soin) en prenant appui sur les travaux phares du courant critique, mais en dépassant la vision hägerstranienne de l'espace), les chapitres suivants seront consacrés au second objectif spécifique de la recherche : explorer empiriquement la proposition conceptuelle érigée dans ce cinquième chapitre.

DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

CHAPITRE 6

L'ÉTUDE DE CAS COMME STRATÉGIE DE RECHERCHE

Stake (1995) définit le cas comme un système intégré. Dès lors, l'étude de cas consiste à étudier les dynamiques propres à un ou quelques systèmes et entre-systèmes. Au regard de la figure 10 et de l'objectif spécifique visé par ce sixième chapitre, inutile d'épiloguer sur la pertinence de l'étude de cas. En effet, nous souhaitons explorer empiriquement une architecture conceptuelle de la production de l'espace projet(-soin) qui repose sur un ensemble de boucles dynamiques entre plusieurs éléments systémiques dont les uns sont à la fois les conditions et les résultats des autres. L'étude de cas est jugée une stratégie de recherche appropriée lorsque l'on souhaite explorer empiriquement une proposition conceptuelle ou encore offrir l'occasion de développer des paramètres historiques (Gagnon, 2011; Stake, 1995; Yin, 2017), si ce n'est pas les deux à la fois, comme c'est le cas de la présente de recherche.

Pour la grande famille des sciences administratives dont fait partie la gestion de projet, Bell et al. (2022) distinguent l'étude de cas de l'étude comparée. Dans les sciences administratives, l'étude de cas, comme stratégie de recherche, renvoie selon Bell et al. (2022) à l'étude d'une région, d'une organisation, d'un projet. L'étude comparée, toujours selon Bell et al. (2022), est utilisée en sciences administratives lorsqu'on souhaite comparer plusieurs contextes organisationnels entre eux. Autrement dit, l'étude comparée a pour objectif de mettre en exergue ce qui converge, diverge ou même s'oppose pour un phénomène entre plusieurs contextes organisationnels. Quant à l'étude de cas, elle vise à

étudier en profondeur un phénomène dans son contexte organisationnel pour rendre compte le plus possible de sa complexité. C'est cette dernière approche stratégique que nous retenons pour la présente recherche. Par ailleurs, Yin (2017) propose l'utilisation du cas unique lorsque l'objectif spécifique d'une recherche, qui, à l'instar de celle-ci, vise à explorer la valeur empirique d'une proposition théorique (second objectif spécifique de la présente thèse).

Cela dit, Bell et al. (2020 – voir leur tableau 3.1) font ressortir que l'étude de cas peut être d'orientation quantitative ou qualitative. Dans le cadre de la présentation, nous empruntons l'orientation qualitative, car l'intérêt d'une telle orientation est de comprendre comment le comportement humain peut s'explorer à l'intérieur d'un cadre de références structurelles sociales dans lequel ont lieu ces comportements (Blais & Martineau, 2006; Creswell, 2013; Flick, Von Kardorff, & Steinke, 2004; Miles, Huberman, & Saldana, 2020).

Qualitative data, with their emphasis on people's lived experiences, are fundamentally well suited for locating the meanings people place on the events, processes, and structures of their lives and for connecting these meanings to the social world around them. (Miles et al., 2020, p. 11).

Dans ce qui suit, nous allons décrire le cas à l'étude.

Le cas du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill

Déjà en 1970, l'état de santé de la population en Outaouais était mal en point (Courteau & Émond, 1991). En 2008, la santé de la population de l'Outaouais ne se porte, somme toute, guère mieux et, de plus, fait face à une pénurie chronique des professionnels de la

santé. C'est dans ce contexte que l'Agence de santé et des services sociaux de l'Outaouais rassemble une douzaine d'acteurs des milieux politique, économique et académique et donne naissance au Consortium²⁷. Celui-ci a pour rôle de mettre en place des stratégies menant à la venue de nouveaux professionnels de la santé dans la région. À la suite de ses travaux, le Consortium présente un portefeuille de projets, le *Campus santé Outaouais*, qui s'attaque au problème de main-d'œuvre et à celui du recrutement médical. À cet effet, deux axes de formation sont proposés. Un premier axe de formation vise la création de trois nouveaux programmes : le DEC en soins préhospitaliers d'urgence, le DEC en techniques d'inhalothérapie et le DEC accéléré en soins infirmiers, de même que l'étude de nouvelles techniques en radiologie et en laboratoire (*Campus santé Outaouais* 2008).

Un deuxième axe est celui de la formation médicale qui propose deux niveaux d'interventions. D'abord pour la formation clinique postdoctorale : optimiser la formation médicale spécialisée déjà existante et augmenter son offre de stages. Pour la formation pré-doctorale, deux objectifs sont avancés : premièrement, mettre en place l'offre d'un nouvel externat intégré, c'est-à-dire les 3^e et 4^e années de formation médicale et, deuxièmement, évaluer la faisabilité d'offrir la formation fondamentale en Outaouais soit les 1^{re} et 2^e années de formation en médecine.

²⁷Le Consortium est composé de l'Agence de santé et des services sociaux de l'Outaouais, le CSSS de Gatineau, l'Université du Québec en Outaouais, l'Université McGill, le CÉGEP de l'Outaouais, le collège Héritage, le Service régional de la formation professionnelle en Outaouais, la Commission scolaire Western Québec, la direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, les directions générales d'Emploi-Québec, la direction régionale du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le Cabinet du ministre responsable de la région.

Les autorités universitaires veulent aussi mettre en place un externat intégré où un contingent de six à huit étudiants fera un stage clinique d'un an surtout dans les hôpitaux de Hull et de Gatineau lors de leur troisième année d'étude pré-doctorale. (Barrière, 2008a, p. 3)

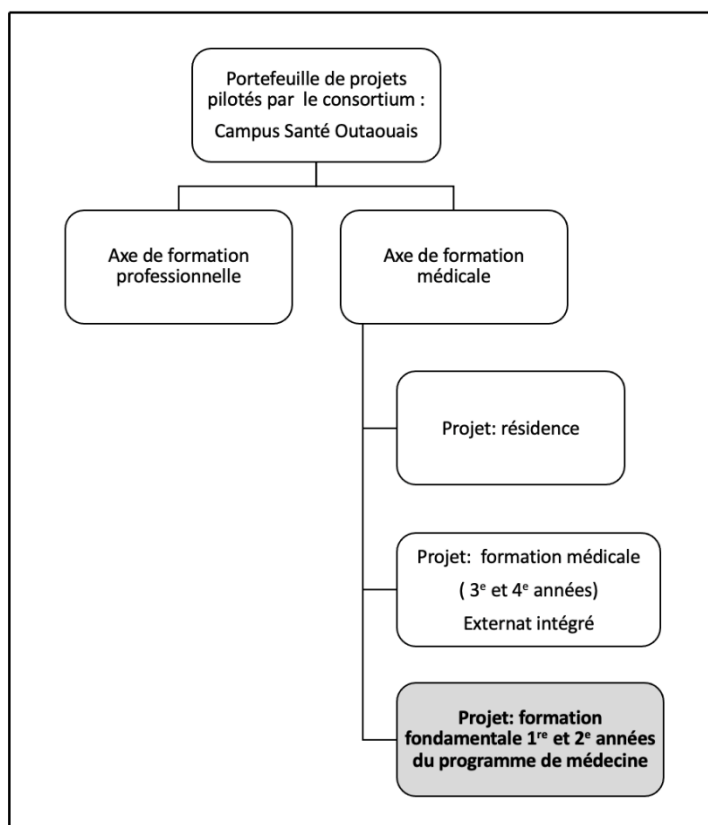
En 2007, 80 apprentis médecins ont fait des stages dans les hôpitaux de l'Outaouais. Des stages de seulement quatre semaines. Cette fois-ci, dit le Dr Brousseau, l'objectif est plus ambitieux. Les étudiants choisis compléteront tout leur externat dans les hôpitaux de l'Outaouais, soit deux années complètes d'études. (P. Duquette, 2009, p. 5)

Le premier objectif a été réalisé en 2010 : les étudiants en médecine de McGill ont montré un vif intérêt à l'offre de venir terminer leurs études pré-doctorales (3^e et 4^e années du programme universitaire en médecine) en Outaouais. En effet, il semble que la popularité de l'externat intégré offert en Outaouais soit grande, puisque 16 étudiants ont posé leur candidature pour les 9 postes disponibles dans la région pour 2010-2011 (Mercier, 2010b, p. 4).

Notre recherche porte sur le deuxième objectif en lien avec le développement de la formation médicale, soit les travaux qui entourent le projet de délocalisation de la formation fondamentale du programme de médecine de l'Université McGill en Outaouais (voir la cellule dont la trame de fond est en gris dans la figure 11).

Figure 11

Portefeuille de projets pilotés par le Consortium : Campus santé Outaouais



Le projet de délocalisation de la formation fondamentale du programme de médecine de l'Université McGill en Outaouais est un projet (-soin), car nous considérons que ce projet donnera une impulsion sur la manière de concevoir les soins dans le réseau de la santé en Outaouais et par ricochet impactera sur la santé de la population. Ensuite, ledit projet a été retenu comme cas d'étude car il place « le patient au cœur des sciences de la santé » (McGill University, 2019), ce qui fait écho aux lacunes de la documentation

scientifique en gestion de projet. Enfin, au chapitre 2, nous avons mentionné qu'il fallait penser le projet différemment dans son contexte social et avec une conception de la santé hors de la norme. À partir de là, nous nous sommes tournée vers Boutinet (1986) et sa définition de projet comme point de départ au cadre conceptuel que nous avons bâti au chapitre 5. Cette définition du projet (« le projet constitue la façon originaire d'être-au-monde, c'est-à-dire d'entrer en relation avec le temps à venir, avec l'espace à recréer » [p. 16]), Boutinet (1986) l'a diffusée en éducation dans la revue *Éducation permanente*. Nous en déduisons donc que la définition du projet de Boutinet (1986) concerne particulièrement les projets de formation, comme c'est le cas du projet de délocalisation de la formation fondamentale du programme de médecine de l'Université McGill.

Tout comme la formation offerte au campus de Montréal de l'Université McGill, le projet de formation médicale fondamentale délocalisée (FMFD) au campus Outaouais de l'Université McGill vise une formation qui s'échelonne sur quatre ans. Pour aider les étudiants à comprendre les interactions entre la science, les patients et eux-mêmes comme médecins, la formation médicale comporte trois thèmes longitudinaux : 1) responsabilité sociale, santé et promotion de la santé; 2) identité et pratique professionnelle (rôle du médecin); 3) sciences fondamentales, pensée critique et application des connaissances, qui s'articulent tout au long des quatre volets du cursus.

Le volet I – Formation fondamentale en médecine et médecine dentaire (FFMMD) – cible l'acquisition de connaissances sur le fonctionnement physiologique normal, les mécanismes pathologiques et sur la thérapeutique au moyen d'une approche intégrée par systèmes. L'apprentissage se fait dans le cadre de cours magistraux, de laboratoires,

d'enseignement en petits groupes, de travaux et d'études en autonomie. En plus d'acquies les notions de sciences fondamentales liées à la santé et à la maladie, les étudiants participent au cours « Expérience longitudinale en médecine familiale (ELMF) », qui offre un contact précoce avec un milieu clinique en médecine de famille. Le volet FFMMD a comme étendue la 1^{re} année et les six premiers mois de la 2^e année.

Le volet II – Transition vers la pratique clinique (TPC) – a pour objectif d'aider les étudiants à passer d'un mode d'enseignement surtout théorique en classe à un apprentissage actif et autodirigé en milieu clinique. L'apprentissage se fait dans le cadre de séances d'apprenti clinicien et de travaux dirigés cliniques, d'exposés magistraux, d'enseignement en petits groupes, de travaux et d'études en autonomie. Les étudiants consolident leurs techniques d'anamnèse et d'examen physique, développent leurs habiletés de raisonnement clinique et apprennent à formuler la conduite à tenir devant les présentations cliniques courantes.

Les cours du volet III – Externat (3^e et 4^e années du programme) – servent l'objectif premier du programme MDCM : former des médecins ayant acquis les connaissances requises dans les présentations cliniques du Conseil médical du Canada (CMC) ainsi que les habiletés et attributs cliniques fondamentaux dont ils ont besoin pour servir la société dans l'exercice de la profession médicale. Durant l'externat, les étudiants sont intégrés à l'équipe clinique et participent activement aux soins donnés aux patients sous une supervision appropriée. Tous les étudiants suivent les cours obligatoires de l'externat clinique en médecine interne, chirurgie, médecine de famille, psychiatrie, obstétrique et gynécologie, pédiatrie, gériatrie et médecine d'urgence, en plus des cours « Santé

publique et médecine préventive », « Vue d'ensemble – sciences fondamentales, médecine et société », et « Transition vers la résidence ».

Le volet IV (*Physicianship*) présente le double rôle du médecin auprès de ses patients : celui de soignant et celui de professionnel.

Le campus Outaouais de l'Université McGill se trouve attaché au Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) de l'Outaouais. Il étend ses services à une population de plus de 300 000 habitants sur un territoire de 33 456 km² dans plus de 80 points de services.

Il est le résultat de l'intégration de cinq Centres de santé et services sociaux (CSSS) : Gatineau, Papineau, Pontiac, des Collines, Vallée-de-la-Gatineau, ainsi que d'un centre de réadaptation en déficience physique (le Centre régional de réadaptation La RessourSe), d'un centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement (Pavillon du Parc), d'un centre de réadaptation en dépendance (CRDO), des Centres jeunesse de l'Outaouais, de quinze CHSLD et de dix-neuf CLSC (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2019).

Stratégie d'échantillonnage des participants

Il y a deux grandes stratégies d'échantillonnage qualitatives, une visant le transfert des résultats à une population et une seconde qui vise à fournir la meilleure réponse crédible et pertinente à la question spécifique de recherche (E. Bell et al., 2022). Si la première grande stratégie exige d'établir les caractéristiques objectives de la population à laquelle

on veut transférer les résultats (l'échantillon doit avoir les mêmes caractéristiques objectives que la population), la seconde repose sur le recrutement de participants qui, par leur bagage de connaissances, permettent de fournir une réponse judicieuse à la question spécifique de recherche. Notre objectif de recherche (explorer empiriquement la proposition conceptuelle érigée dans le cinquième chapitre) ne vise pas en premier lieu à transférer les résultats à une population, mais vise à mobiliser les participants ayant la plus grande compétence possible à fournir une information qui pourra mettre à l'épreuve notre proposition théorique. Conséquemment, nous empruntons la démarche d'échantillonnage dirigé théorique, l'une des démarches d'échantillonnage que chapeaute la seconde grande stratégie d'échantillonnage qualitative (Bell et al., 2022).

Donc selon Bell et al., l'échantillonnage théorique est à privilégier lorsque nous voulons construire ou parfaire une proposition théorique. Il s'agit de constituer un groupe de participants (échantillon) dont l'expérience va permettre de fournir une information riche sur les concepts au cœur de la proposition théorique. En ce qui nous concerne, nous avons ciblé des participants permettant également l'émergence de notions abstraites, absentes du cadre original. Ainsi, nous avons recruté vingt-trois participants : dix-neuf médecins (7 spécialistes et 12 médecins de famille) et quatre gestionnaires de programme. Nous nous sommes concentrés sur les médecins et les gestionnaires de programme parce que le projet est purement d'ordre médical (programme de formation en médecine). Conséquemment, les autres types d'intervenants en santé, par exemple infirmière, physiothérapeutes, etc., auraient eu du mal à se *pro-jeter* dans les mêmes espaces que celui du projet anticipé.

Le critère d'inclusion des médecins est d'être précepteur auprès des étudiants en médecine au moment de la collecte des données. Pour ce qui est des gestionnaires de programme, ils devaient s'occuper, au moment de la collecte de données, de l'une ou l'autre des cohortes d'étudiants en médecine. Ces participants devaient être capables de rendre compte de la manière dont ils ont imaginé le « projet » (concepts théoriques : l'espace projet[-soin] perçu, conçu, vécu). En plus, les précepteurs ont été choisis de sorte qu'ils puissent nourrir empiriquement les différents éléments abstraits du cadre conceptuel. Par exemple, nous avons retenu des précepteurs engagés dans la cause du développement d'infrastructures en santé en Outaouais (concepts théoriques dans la figure 10 : enjeux sociaux et système de santé comme institution). Ou encore, des précepteurs qui par leur vécu de projets semblables pouvaient apporter des nuances à la production de l'espace projet(-soin) (concept théorique dans la figure 10 : flèches en rouge « production de l'espace projet[-soin] »).

Les participants ont été recrutés par une invitation à participer au présent projet de thèse, transmise par courriel par le secrétariat du campus de l'Outaouais de la faculté de médecine de McGill. L'invitation initiale a été transmise le 25 février 2021, période qui coïncide avec la troisième vague de la pandémie de covid-19. Eu égard à l'état d'urgence dans les centres hospitaliers, il a fallu faire plusieurs cycles d'invitation afin d'arriver à obtenir dix-neuf médecins.

Méthodes de recherche

Entrevues

Nous avons fait des entrevues individuelles semi-structurées auprès de l'ensemble de nos participants. Nous avons choisi les entrevues semi-structurées car elles combinent la démarche déductive et inductive. En effet, notre second objectif spécifique de recherche vise la confrontation empirique du cadre conceptuel proposé au chapitre cinq. Ainsi, l'entrevue semi-structurée a d'abord été planifiée en tenant compte de tous les éléments abstraits du chapitre cinq (déduction). Ensuite, cette planification a été aménagée de sorte à permettre l'émergence d'éléments pouvant compléter la proposition théorique faite au chapitre cinq (induction).

Le schéma d'entrevue était divisé en trois grands thèmes : 1- profil expérientiel, 2- conceptualisation du projet, 3- conceptualisation de la santé et des soins. Le profil expérientiel avait pour but de faire l'état de leur expérience professionnelle et connaître leur point de vue quant aux effets des changements de structure du système de santé. Quant aux questions relatives à la conceptualisation du projet, elles avaient pour mission de cerner l'espace projet(-soin) perçu, conçu et vécu. Enfin, le troisième thème chapeautait les questions permettant de positionner philosophiquement les participants par rapport à la santé (naturalisme ou normativisme) et au soin (sollicitude prévenante ou accaparante). Nous avons déposé en appendices A et B un exemplaire du schéma d'entrevue.

Six entrevues ont été faites par téléphone, dix entrevues par visioconférence et sept entrevues en personne dans des locaux aménagés de sorte à respecter les consignes

sociosanitaires entourant la pandémie de la covid-19. D'une durée moyenne de cinquante minutes, les entrevues ont été enregistrées. Nous avons rencontré une seule fois les participants.

Considération éthique

Le présent projet de thèse a reçu l'approbation du comité d'éthique à la recherche de l'UQO ainsi que du CISSSO.

Était joint à l'invitation à la participation au présent projet de thèse le formulaire de consentement (voir appendices C et D). Une personne qui acceptait de participer à une entrevue devait nous retourner avant celle-ci un exemplaire dudit formulaire signé. À la réception du document, nous signions à notre tour celui-ci pour le retourner au participant. Ensuite, un rendez-vous pour une entrevue était fixé.

Documents publics, organisationnels et médiatiques comme unités d'analyse

Il existe plusieurs types de documents qui peuvent être des unités d'analyse en sciences administratives (Bell et al., 2022) et corollairement en gestion de projet : les documents personnels, les documents publics, les documents organisationnels et les documents médiatiques. Dans le tableau 8, nous avons dressé la liste des types de documents mobilisés dans cette thèse, ainsi que la nature et les critères qui ont participé au choix de ceux-ci. Scott (1990) propose quatre critères de sélection d'un document comme unité d'analyse : l'authenticité, la crédibilité, la représentativité et la signification.

1 Authenticity. Is the evidence of genuine and unquestionable origin?

2 Credibility. Is the evidence free from error and distortion?

3 Representativeness. Is the evidence typical of its kind, and, if not is the extend of its untypicality known?

4 Meaning. Is the evidence clear and comprehensible?

(Scott, 1990, p. 6 – l’italique est de l’auteur)

Tableau 8

Liste des sources documentaires

Type	Nature	Source	Critères (voir légende)
Public	Lois sur la santé	https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-4.2	1, 2, 3, 4
	Réformes du système de santé du Québec	Documents historiques – MSSS	1, 2, 3, 4
	Santé publique en Outaouais	BAnQ	1, 2, 3, 4
Organisationnel	CISSSO/CSSSG Rapports annuels	https://ciyss-ouataouais.gouv.qc.ca Capsules d’information	1, 2, 3, 4
	McGill Programme MDCM	https://www.mcgill.ca/medadmissions/fr/programmes/mdcm	1, 2, 3, 4
	Document de présentation du projet	BAnQ	1, 2, 3, 4
	UQO communiqués de presse	https://uqo.ca/nouvelles/	1, 2, 3, 4
Médiatique	Le Droit	BAnQ	1, 3, 4
	Le Devoir	BAnQ	1, 3, 4
	La Presse	BAnQ	1, 3, 4
	Radio-Canada	BAnQ	1, 3, 4

Légende : 1- authenticité, 2- crédibilité, 3- représentativité, 4- signification

Nous avons choisi de consulter la Bibliothèque et les Archives nationales du Québec (BAnQ) à partir de 1969 en raison de l'histoire du système de santé canadien et québécois. L'histoire du système de santé canadien et québécois peut être divisée en trois temps, dont le premier qui s'étend de la fin du XIX^e siècle jusqu'à la fin des années 1940. Avant 1948, le système de santé du Québec, comme celui des autres provinces canadiennes, repose en grande partie sur l'initiative cléricale. Les communautés religieuses, arrivées au début de la colonie, administrent en grande partie les hôpitaux et les hospices. Arrivées en 1639, les Augustines de la Miséricorde fondent le premier hôpital en Amérique (Gouvernement du Québec, 2013). Le département (ministère) de la Santé, créé en 1936, se voit confier la responsabilité de surveiller l'application des lois portant sur l'hygiène et la santé publiques.

Le second moment correspond aux années 1950 et 1960 et se caractérise par l'intervention massive des pouvoirs publics, tant au niveau fédéral que provincial. Ils contribuent au financement des infrastructures, à l'accès égalitaire à des soins de plus en plus techniques pour toute la population. Les années 1950 et 1960 furent ainsi une période d'expansion assez phénoménale de l'appareil médico-hospitalier et de l'utilisation des services. C'est en 1960 que le Parlement adopte la loi sur l'assurance hospitalisation et que les soins hospitaliers deviennent gratuits. À l'été 1969, l'instauration de la Régie de l'assurance maladie fera en sorte que les services médicaux soient dorénavant à la charge de l'État. Viennent ensuite la loi sur l'assurance maladie en 1970, puis la loi sur les services de santé et des services sociaux en 1971 qui établissent l'accessibilité universelle à des soins et services complets, continus et complémentaires. C'est dans la foulée de cette

loi sur les services de santé et services sociaux de 1971 que se déploie le système de santé publique québécois tel que nous le connaissons aujourd'hui.

À partir de là, la portée réelle des interventions de l'État ne suit plus seulement une logique de développement social, mais cède lentement à une logique productiviste, économique (M Renaud, 1981). Cela se manifeste d'ailleurs par un changement de vocabulaire : *dévouement, qualité de soins, excellence* sont remplacés par les termes technocratiques *objectifs, programmes, évaluation* (Renaud, 1981).

Depuis sa création en 1971, le système de santé publique québécois est marqué par plusieurs réformes dont le but est principalement de réduire les coûts, sans toutefois remettre en cause jusqu'ici les valeurs fondamentales²⁸ qui ont présidé à la fondation du système (Desrosiers & Gaumer, 2014).

Pour les besoins de l'analyse du projet de formation médicale fondamentale délocalisée couvert dans ce chapitre, il importe de préciser qu'à travers ces réformes, différents organismes et établissements ont vu le jour ou encore ont disparu; on peut penser aux régies régionales, agences de la santé et des services sociaux. Les hôpitaux vont former des Centres de santé et de services sociaux, les CSSS. Les CSSS seront de nouveau intégrés à de nouveaux établissements pour former des Centres intégrés de santé et des services sociaux (CISSS ou CIUSSS). On assiste à la création des Groupes de médecine familiale, les GMF, qui sont des regroupements de médecins travaillant en étroite

²⁸ L'Assemblée nationale adopte en 1971 la Loi sur les services de santé et les services sociaux. C'est la mise en place d'un système de santé, avec accès universel et gratuit, sans égard au revenu ou au statut social des citoyennes et des citoyens.

collaboration avec des infirmières pour dispenser des services auprès de personnes inscrites, sur une base non géographique.

Au milieu des années 1980, le réseau québécois montre des signes d'essoufflement : les listes d'attente s'allongent, les urgences des hôpitaux sont souvent engorgées et on déplore la vétusté de certaines installations et de certains équipements. On assiste à une pénurie de main-d'œuvre et une détérioration des conditions de travail dans les établissements du Québec.

Analyse du contenu du matériau

La démarche d'analyse du contenu du matériau s'inspire de Kuckartz et Rädiker (2023).

Un travail initial a été fait avec le matériau. Les documents publics, organisationnels et médiatiques ont été téléchargés sur l'ordinateur, lus et annotés à partir d'une application PDF. En ce qui concerne les entrevues, elles ont été transcrites intégralement dans Microsoft Word. Tout au long de la lecture du matériau, différentes notes ont été prises pour permettre la réflexion de son contenu. Voici quelques questions qui ont guidé notre analyse du matériau : en quoi le document d'archives jette-t-il un éclairage historique sur le projet de formation médicale fondamentale délocalisée? En quoi le document d'archives permet-il de paramétrer le contexte et les contingences du projet de formation médicale fondamentale délocalisée? Sur quelle base le participant est-il partie prenante au projet de formation médicale fondamentale délocalisée (en quoi est-il concerné par le projet? en quoi est-il un agent de projet?).

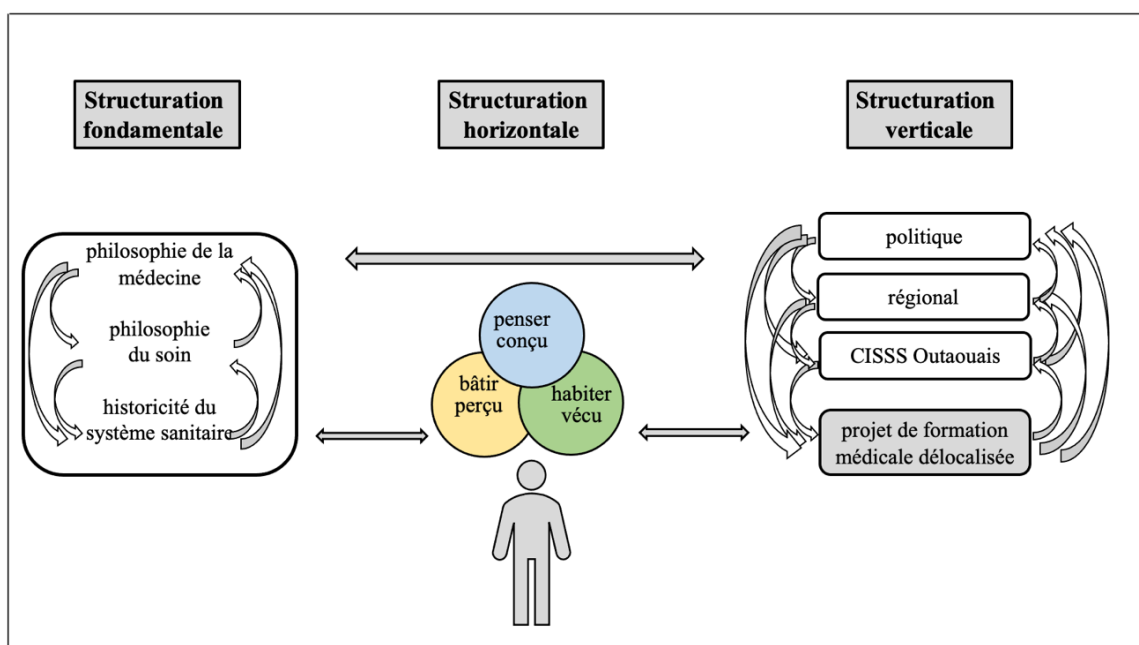
Ensuite, et en nous inspirant des recommandations faites par Miles et al. (2020) et Saldaña (2016) aux chercheurs poursuivant un objectif d'exploration à partir de données qualitatives, nous avons bâti un catalogue de codes a priori autour de deux thèmes : la gestion du projet et la production de l'espace projet(-soin). Le thème de la gestion du projet a été décliné en 5 catégories (faisabilité, conception, réalisation, déploiement et clôture) et une dizaine de sous-catégories correspondant au cycle de vie des projets, comme cela est proposé dans la 7^e édition du PMBok (par exemple : financement, rentabilité, capacité à livrer le projet, apport et influence des parties prenantes, ressources [techniques et humaines], viabilité financière, retombées et besoins pour la population de l'Outaouais, risques, coûts et échéanciers).

Quant au thème de la production de l'espace projet(-soin), en s'inspirant de la technique d'illustration graphique des résultats des données qualitatives proposée par Miles et al. (2020), nous avons retravaillé la figure 10 afin de construire un catalogue de codification a priori. Ainsi notre catalogue de codification pour le thème de la production de l'espace projet(-soin) a 4 catégories : la structuration fondamentale, la structuration horizontale, la structuration verticale et les relations dialectiques. La structuration fondamentale est composée de 3 catégories : philosophie de la médecine, philosophie des soins et historicité du système de santé. En ce qui concerne la structuration horizontale, nous avons aussi 3 sous-catégories : penser/conçu, bâtir/perçu et habiter/vécu. La catégorie de la structuration verticale est composée de 4 sous-catégories : le politique, le régional, le CISSS de l'Outaouais et le projet de formation médicale délocalisé. À ces 4 catégories s'ajoutent celles concernant les mouvements de structuration ascendants (Projet → CISSS

de l'Outaouais; Projet → la région de l'Outaouais; Projet → le politique; le CISSS de l'Outaouais → la région de l'Outaouais; le CISSS de l'Outaouais → le politique; la région de l'Outaouais → le politique) et descendants (le politique → la région de l'Outaouais; le politique → le CISSS de l'Outaouais; le politique → le projet; la région de l'Outaouais → le CISSS de l'Outaouais; la région de l'Outaouais → le projet; le CISSS de l'Outaouais → le projet). Enfin, la catégorie « relations dialectiques » est déclinée en 3 sous-catégories : « le fondamental ↔ le vertical »; « le fondamental ↔ l'horizontal »; « l'horizontal ↔ le vertical ». Dans la figure 12, nous présentons le fruit de notre travail.

Figure 12

Production de l'espace projet(-soin) : catégories et sous-catégories

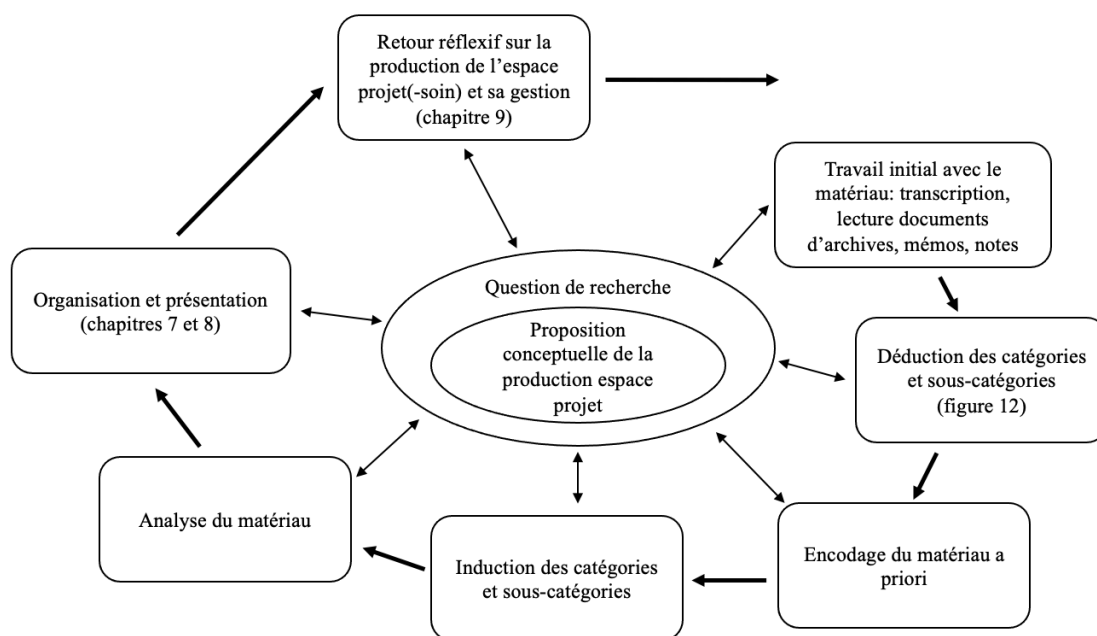


Dans un troisième temps, et à partir du catalogue de code a priori, le matériau a été encodé (ligne par ligne). Kuckartz et Rädiker (2023) soulignent l'importance de la qualité de l'encodage. Ces auteurs recommandent l'encodage consensuel comme modalité d'assurance d'un encodage de qualité. Ils soulignent également que l'encodage consensuel est impossible pour des situations particulières telles qu'une recherche doctorale. Cela dit, le directeur de thèse est intervenu tout au long de l'encodage pour bien comprendre la démarche empruntée et les raisons pour lesquelles certaines unités de sens étaient encodées sous telle sous-catégorie plutôt qu'une autre. Cela étant dit, tout au long de l'encodage a priori (déductif), nous avons été à l'affût de la possibilité d'induire de nouvelles catégories/sous-catégories (4^e étape).

Dans un cinquième temps, les données ont été analysées, les résultats organisés et présentés (voir chapitres 7 et 8) et, enfin, un retour réflexif sur l'abstraction de la production de l'espace(-soin) a été fait (voir chapitre 9). Cette démarche en six étapes possède l'avantage, selon Kuckartz et Rädiker (2023), d'ancrer solidement l'analyse du matériau dans les objectifs de la recherche. Dans la figure 13 nous illustrons la démarche d'analyse du matériau emprunté dans cette thèse.

Figure 13

Les six étapes d'analyse du matériau (inspirées des figures 4.1 et 5.1 de Kuckartz et Rädiker, 2023)



Les résultats sur le thème de la gestion du projet de délocalisation de la formation fondamentale du programme de médecine de l'Université McGill en Outaouais sont présentés dans les chapitres 7 et 8.

RÉSULTATS

CHAPITRE 7

LE PROJET DE FORMATION MÉDICALE FONDAMENTALE DÉLOCALISÉE (FMFD) AU CAMPUS OUTAOUAIS DE L'UNIVERSITÉ MCGILL

Nous pensons qu'il est nécessaire d'apporter quelques précisions avant de passer à l'atteinte du second objectif spécifique de la présente recherche : l'exploration empirique de la proposition conceptuelle érigée au chapitre 5. Le contenu de ce septième chapitre nous semble essentiel afin de soutenir l'argumentaire sur la présentation des phénomènes d'intrication et de structuration qui sont en jeu dans le projet qui nous intéresse, celui de la formation médicale fondamentale délocalisée (FMFD) en Outaouais de l'Université McGill.

Nous allons, dans un premier temps, faire un bref rappel historique du système sanitaire québécois afin de mettre en relief le contexte sociosanitaire qui prévalait en Outaouais dans les années 1970. Cet exercice est incontournable puisque certains éléments de ce contexte ont entraîné la mobilisation de la population et ont poussé les instances gouvernementales à réagir. Nous verrons, au chapitre 8, que ces éléments ont été le terreau qui a entraîné, plusieurs années plus tard, le projet de formation médicale fondamentale délocalisée (FMFD). Dans un deuxième temps, nous allons nous attarder à décrire ce projet de FMFD et à en exposer les différentes phases telles que décrites par le Project Management Institute dans son guide, le PMBoK, ainsi que les différents acteurs qui y ont pris part. À partir de là seront mis en exergue les tenants et les aboutissants du projet qui est mis sous la loupe dans cette thèse et qui va nous servir d'étude de cas au phénomène d'intrication et de structuration de l'espace projet (-soin) (soit la poursuite de l'atteinte du second objectif de la présente thèse).

Contexte historique de la santé en Outaouais

Les analyses des documents d'archives sur la situation sociosanitaire au quotidien en Outaouais (niveau régional de la structuration) révèlent que, à la fin des années 1960, elle est loin d'être enviable. Comme nous l'avons déjà souligné, d'une part, à cette époque, l'état de la santé de la population de l'Outaouais est mal en point en comparaison du reste du Québec. D'autre part, l'Outaouais fait face à un problème de sous-financement et à un manque chronique de médecins et d'infirmières qui ont été maintes fois décriés par la population dans les années 1970 et rapportés dans les travaux de la commission Castonguay-Nepveu (*Le Droit*, 25 octobre 1972, p. 1; *Le Droit*, 22 novembre 1972, p.34). La pénurie d'effectifs médicaux est connue et reconnue par le gouvernement depuis plusieurs décennies. Le nombre de médecins par habitant est le plus bas de la province, l'Outaouais étant la « championne de la pénurie », « l'écart observé entre les besoins et les effectifs déjà en place atteint -17,9 % » (Barrière, 2009). Cela est encore plus névralgique eu égard à l'état de santé de la population de l'Outaouais. Le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (la FMOQ) admettait que « l'Outaouais était une des régions les plus en pénurie » et la FMOQ estimait qu'il manquait 66 omnipraticiens en Outaouais (Mercier, 2007a). C'est pourquoi, en 2007, le gouvernement du Québec reconnaissant l'importance du problème accordait un statut particulier à la région de l'Outaouais en matière de santé (Rioux Soucy, 2007).

La gestion du projet de formation médicale fondamentale délocalisée (FMFD) au campus Outaouais de l'Université McGill

La reconnaissance de la problématique particulière de la région de l'Outaouais a permis de mettre en place une série de mesures structurantes. Parmi celles-ci, et comme souligné dans la figure 11, se trouve un portefeuille de projets de formations professionnelles et médicales pilotés par le Consortium *Campus santé Outaouais*.

En 2010, l'Outaouais accueillait des étudiants ayant complété leurs 1^{re} et 2^e années de médecine à McGill-Montréal et qui venaient faire leurs 3^e et 4^e années d'externat à l'unité de médecine familiale (UMF) de Gatineau ainsi que des étudiants ayant terminé leurs 4 années de formation à McGill-Montréal et qui venaient faire des stages en spécialité (par exemple, en médecine interne, pédiatrie) ou qui venaient faire leurs deux années de formation de résidence en médecine familiale. La seule formation qui n'était pas offerte en Outaouais était donc les 1^{re} et 2^e années de formation en médecine. Le projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill vise à mettre en place un milieu d'enseignement pour les deux premières années du cursus de formation médicale telle que décrite au chapitre 6. Vont être présentées, dans ce qui suit, les différentes étapes de ce projet avec son cycle de vie (nous nous référons aux travaux du Project Management Institute [PMBok, 2021]). Ce cycle est composé de six phases, soit la faisabilité, la conception, la réalisation, le test, le déploiement et la clôture (PMBok, 2021, p. 42). La première phase est la faisabilité du projet qui est l'étape dans laquelle on détermine si l'analyse de rentabilisation est valide et si l'organisation a la capacité de fournir le résultat escompté (PMBok, 2021, p. 42). La deuxième phase est celle de la planification et de

l'analyse qui conduisent à la conception des livrables du projet qui seront développés (PMBok, 2021, p. 42). Vient ensuite la phase de réalisation, c'est-à-dire la construction du livrable où des activités d'assurance qualité intégrées sont menées (PMBok, 2021, p. 42). La quatrième phase est celle du test : l'examen de la qualité finale et l'inspection des livrables sont effectués avant la transition, la mise en service ou l'acceptation par le client (PMBok, 2021, p. 42). Enfin, l'avant-dernière phase est le déploiement, phase durant laquelle les livrables du projet sont mis en service et les activités de transition requises pour le maintien, la réalisation des avantages et la gestion du changement organisationnel sont terminées (PMBok, 2021, p. 42). La dernière phase, celle de la clôture du projet, met un terme de façon officielle au projet; les connaissances et les artefacts du projet sont archivés, les membres de l'équipe de projet libérés et les contrats sont clôturés (PMBok, 2021, p. 42).

Avant de passer à la faisabilité du projet de formation médicale fondamentale délocalisée, nous souhaitons nous appesantir sur la phase du « test ». Cette phase relève de la haute direction de l'Université McGill, de ministères (de la Santé et de l'Éducation) et même des regroupements de médecins canadiens ou québécois. Dans le cadre du projet sous la loupe, pour des raisons de gouvernance et d'enjeux politiques, la phase test a été faite en parallèle à la faisabilité du projet de délocalisation. Dans le milieu universitaire québécois, cette pratique est courante, puisque le programme à délocaliser doit d'abord passer l'épreuve de la qualité avant d'être délocalisé.

Ainsi l'Université McGill (campus de Montréal) a refondu son programme d'études médicales de premier cycle afin de se conformer aux exigences du collège royal de médecine du Canada.

La faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université McGill a lancé son nouveau programme d'études médicales de premier cycle en septembre 2013, après une révision en profondeur fondée sur les recommandations issues du rapport de planification stratégique de la Faculté et le rapport « L'avenir de l'éducation médicale au Canada pour les études médicales pré-doctorales » de l'Association des facultés de médecine du Canada. Le programme MDCM a été élaboré après des consultations complètes avec les différents acteurs concernés ainsi qu'une recension des pratiques exemplaires en matière de théorie pédagogique et d'intégration des nouvelles technologies dans des salles de classe rénovées. (McGill, 2023a)

Avant de donner son approbation à la délocalisation en Outaouais de son programme de formation médicale fondamentale, McGill devrait s'assurer que son nouveau curriculum de formation médicale fonctionne bien et soit propice à une formation fondamentale délocalisée (Langelier, Leblanc, & Robitaille, 2013, p. 29). Ainsi après un rodage de quelques trimestres du nouveau cursus sur le campus de Montréal, McGill arrive à la conclusion de la possibilité de délocaliser la formation médicale fondamentale, ce qui a permis aux représentants du campus Outaouais d'avancer les travaux en lien avec l'étude de faisabilité.

On a fait des consultations. Et actuellement, il y a une ouverture à la fois de l'Université McGill et des différents partenaires face à ce projet. Le curriculum des étudiants en médecine a été modifié. Donc, il permet maintenant cette délocalisation, explique Jean Hébert, qui se réjouit de la situation. (Radio-Canada, 2014a)

Le Centre de santé et de services sociaux de Gatineau, l'Université du Québec en Outaouais et l'Université McGill ont signé des ententes de partenariat d'affiliation. [...] « Cette alliance représente un atout majeur pour notre organisation. Elle permettra de consolider les formations existantes pour l'enseignement médical et pour la recherche. Selon moi, l'entente contribuera également à faire en sorte d'attirer un plus grand nombre de professionnels de la santé dans notre région », de préciser monsieur Beaudoin. [...] Toujours dans le but de vouloir améliorer la qualité des soins offerts, ce partenariat qui s'inscrit également dans le cadre des travaux du Consortium Campus santé Outaouais, devrait permettre, à long terme, d'ajouter des programmes de spécialisation offerts en Outaouais. (Centre de santé et de services sociaux de Gatineau, 2012, p. 4; Mercier, 2012, p. 2)

La faisabilité du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus

Outaouais de l'Université McGill

La phase de faisabilité de projet débute généralement lorsqu'un chef de projet est nommé (PMBok, 2021). En décembre 2008, le D^r Gilles Brousseau, qui avait été l'un des acteurs dans la création de l'unité de médecine familiale de Gatineau²⁹, a été nommé directeur médical du campus santé et vice-doyen adjoint des études médicales de la faculté de médecine de l'Université McGill.

Le D^r Brousseau œuvre en Outaouais depuis 25 ans. Il est actuellement responsable des ressources informationnelles de l'Unité de médecine familiale (UMF) du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau (CSSSG) et est médecin superviseur pour les stages. Le D^r Morissette a rappelé que le D^r Brousseau était au cœur de la création de l'UMF. (Barrière, 2008d)

La mission du nouveau directeur médical du campus santé était le suivant :

D'ici juillet 2010, il devra faire en sorte que l'Outaouais propose un programme d'externat intégré en collaboration avec McGill. À plus long terme, il devra étudier la possibilité que la région offre la formation fondamentale aux étudiants en médecine. Aucun échéancier n'a été fixé pour ce volet de son mandat. (Barrière, 2008, p. 6)

À quelques mots près, le mandat confié au responsable du projet correspond à la définition que donne le PMBoK (2021) de la phase de lancement de l'étude de faisabilité : cette phase du projet détermine si l'analyse de rentabilité est valide et si l'organisation a la capacité de livrer le résultat escompté. Les objectifs poursuivis dans le projet, identifiés dans l'extrait ci-dessus, sont d'offrir

²⁹En 1987, McGill et le Conseil régional de la Santé et des services sociaux (CRSSS) avaient planifié deux unités de médecine familiale pour offrir la formation des médecins résidents en médecine familiale en Outaouais et c'est en 1988 que l'unité de médecine familiale (UMF) de Gatineau a ouvert ses portes. Ayant reçu en 2016 la reconnaissance universitaire en matière d'enseignement et son agrément dans le Programme de médecine de famille par le Collège des médecins du Québec et le Collège des médecins de famille du Canada, le GMF-U de Gatineau est un lieu qui accueille des patients et où les résidents en médecine de famille, les étudiants et les stagiaires dans différentes disciplines peuvent recevoir de la formation et être supervisés.

une formation médicale complète en Outaouais, ce qui signifie d'ajouter aux années 3 et 4 déjà offertes les deux premières années du curriculum.

Une composante importante dans la faisabilité de ce projet, comme dans plusieurs autres, est l'influence ou l'apport des parties prenantes. Comme il est mentionné au chapitre 5, les différents participants du Consortium sont issus des milieux académique, politique et économique de la région de l'Outaouais. Pour le volet de formation médicale, on retrouve comme principaux acteurs : le Centre de santé et de services sociaux de l'Outaouais, l'Agence de santé et des services sociaux de l'Outaouais, l'Université du Québec en Outaouais et l'Université McGill.

L'engagement de certaines parties prenantes dans le projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill s'est esquissé avant son lancement, du moins l'engagement implicite de deux parties prenantes. En effet, les premiers acteurs à être mobilisés par le projet sont l'Université du Québec en Outaouais (UQO) et l'Université McGill. L'UQO, qui avait depuis quelques années des visées concernant la formation des infirmières praticiennes spécialisées (IPS), devait, pour ce faire, établir un lien avec une université ayant une faculté de médecine (Le Droit, 2007, 20 juin, p. 3). En 2016, une entente de collaboration était signée entre l'UQO et McGill pour le développement en priorité de programmes visant la formation d'IPS (Outaouais, 2016).

En ce qui concerne le projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill, l'UQO disait être prête à se lancer dans le projet dès 2008 :

Le mois dernier, le recteur de l'UQO, Jean Vaillancourt, avait déclaré qu'une première cohorte d'étudiants en médecine pourrait faire son entrée en Outaouais à l'automne 2010. Les médecins omnipraticiens pourraient débiter leur pratique sept ans après leur arrivée sur les bancs d'école et ainsi aider à soulager la pénurie de médecins qui sévit dans la région. Grâce à l'implantation d'une faculté satellite de médecine, la formation des médecins se ferait entièrement en Outaouais. Les cours

théoriques seraient offerts à l'UQO et la formation clinique serait dirigée vers les établissements de santé régionaux, avait précisé Jean Vaillancourt. Le recteur avait également indiqué que l'éventuel partenariat avec l'Université McGill permettrait de former des médecins spécialistes. (Barrière, 2008b, p. 3)

Jean Vaillancourt voyait comme une opportunité historique la création d'une école de médecine en Outaouais et désirait « entamer les négociations avec la faculté de médecine de l'Université McGill ». Selon lui, McGill n'était pas la seule option : « Si l'Université McGill refuse de parrainer la future école de médecine, Jean Vaillancourt se tournera vers une des trois autres facultés de médecine de la province » (P. Duquette, 2008, p. 2). Ce n'était pas la première fois que l'UQO faisait des représentations dans ce sens; son porte-parole affirmait en février 2008 : « on souhaite offrir une formation en médecine le plus tôt possible et on va travailler avec ceux qui vont répondre à notre demande, a indiqué M. Boileau » (Mercier, 2008, p. 15). L'UQO avait d'ailleurs déposé une demande de financement au Gouvernement en mai de la même année, qui détaillait les montants nécessaires à l'établissement de la formation en médecine en collaboration avec McGill. (Barrière, 2008c, p. 10)

L'Université McGill, disposant d'un lien avec Outaouais depuis la création de l'unité de médecine familiale (UMF), tablait sur cette association pour garantir la faisabilité du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill. McGill entendait aller par palier dans le projet :

Pour la médecine, McGill entend doubler le nombre de médecins résidents dans l'unité de médecine familiale qu'elle chapeaute actuellement. Ils passeront de 10 à 20. Si tout va bien, dès 2009, on accueillera aussi de six à huit étudiants en 3^e et 4^e années de médecine à des stages d'internat. À terme, au début de la prochaine décennie, on entend offrir les deux premières années de médecine et constituer ainsi

une véritable faculté satellite de médecine comme il en existe à Trois-Rivières et à Chicoutimi depuis quelques années. (Le Devoir, 2008, 15 mai, p.A4).

Cela étant dit, la collaboration entre l'Outaouais et l'Université McGill, autant pour les programmes de formation d'IPS que pour le projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais, n'est pas le fruit du hasard. En effet, en 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux déployait les réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux, les RUISSS, dans le but de faciliter l'accès aux soins spécialisés, à l'enseignement médical et à la recherche médicale dans tout le Québec. À partir de là, la province du Québec a été découpée en quatre grands territoires. Chacune des quatre facultés de médecine au Québec (Laval, Montréal, Sherbrooke et McGill) s'est vu confier la responsabilité d'un de ces territoires. Cette responsabilité sera inscrite en 2005 dans la loi québécoise sur les services de santé et les services sociaux (Québec, 2023). Ainsi, l'initiative du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la loi québécoise sur les services de santé et les services sociaux ont scellé la collaboration entre l'Outaouais et l'Université McGill, puisque l'Outaouais est l'une des sept régions³⁰ dont RUISSS McGill a la responsabilité (McGill, 2023c).

C'est donc avec la collaboration de la faculté de médecine de McGill que le campus santé Outaouais, issu des travaux du Consortium, entreprend, en 2010, les travaux concernant l'étude de

³⁰Les 7 régions sont les suivantes : région 06 (Montréal), région 07 (Outaouais), région 08 (Abitibi-Témiscamingue), région 10 (Nord-du-Québec), région 16 (Montérégie), région 17 (Nunavik) et région 18 (Terres-cries-de-la-Baie-James).

faisabilité du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill.

Alors que la région offre aussi les stages de résidence pour les étudiants en cinquième et sixième année, les deux premières années de formation ne sont pas encore disponibles en Outaouais. Même si cela ne figure pas dans les plans à court terme, le D^r Brousseau laisse entrevoir une ouverture. « C'est possible, ça fait partie de mon mandat et c'est ce que je vais analyser vers la fin de l'année. » (Mercier, 2010a, p. 4)

Parmi les questions qui sont soulevées par la faisabilité du projet, on peut noter les suivantes : le projet va-t-il apporter ce qu'il est censé apporter? A-t-on les ressources techniques, les ressources humaines? Délocaliser un curriculum de formation en médecine va-t-il fonctionner? Est-il financièrement viable? A-t-on les ressources financières? Quel est le risque associé à la réalisation du projet? Le projet peut-il être fait dans un délai raisonnable? Quelles sont les retombées pressenties?

Pour certains participants interrogés, le projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill apportait déjà des changements positifs, perceptibles au niveau des ressources matérielles disponibles :

[...] j'suis là depuis 2012, j'étais là comme résidente, pis là comme superviseur, pis j'le vois l'effet, comme dans le fond l'effet d'être un milieu universitaire, et comme le campus qui s'en vient, avec les années, comme j'les ai vues les ressources arriver à cause du campus là, entre autres, à cause de l'enseignement, les ressources investies par la faculté [...] j'pense que c'est bénéfique. (Participant #4)

Cependant, d'autres participants ont eu des appréhensions sur la capacité d'accueil des milieux de stage pour recevoir un nombre plus grand de stagiaires en médecine, et donc questionnaient la faisabilité du projet :

[...] j'me suis dit que ça va être une bonne chose pour le recrutement pis les effectifs dans la région, disons ça d'même. Par ailleurs, [...] un peu peur en fait de comment

ça va se passer, pis on a de la misère déjà avec les externes qu'on avait, pis les étudiants qu'on avait. J'avais un peu peur de la charge de travail ajoutée sans avoir nécessairement les ressources pour. (Participant #8)

Il fallait aussi assurer la formation en français des futurs étudiants et donc procéder au recrutement de professeurs en Outaouais. Les médecins des CSSS de l'Outaouais ont été sollicités à participer à l'enseignement des cours de formation fondamentale des deux premières années ainsi qu'à participer à l'offre de stages cliniques. Leur réponse a été, dans l'ensemble, très favorable au projet :

Présentement, environ 125 médecins participent à l'enseignement pour le programme d'externat intégré de McGill en Outaouais, aux stages et au tutorat des résidents, ce qui est considéré comme une charge élevée pour les médecins de la région. (Langelier et al., 2013, p. 36)

En ce qui concerne le financement, très tôt dans le processus, soit en février 2008, le ministre de la Santé de l'époque, Philippe Couillard, avait donné son appui à l'organisation de la formation médicale proposée pour l'Outaouais. Le processus entourant la mise en route du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill apparaît interminable aux yeux de certains participants et ils en imputent la cause aux mégas projets à Montréal de modernisation du CHUM et du CUSM qui ont débuté en 2007.

McGill a fini par venir ouvrir une école de médecine ici, ça été très très très long et laborieux. Le projet, ça a pris presque vingt ans. Alors que, pour donner l'exemple équivalent, Montréal venait d'ouvrir en douze mois un projet complet à Trois-Rivières, pis Sherbrooke a fait la même chose à Chicoutimi, donc, donc McGill et le ministère nous a négligés beaucoup en Outaouais, ça l'a pris un temps fou pour ouvrir cette école de médecine là. [...] Maintenant McGill, vous savez, McGill a été pris dans un paquet de scandales de corruption pendant des dizaines d'années à Montréal. Pendant longtemps, l'Outaouais, ça a été leur dernière priorité. Alors, c'est pour ça que le projet a si tardé. (Participant #13)

Sur la question des retombées pressenties pour la population de l'Outaouais, ce projet représente une opportunité pour augmenter le nombre de médecins et de professionnels de tout genre dans la région :

On voyait que Trois-Rivières et Chicoutimi avaient déjà délocalisé leur programme de formation. Donc, nous on a fait une demande au même moment, sauf que le gouvernement voulait faire un essai, pis dire on va voir comment est-ce que ça va donner des retombées. Alors, ça a eu des retombées économiques, pis des retombées aussi au niveau des professionnels dans la région qui étaient très impressionnantes, donc que ce soit Trois-Rivières ou Chicoutimi. Par contre, l'exercice avait déjà été fait en Ontario, en Colombie-Britannique, aux États-Unis, en Australie, partout dans le monde, les facultés de médecine tendent à se délocaliser pour mieux desservir les régions.

[...]

Y a aucun risque, ou aucun danger à avoir une faculté de médecine, ce n'est qu'un élément, je dirais, catalysant ou d'attractivité et de notoriété qui va faire qu'on devrait être capable de recruter des professionnels dans tous les domaines. Le fait que c'est une faculté de médecine, c'est pas unique à la médecine, le personnel infirmier, les pharmaciens, les physiothérapeutes, ergothérapeutes, nutritionnistes se retrouvent dans un milieu plus riche. (Participant #14)

Les autres questions en lien avec la faisabilité du projet et que nous avons soulevées plus haut ont trouvé une réponse : des projets semblables de formation médicale à Trois-Rivières et Chicoutimi ont eu des retombées positives sur le recrutement médical; les médecins se sont prononcés en faveur du projet, la délocalisation du curriculum a bien fonctionné, le financement est assuré, et le risque associé à la réalisation du projet est minime. Dans les documents déposés, soit l'étude de faisabilité et le plan d'affaires, on mentionne la nécessité de construire un nouveau pavillon afin de répondre aux exigences techniques de laboratoires et de salles de simulation. Cette nouvelle construction permettra de tripler la capacité d'accueil pour les étudiants et les résidents de toutes les spécialités, de même que de doubler la capacité d'accueil pour les résidents en

médecine de famille à Gatineau, le tout passant par la relocalisation et l'agrandissement de l'UMF de Gatineau.

En janvier 2014, le chef du projet, le D^r Brousseau, a présenté l'étude de faisabilité à Jean Hébert, président-directeur général de l'Agence de Santé et des Services sociaux de l'Outaouais, cette dernière confirmant la faisabilité du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill (Bélanger, 2014b, p. 4). Pour la suite de la complétude de cette étape du cycle du projet, « La balle est désormais dans le camp du ministère de la Santé et du ministère de l'Éducation » (Champagne, 2014, p. D8).

Le D^r Brousseau a présenté, hier soir, le suivi de l'étude de faisabilité aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé de l'Outaouais. Il a rappelé les étapes franchies jusqu'ici et est revenu sur le plan d'affaires qui a été déposé aux différents ministères à Québec à la fin du mois de février. Les éléments du montage financier n'ont pas changé. Reste maintenant au D^r Brousseau à rencontrer les représentants des ministères de la Santé et de l'Éducation pour bien expliquer les implications du plan d'affaires de la faculté satellite. « Nous avons besoin d'avoir un engagement pour aller de l'avant, dit-il. Septembre 2016 va venir vite et plus nous perdons du temps, plus ce sera difficile de respecter notre engagement. » (Bélanger, 2014a, p. 2)

La conception projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill

Le but de la planification est de développer de manière proactive une approche pour créer les livrables du projet. Comme nous l'avons souligné au regard du fonctionnement de la gouvernance dans la proposition des programmes universitaires au Québec, l'étude de faisabilité et de test ont été imbriquées. Maintenant les enjeux entourant la conception du projet sous la loupe qui concernent la délocalisation en Outaouais sont : les risques à l'atteinte des résultats du projet et

l'estimation des coûts. À cela s'ajoutent évidemment l'identification des tâches à réaliser ainsi que leur ordonnancement et leur durée, le tout conduisant à l'établissement des échéanciers du projet.

Risques

Les risques sont un aspect d'incertitude qui peut avoir un effet positif ou négatif sur le projet. On avait dit de ce projet qu'il était sans risque pour la population de l'Outaouais. Comme souligné à la section précédente, de façon globale, on n'entrevoit rien d'autre que des retombées positives. Cela dit, quand les détails sur la formation ont été connus du grand public, des voix se sont élevées, dès 2008, pour manifester leur opposition à une formation médicale en anglais en Outaouais : l'analyse des risques n'a jamais mis en exergue que la langue pouvait être un élément de risque au projet.

Impératif français s'oppose à ce que la nouvelle faculté de médecine relève du RUISS de McGill. Ce mouvement de défense de la langue française souhaite que l'UQO crée de toutes pièces sa propre faculté. Impératif français note que le McGill University Health Center, de Montréal, a fait l'objet de plusieurs plaintes relativement au piètre usage du français par le personnel soignant (Le Devoir, 2008, 15 mai, p.A4)

Le projet, au départ, avait été pensé pour que les étudiants à Gatineau reçoivent les mêmes cours, en même temps que leurs collègues à Montréal, donnés par les professionnels de McGill-Montréal, donc en anglais. La francisation du programme de formation fondamentale n'avait pas été considérée au départ et n'était pas une priorité, comme le confirme le chef de projet :

Ça prend des années pour faire un programme, ça peut prendre une dizaine d'années, a-t-il dit, sans pour autant fermer la porte à cette possibilité. Il rappelle que le plan d'affaires suit son cours. « Si on souhaite développer davantage de formation en français, il n'y a rien qui empêche ça, poursuit-il. Mais l'enjeu est beaucoup plus sur

l'offre d'une faculté satellite de médecine dans la région. L'intérêt de tout le monde, c'est d'avoir cette formation-là, le plus rapidement possible.» Et avec les investissements prévus, la solution qui implique 18 mois de cours fondamentaux en anglais est la seule qui peut être mise de l'avant pour 2016, maintient-il. (Blouin, 2014, p. 5)

Des voix dissonantes dans les rangs des partenaires du Consortium ont également fait part de leur mécontentement face à l'utilisation de l'anglais comme langue d'enseignement en Outaouais :

Le recteur de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) Jean Vaillancourt, juge qu'il « est inacceptable que les futurs étudiants de la faculté satellite de médecine » soient obligés de suivre leur formation fondamentale en anglais. (Blouin, 2014, p. 5)

Malgré l'opposition à ce que les cours soient donnés dans la langue anglaise, les travaux se poursuivent et rien ne laisse croire à un changement à ce niveau.

L'enseignement purement magistral offert à la faculté satellite de médecine de Gatineau sera donné en langue anglaise, retransmis directement des locaux de l'Université McGill, à Montréal, en visioconférence.

Dans le nouveau cursus de l'enseignement de la médecine à McGill, cette formation théorique représente 8 % du temps passé en classe par les étudiants, a précisé le Premier ministre du Québec, Philippe Couillard. Je ne vois aucun problème à ce que ce soit à 92 % en français, a-t-il insisté. (Bélanger, 2016, p. 2)

Devant l'inaction du gouvernement à demander à revoir le projet pour que la formation soit donnée en français, Impératif français appelle à la mobilisation citoyenne en lançant une campagne pour sensibiliser la population et réitère sa position concernant le choix de l'Université McGill pour desservir la région de l'Outaouais, alors qu'elle devrait relever de l'Université de Montréal, de Sherbrooke ou Laval. Le chef de projet s'est expliqué sur le choix fait d'aller de l'avant avec le projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill :

Certains se demandent pourquoi McGill est incapable de fournir un cursus à 100 % francophone en Outaouais. C'est important pour la région, ce l'est pour McGill également. Mais la réalité est que nous avons ici un enjeu d'infrastructure. Contrairement aux autres régions qui ont une faculté satellite, la capacité d'enseignement (infrastructure et corps professoral) des cours de sciences fondamentales axés sur les connaissances médicales n'existe tout simplement pas à l'heure actuelle dans la région. Cela nécessitera des investissements publics importants, qui n'ont pas encore été déterminés. En attendant, nous utiliserons le moyen le plus rapide pour nous permettre d'aller de l'avant sans délai : la visioconférence. Toutefois, la population peut être assurée que McGill travaillera avec ses partenaires régionaux pour pouvoir offrir, à terme, une formation médicale à 100 % en français. (Eidelman & Brousseau, 2016)

Ces remarques n'ont pas apaisé les opposants à l'utilisation de l'anglais qui se sentent lésés et qui réclament un traitement semblable aux autres régions du Québec. Jean-Paul Perreault, Maxime Laporte, Éric Bouchard et Pierre Allard, respectivement président d'Impératif français, président général de la Société Saint-Jean-Baptiste de Montréal, directeur général du Mouvement Québec français et ex-éditorialiste au quotidien *Le Droit*, ont uni leur voix pour faire part de leur insatisfaction :

Confier à une Université anglophone la formation de nos futurs médecins dans une région francophone, dans un Québec français, cela ne fait pas partie de la solution! De fait, cela n'a aucun sens! Le Premier ministre Couillard et son ministre de la Santé ont maquillé la réalité en affirmant que 92 % de l'apprentissage se ferait en français, mais la réalité est la suivante, confirmée par McGill : toute la base, toute la formation théorique, qui dure 18 mois, est livrée aux étudiants et étudiantes en anglais, par vidéoconférence. Que cela signifie-t-il pour les futures cohortes outaouaises en médecine? [...] C'est un fardeau linguistique qui n'est imposé à aucune autre cohorte de langue française (ou de langue anglaise) au Québec. (Perreault, Laporte, Bouchard, & Allard, 2016)

Sur le plan national, le politique est aussi entré dans le jeu. La CAQ exige que les cours soient offerts en français (Mercier, 2016b, p. 9). Il en va de même pour le Parti québécois.

Pourquoi les étudiants en médecine, en Outaouais, n'auraient pas droit à la totalité de leur formation en français comme c'est le cas ailleurs, a d'abord lancé M. Lisée. Je ne comprends même pas qu'on ait ce débat-là. Il n'y a aucune raison linguistique, logistique ou politique qui justifie que ce ne soit pas 100 % des cours qui seront donnés en français. C'est déplorable que le ministre de la Santé et la ministre de l'Enseignement supérieur ne se soient pas immédiatement rendus aux arguments du simple bon sens. (Bélanger, 2014d, p. 4)

Le tout s'est conclu en janvier 2018, par une reconceptualisation d'une partie des livrables. Le projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill qui, au départ, avait été conçu sans se préoccuper de la langue d'enseignement sera modifié et un plan de francisation du programme serait réalisé pour l'arrivée de la première cohorte en 2020 (Mercier, 2018, p. 11).

Un deuxième défi linguistique que les membres du campus Outaouais ont dû relever est la planification de l'année préparatoire (communément désignée par le « pré-med »), année qui n'était pas prévue au départ dans le projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill. En effet, les étudiants acceptés en médecine devaient aller faire leur année préparatoire à Montréal et en anglais.

Le Droit dévoilait que ce programme préparatoire – obligatoire pour tous les candidats qui sortent du cégep – est seulement « offert en anglais », à Montréal, par la faculté des sciences de l'Université McGill. [...] « Toute l'idée d'avoir une faculté satellite dans la région, c'est pour former les gens d'ici, pour qu'à la suite de leurs études, ils puissent pratiquer ici, soutient Andrew Gibson. Même si McGill l'offrait en français, sur leur campus de Montréal, ça serait mieux, mais pour nous, le gouvernement et McGill doivent travailler pour que le programme soit offert en entièresité incluant l'année préparatoire, ici les 18 premiers mois. « On pensait avoir gagné la bataille, mais on est encore obligé de prendre ce dossier-là parce que McGill a manqué de transparence », soutient M. Langelier. (Paquette, 2018, p. 8)

Les discussions ont donc repris en 2019 entre les universités et le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. Ce groupe de travail devait régler le dossier de l'année préparatoire, le tout sous la pression du Premier ministre Legault qui affirmait qu'il « souhaite une solution le plus rapidement possible. Si ce n'est pas possible de le faire avec McGill, faisons-le avec une autre université, mais ces cours doivent être donnés en français. » (Mercier, 2020a, p. 2)

Les travaux ont porté leurs fruits, car le gouvernement caquiste annonce que l'année préparatoire pourra être offerte en français dès 2020 sur le campus de l'UQO.

Malgré les contraintes logistiques découlant du fait que l'UQO n'offre pas tous les cours de l'année préparatoire aux études en médecine, le gouvernement est parvenu à établir un plan qui permettra que cette formation puisse être suivie en français et en Outaouais dès l'automne prochain.

En fait, on a commencé à la première année, on a même commencé à implanter à l'UQO, l'Université du Québec en Outaouais, la préparation à la médecine qu'on appelle « prémed ». Ça, c'est quelque chose qui n'était pas prévu dans les plans initiaux. Faque à force de discussions, ils l'ont intégré à l'UQO alors on offre même la « prémed », pis après ça, on commence à faire la première année en médecine. (Participant #21)

Coûts

Les coûts du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill ont été estimés grâce aux travaux qui ont déjà été effectués dans le même sens par les universités de Montréal (délocalisation de son programme de formation en médecine à l'UQTR) et Sherbrooke (délocalisation de programme de formation en médecine à l'UQAC). La construction du bâtiment à Gatineau avait été estimée à 12 ou 13 millions de dollars.

L'implantation de la faculté satellite nécessiterait des investissements non récurrents des ministères de la Santé et de l'Éducation de 13 millions de \$. Par la suite, les deux mêmes ministères devraient investir de façon récurrente près de 15 millions de \$ par année, surtout en salaires pour les ressources humaines. (Bélanger, 2014c, p. 2)

Selon les premières estimations financières, fondées sur les montants consacrés à la création des programmes de médecine à Saguenay et en Mauricie, la mise en place d'une telle filière de formation en Outaouais coûterait un peu plus de 25 millions de dollars. La construction d'un pavillon des sciences de la santé dépasserait à elle seule les 12 millions de dollars. (Radio-Canada, 2014b)

Échéancier (planification)

Dans tout projet, l'échéancier des travaux est sujet à plusieurs révisions. Dans ce cas-ci, certaines sont tributaires de la construction du bâtiment et d'autres de l'organisation de la formation. Comme nous l'avons déjà souligné à la page 121, le projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill était tributaire de l'évaluation de la qualité (aspect fondement au « test » du projet) du nouveau curriculum de l'Université McGill (campus de Montréal). Tant que cette évaluation n'avait pas été faite, il était difficile, comme nous l'avons déjà souligné, de conclure à la faisabilité du projet, d'une part, et d'autre part, d'établir un échéancier définitif. Un échéancier préliminaire a été avancé en 2014, suggérant quelques jalons dans le projet :

- Janvier 2014 : présentation du programme de formation aux partenaires du milieu
- Juin 2014 : collecte de données et établissement des obstacles au projet
- Septembre 2014 : dépôt d'un plan d'affaires, d'un budget et d'une date cible pour l'ouverture du programme
- Septembre 2015 : phase de préparation
- Mars 2016 : identification d'une première cohorte d'étudiants
- Septembre 2016 : début de la formation des étudiants de la première cohorte

Il y a eu report des échéanciers à quelques reprises, pour des raisons qui furent discutées précédemment, c'est-à-dire liées aux débats sur la langue d'enseignement ou encore la refonte du cursus par McGill-Montréal.

La réalisation du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus

Outaouais de l'Université McGill

La réalisation d'un projet fait référence à l'accomplissement de toutes les tâches prévues dans la planification en utilisant les informations recueillies aux phases de faisabilité et de planification du projet. Lors des phases de faisabilité et de conception, il avait été entrevu qu'il fallait loger la formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill au sein d'une infrastructure. Cependant, les travaux de faisabilité et de conception du projet ont été conduits sans qu'un emplacement définitif pour ladite infrastructure soit déterminé. Cela dit, deux endroits étaient pressentis, soit sur le campus de l'UQO, soit à proximité de l'hôpital de Gatineau. On pouvait lire en 2008 que :

Le montant de l'investissement est estimé à 18 millions de dollars et comprend notamment la construction d'un édifice de 3 000 pieds carrés sur un terrain de l'Université du Québec en Outaouais et le prolongement du boulevard Saint-Joseph. Notons, toutefois, que la réalisation du projet est encore à l'étape embryonnaire. (Yoka, 2008)

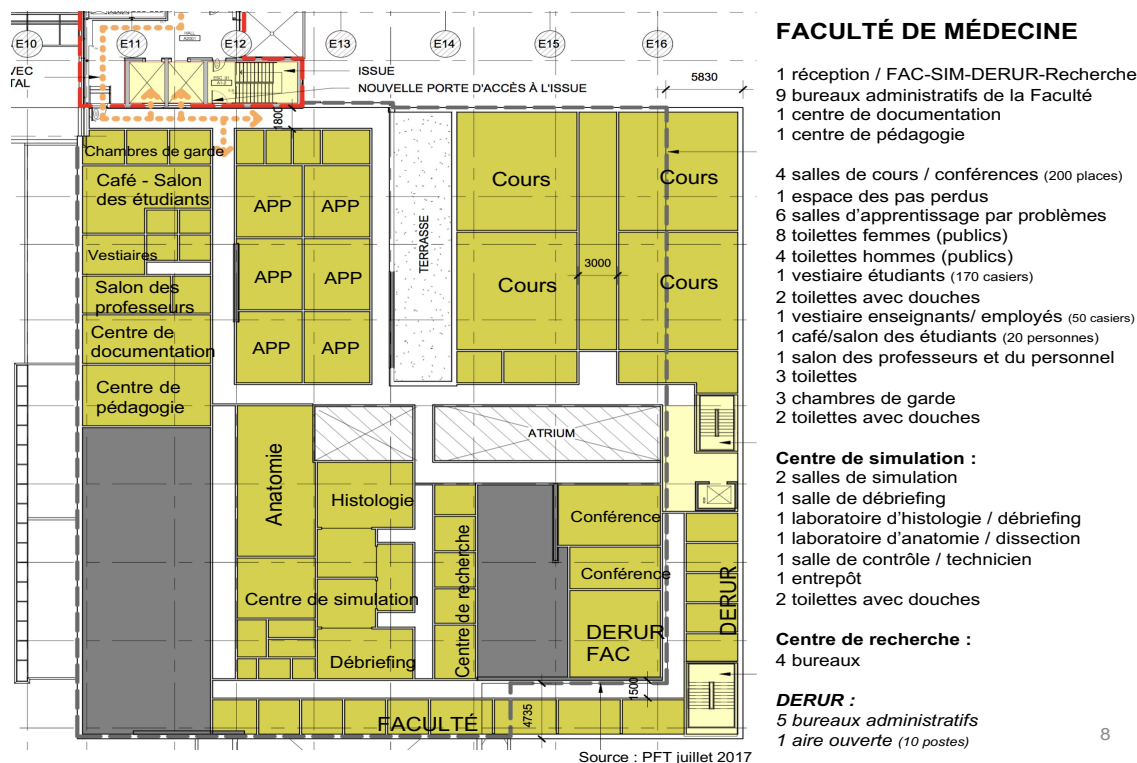
L'annonce du choix définitif a eu lieu en 2016. Deux nouveaux étages devaient être construits au-dessus de l'urgence de l'hôpital de Gatineau (CISSS de l'Outaouais). Le premier étage devant accueillir les nouveaux locaux du Groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) de

Gatineau³¹, et le second étage, les installations d'enseignement de la faculté de médecine de l'Université McGill. Construit conformément aux plans architecturaux, cet étage (voir figure 14) proposait dix salles de classe (lorsque quatre des salles seraient ouvertes, elles formeraient un amphithéâtre de 200 places). À cela s'ajoutent deux salles de réunion, un salon étudiant et un coin repas, un centre de simulation équipé de mannequins haute-fidélité où les étudiants peuvent apprendre, répéter et perfectionner leur formation et où le personnel hospitalier peut suivre une formation pluridisciplinaire et un laboratoire d'anatomie et d'histologie (voir figure 14).

La première phase de la construction commence cet automne et durera de six à huit semaines; la deuxième phase débutera en janvier 2019. Plusieurs professionnels de Gatineau collaborent à la conception et à la réalisation des plans et devis : le consortium Yelle Maillé LRAA+ACSL en architecture, Bouthillette-Parizeau en génie électromécanique et CIMA⁺ en génie civil, sont mandatés pour la réalisation du projet. Les travaux préparatoires seront exécutés par Équinox, un entrepreneur général de Gatineau en génie civil et voirie, spécialisé en égout et aqueduc. (Dutton, 2018)

³¹Le GMF-U occupait les locaux du 500 boulevard de l'Hôpital, soit dans un édifice de l'autre côté de la rue de l'Hôpital de Gatineau. Sa relocalisation dans les locaux de la faculté augmente l'attractivité pour les étudiants qui n'auront qu'à descendre d'un étage pour accéder à leur milieu de stage. Les nouveaux locaux du GMF-U accueilleront 30 médecins-superviseurs, 34 médecins résidents et 50 employés en professionnels tels que les travailleurs sociaux, les pharmaciens, les physiothérapeutes, les infirmières et les gestionnaires. (Mercier, 2021)

Figure 14

Plan de l'étage (2^e) de la faculté de médecine

Le projet de construction de la faculté de médecine au-dessus de l'urgence de l'hôpital de Gatineau était estimé au départ à 18 millions de dollars. Au fil du développement incrémental du projet (longuement décrit dans les sections présentes), les coûts ont grimpé de 5 millions :

Québec investira 23 millions de \$ pour la construction de locaux d'environ 3000 mètres carrés répartis sur deux étages, au-dessus de l'urgence de l'hôpital de Gatineau. L'Université McGill assumera le budget de fonctionnement. L'Unité de médecine familiale de Gatineau déménagera pour occuper un des nouveaux étages, tandis que l'autre accueillera les étudiants en médecine. (Mercier, 2016a, p. 3)

La fin de la construction du campus devait concorder avec l'annonce, maintes fois répétée, que 2016 serait l'année de l'instauration de la faculté. C'est pourquoi les propos du ministre de la Santé, Gaétan Barrette, ont été accueillis froidement, lorsque ce dernier a annoncé qu'une décision serait prise avant la fin du mandat des libéraux en 2018. Cela reportait d'au moins une année le projet. Il y avait bien certainement des questions en lien avec la construction d'un bâtiment spécialisé; déjà en 2014, il s'agissait de construire un espace avec les caractéristiques nécessaires à l'enseignement.

C'est une question d'infrastructure, a-t-il dit. Nous sommes en discussions avec l'Université McGill pour finaliser ce qui sera nécessaire comme ressources physiques. L'Université a des demandes supplémentaires. Le campus satellite va se réaliser, nous en sommes à déterminer quand. (Bélanger, 2014d, p. 2)

Un événement est venu s'ajouter durant la phase de réalisation du projet. Lors de l'étude de faisabilité, les ressources professorales étaient pour l'essentiel sur le campus montréalais de la faculté de médecine de McGill. Lorsqu'est apparue l'obligation d'utiliser le français comme langue d'enseignement, l'option de donner les cours en visioconférence par les professeurs anglophones du campus de Montréal n'était plus envisageable. Cela a entraîné l'obligation de procéder au recrutement de cliniciens en Outaouais prêts à donner la formation. McGill voulant s'assurer du respect du contenu pédagogique, les cours des professeurs du campus de Montréal ont été traduits, puis révisés.

Enfin, nous ne pouvons pas passer sous silence l'impact que la covid-19 a eu sur le projet. Le 24 mars 2020, le gouvernement du Québec annonçait la suspension de tous les chantiers de construction en raison de la pandémie, et donc comme partout dans la province, les travaux sur le campus Outaouais se sont arrêtés pour ne reprendre que 8 semaines plus tard, en mai. Cela fit en

sorte que les cours pour la première cohorte ne furent pas offerts dans les locaux du campus Outaouais.

Le déploiement du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill

Malgré le retard dans la finition de la construction, la date pour le début des cours est restée inchangée; des arrangements ont été conclus avec différents partenaires pour offrir la formation, soit une maison funéraire pour les cours d'anatomie et de dissection, et l'UQO pour les activités en personnes. Pour ce qui est des restrictions sanitaires imposées par l'Université en lien avec la covid-19, l'utilisation d'outils de communication comme le « Zoom » a permis de donner les cours par visioconférence.

« On a l'avantage d'être un petit groupe de 24 étudiants, alors c'est sûr que c'est plus facile de regrouper ces étudiants-là », a expliqué Gilles Brousseau. « Ça nous permet d'offrir un peu plus de présentiels, et on est équipé de locaux temporaires, parce qu'évidemment, on a dû déborder de l'échéancier qui était prévu à cause de la construction qui a été arrêtée quelques semaines. » (Radio-Canada, 2020)

Il n'a toutefois « jamais été question » de retarder le début de la formation, précise la Dre Lacombe. Les enseignants-cliniciens reçoivent présentement de la formation afin de maîtriser les outils technologiques nécessaires pour l'enseignement à distance. (Mercier, 2020b, p. 6)

En ce qui concerne l'année préparatoire en médecine qui était, selon les plans d'origine, donnée en anglais à Montréal, l'Université McGill a pu l'offrir à Gatineau dès septembre 2020, en collaboration avec l'Université du Québec en Outaouais.

Sur les dix cours de l'année préparatoire, il y en aura cinq en « sciences de la vie » offerts par deux professeurs de McGill qui se déplaceront à Gatineau, a indiqué le Dr Gilles Brousseau, doyen associé et directeur du Campus Outaouais. Les cinq autres cours – en sciences humaines et sociales – seront sous la responsabilité de professeurs de l'UQO. (Mercier, 2020c)

Ainsi, après des années de discussions, c'est en août 2020 que les premiers étudiants inscrits au programme de médecine au campus de l'Outaouais de l'Université McGill ont commencé leur formation. La rentrée de cette cohorte de 24 étudiants a eu lieu au même moment que celle de leurs collègues du campus de Montréal, car il s'agit d'un même programme d'études, sur deux campus.

La clôture du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill et évaluation de ses retombées

La phase de clôture d'un projet vise à achever les activités de gestion et à évaluer le rendement par rapport aux objectifs établis. Pour le chef du projet, le projet se termine durant la première année du déploiement. Il en va de même pour l'inauguration d'un projet qui se déroule durant la phase de déploiement. La covid-19 ayant retardé la fin des travaux de construction, l'inauguration officielle de la faculté de médecine et des sciences de la santé de McGill - campus Outaouais n'a pu avoir lieu avant l'arrivée de sa première cohorte d'étudiants.

On fait une inauguration en deux temps, si on veut, a indiqué le Dr Gilles Brousseau, doyen associé et directeur du campus Outaouais, aux *Matins d'ici*. À la fin de l'automne, quand les travaux seront terminés, on pourra faire l'inauguration du campus. (Radio-Canada, 2020)

L'inauguration officielle du campus Outaouais a finalement pu avoir lieu le lundi 16 mai 2022, presque deux ans plus tard que la date révisée à la suite des modifications exigées et des délais

occasionnés par l'épidémie de covid-19. Lors de cette journée, on a tenu à rappeler que l'ouverture du campus était l'aboutissement des efforts concertés de l'Université McGill et du CISSS de l'Outaouais et qu'une collaboration entre McGill et l'Université du Québec en Outaouais permettait également de compléter l'offre de formation médicale de sorte que le parcours complet, c'est-à-dire de l'année préparatoire à la résidence, était maintenant offert en Outaouais (*Le Droit*, 16 mai 2022). Et donc, depuis l'automne 2020, 24 étudiants du campus Outaouais entament leur formation pré-doctorale en Outaouais, un programme qui s'étend sur quatre ans. La troisième cohorte a fait son entrée à l'automne 2022. Avec son campus Outaouais, McGill entend mettre en place un « pôle d'excellence en santé » qui s'articulera autour de trois axes : l'enseignement, la recherche et les soins à la population (Campus Outaouais, 2021).

Aucune personne inscrite au programme **de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill** n'ayant été diplômé, il est trop tôt pour savoir si le projet aura les effets escomptés lors de la phase de faisabilité (régler le problème de pénurie de médecins dans la région). Cela dit, il est permis de l'espérer car, en moyenne, environ 80 % des futurs médecins ayant fait leur programme de formation de résidence³² en Outaouais au cours des dernières années ont décidé de pratiquer dans la région (Mercier, 2010c, p. 3).

C'est tôt pour voir l'impact à long terme, parce que, comme dans tout projet, y a plusieurs autres données qui ont bougé ou qui varient en même temps. Donc, c'est sûr que le nombre d'étudiants en médecine est passé de 400 à 900, donc on a beaucoup plus d'étudiants en médecine qui vont avoir à choisir où travailler. (Participant #14)

³²Pour être admissible à un programme québécois de résidence, un candidat doit être titulaire d'un diplôme de médecine d'une faculté reconnue au Canada ou aux États-Unis. Au Québec, ce diplôme est remis après l'externat (Sanche, Audétat, & Laurin, 2012, p. 85). La spécialisation en médecine familiale est un programme de deux ans qui mène au droit de pratique et à un diplôme d'études supérieures reconnu par le Collège des médecins du Québec.

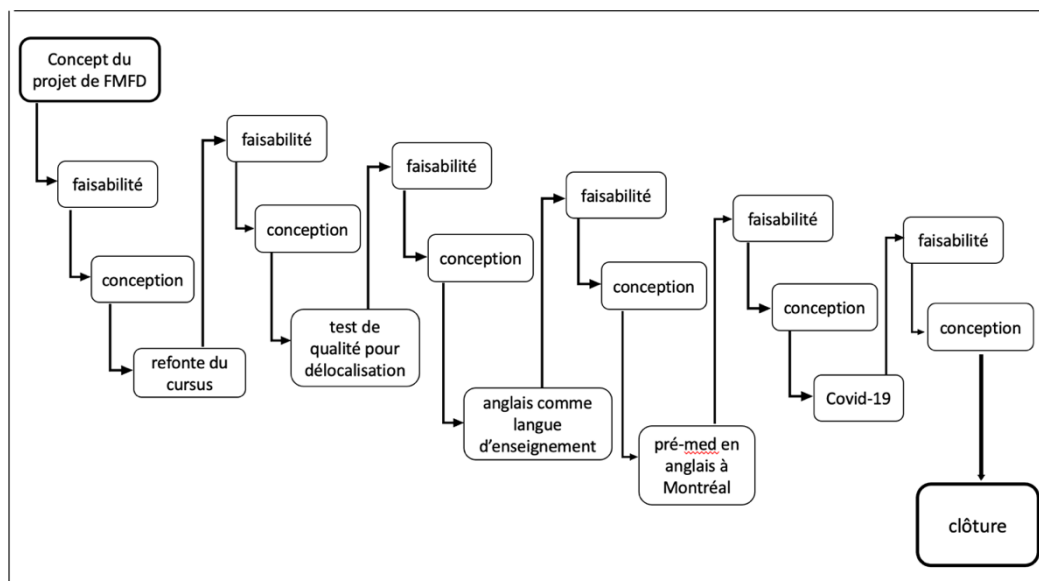
Il semble par ailleurs que les professionnels qui participent à l'enseignement sont satisfaits des modifications qui ont été apportées au mode d'enseignement, comme en témoigne ce participant :

Mais aussi j'étais contente quand j'ai su que l'organisation était faite pour que les cours soient sur place, parce que nous, quand j'ai fait mes études, c'était un petit peu, pour les pavillons satellites, tous les cours, le professeur était à Montréal. En fait, eux étaient en vidéo tout le temps. Puis j'me mettais à leur place, pis j'considérais que ça devait être beaucoup moins intéressant, au niveau de l'interaction et tout ça. Faque déjà ici, quand j'ai su que la volonté c'était que les cours soient vraiment sur place, par des professeurs sur place, là je trouvais ça vraiment intéressant. (Participant #3)

En conclusion, le projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill a été mené sur plus de 6 ans, de la phase du lancement du projet en 2014 jusqu'à l'arrivée de la première cohorte d'étudiants en août 2020. Du retour sur la gestion dudit projet qui a été faite dans les sections précédentes, nous tirons la conclusion que le cycle de vie du projet prend l'allure de ce qui est illustré à la figure 15 avec des incréments, conséquences des développements qui sont survenus durant les différentes phases du projet. En effet, que ce soient les ajustements en termes de la langue utilisée pour l'enseignement – pour la formation fondamentale ou l'année préparatoire – ou bien les demandes supplémentaires de McGill, le développement du projet s'en trouve modifié.

Figure 15³³

Développement incrémentiel du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill



Si l'on s'en tient aux principes véhiculés par les corpus de connaissances en gestion de projet tels que le PMBoK, le projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill aurait débuté en 2014 avec la nomination du chef de projet et la phase de faisabilité. Cela dit, pour certaines parties prenantes rencontrées, le projet n'a pas débuté en 2014. Comme souligné à la section « Contexte historique de la santé en Outaouais » du présent chapitre, la faisabilité d'un projet de formation médicale en Outaouais a commencé à être débattue bien

³³ Note : figure inspirée du PMBoK 2021 (figure 2.10, p. 44).

avant : dans les années 70, soit dans les années où avaient lieu des revendications pour des soins de santé équitables en Outaouais. Ainsi comme l'avance Engwall (2003),

the structures and procedures employed in a project have to be understood in relation to previous and simultaneous courses of activity, to future plans, and to standard operating procedures, traditions, and the norms of its surroundings. (p. 789)

C'est ce que nous explorons au prochain chapitre.

Chapitre 8

La production de l'espace-projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill

Comme rappelé en fin du chapitre 7, Engwall (2003) fait ressortir les liens entre l'histoire d'un projet et la structuration de ce dernier. Cela dit, Engwall (2003) explore peu les processus de structuration sociohistorique des projets. Dans ce chapitre, nous adoptons une posture épistémologique complémentaire au chapitre précédent, qui va nous permettre de procéder à une étude du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill sur un plan sociohistorique à l'aide de la perspective de la production/structuration de l'espace projet intégrant les points de vue de Lefebvre (2000) et de Heidegger (1927/1986, 1988) tels que nous les avons présentés au chapitre 5.

Trois sections composent ce huitième chapitre. Toutes trois participent à rendre compte empiriquement de la refonte du cadre conceptuel (voir figure 13) que nous souhaitons explorer empiriquement (second objectif de la présente recherche). Autrement dit, nous allons aborder dans la première section de ce chapitre ce qui est illustré à l'extrême gauche de la figure 13 soit, la structuration fondamentale. Quant aux structurations horizontales et verticales du projet, elles seront explorées respectivement dans les seconde et troisième sections du présent chapitre.

Les connaissances a priori : exploration de la structuration des fondements de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill

Afin de comprendre les influences des courants de pensée en médecine et en soins sur les différentes réformes proposées par les gouvernements québécois, nous allons nous référer au chapitre 1 qui nous a instruits sur deux postures philosophiques en médecine, soit le naturalisme et le normativisme. Comme nous l'avons exposé, elles se distinguent tant par leurs fondements épistémologiques que par leurs formes de sollicitudes (prévenante et accaparante). D'une façon assez générale, et comme le note Méthot (2016), les deux positions se résument ainsi :

Les « naturalistes » affirment que la santé et la maladie sont des concepts purement descriptifs susceptibles d'être décrits et caractérisés par les sciences naturelles, à l'instar d'autres faits de la nature. [...]. Pour les « normativistes », à l'inverse, les concepts de santé et de maladie sont irréductibles à de tels faits naturels : ils représentent avant tout des états indésirables qui enjoignent l'action et qu'on cherche habituellement à éviter; autrement dit, ces concepts reflètent un certain nombre de valeurs culturelles et sociales qui ont évolué au fil du temps, et non une réalité biologique ou pathologique objective sous-jacente. (Méthot, 2016, p. 18)

Ces deux approches s'actionnalisent dans le système de santé, organisation complexe, tant sur le plan de la structure que des théories et concepts de gestion sur lesquels l'organisation repose. Il va sans dire que les réformes mises de l'avant par les gouvernements ont un impact direct sur la gestion des projets en santé, car elles mettent de l'avant des valeurs qui donnent une impulsion à tout le système sociosanitaire.

Une réforme vise avant tout à faire un changement profond, une transformation dans le but d'améliorer un fonctionnement. Cette transformation, lorsqu'elle est influencée par le naturalisme, vise la performance organisationnelle, alors que, lorsqu'elle envoie une impulsion normativiste,

elle redonne « voix à l'individu malade » (Méthot, 2016, p. 16). Six réformes ont eu lieu en santé au Québec depuis la formation du système tel qu'on le connaît. L'État québécois a procédé à trois occasions, dans le secteur de la santé, à des consultations; on pense ici aux commissions Castonguay-Nepveu (1966-1972), Rochon (1985-1988) et Clair (2000), le tout dans l'optique d'« évaluer », voire de proposer des voies de modernisation et de réformes du système de santé.

Conséquemment, le projet de formation médicale fondamentale délocalisée est enchâssé dans une histoire sociosanitaire propre au Québec et à la région de l'Outaouais. Cette histoire, qui est racontée par les participants, est marquée par des faits qui ont eu lieu au cours des dernières décennies. Ces faits, ces connaissances, qu'elles soient qualifiées de naturalistes ou normativistes et qui précèdent le projet, nourrissent les récits de nos participants et aident à les situer. Nous voulons dans cette section exposer les « structures » dans lesquelles le projet a pris forme, le berceau du projet, et qui sont en partie responsables de la vision particulière des participants selon leur implication antérieure au projet ou leur expérience dans le réseau de la santé. Nous prenons le terme « structures » au sens de Giddens (1984) pour désigner les événements ou mouvements qui, dans les différentes époques auxquelles nous faisons allusion, avaient cours aux niveaux politique, régional et populationnel et y opéraient leur influence.

L'historicité ou l'historialité, pour parler en termes heideggériens (1986), réfère à la dimension historique et temporelle de l'histoire située, et c'est cette « situation » des événements qui est propre à l'étude du projet de formation médicale fondamentale délocalisée. Comme le dit Jollivet (2017), nous faisons la distinction entre l'histoire empirique, qui correspond à une approche empruntée aux sciences de la nature, objectivante, qui rend compte des faits de manière extérieure (l'approche que nous avons empruntée au chapitre 7 pour présenter le cycle de vie du projet de

formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill), et l'histoire plus profonde, qui se rapporte à la vie telle qu'elle est vécue avec ses rapports sociaux. « L'homme est histoire », écrivent Michel Bonetti et Vincent de Gaulejac (1988), car il est produit par l'histoire, c'est-à-dire par son vécu et par d'autres éléments propres à son milieu, sa classe sociale. Il est un acteur de l'histoire, car il a la capacité d'agir sur sa propre histoire, et il est aussi producteur d'histoire, car il reconstruit constamment le passé par ses paroles et ses écrits. Heidegger (1927/1986) présente une conception dynamique de l'histoire, entre ce qui s'est passé et ce qui peut devenir :

Ensuite, l'histoire ne désigne pas tant le « passé » au sens de ce qui est dépassé, mais la provenance à partir de lui. Ce qui « a » une « histoire » est d'un seul tenant avec un devenir. En ce cas, le « développement » est tantôt une ascension, tantôt un déclin. Ce qui « a » de la sorte une « histoire » peut du même coup en « faire » une. En « faisant époque », il détermine « à présent » un « futur ». Histoire signifie ici un enchaînement d'événements, une « chaîne causale » qui passe du « passé » au « présent » et du « présent » au « futur ». Ici le passé n'a pas de primauté particulière. (p. 443)

En adoptant cette posture historique, nous allons rendre compte des résultats des entrevues qui nous renseignent sur l'influence des diverses réformes menées depuis les années 1970 et des revendications, ainsi que des mouvements populaires (mouvements de patients) et leurs conséquences structurantes sur le projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill.

Dans cette section, il sera aussi question de l'historicité du projet, au sens où nous nous intéressons à sa dimension historique et temporelle. « Passer de l'histoire à l'historicité suppose être capable d'opérer une réflexion et une réécriture de son histoire propre » (Bourguignon, 2019, p. 93). Nous allons donc passer de l'histoire du projet de formation médicale fondamentale

délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill décrite au chapitre précédent, qui sera mobilisée en termes de connaissances a priori par les participants, à l'historialité réfléchie par ces derniers pour parler du projet.

En somme, l'historialité et l'historicité (histoire et temps) du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill que nous étudions se sont construites au sein du système sociosanitaire lui-même en pleine évolution, subissant les soubresauts d'une série de réformes ayant contribué à ce qu'il est devenu aujourd'hui. Plus précisément, cette historialité et historicité du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill s'imbrique dans trois périodes de l'histoire du système de santé en Outaouais. Voilà pourquoi nous avons réparti notre analyse sur trois temps (périodes de 1970 à 1985, de 1985 à 2005 et de 2005 à 2022), et sur deux axes : contexte politique québécois et l'Outaouais comme contexte régional.

Première période de 1970 à 1985

Le contexte politique

Le contexte politique québécois des années 1970 est marqué par des tensions sociales, linguistiques et politiques. Le système sociosanitaire

se transforme afin de permettre une plus grande accessibilité aux soins et le gouvernement entreprend la laïcisation de ses institutions. Le gouvernement unioniste de Daniel Johnson crée une commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, la commission Castonguay-Nepveu, dont le mandat est de :

enquêter sur tout le domaine de la santé et du bien-être social, et, sans restreindre son mandat, en particulier sur les questions relatives : à la propriété, à la gestion ainsi qu'à l'organisation médicale des institutions hospitalières et des institutions dites de bien-être social; à l'assurance-hospitalisation telle qu'actuellement appliquée; à l'établissement de l'assurance-maladie; à l'acte médical ainsi qu'à l'évolution de l'activité médicale et paramédicale; aux mesures d'aide sociale et à leur développement; à la structure et au rôle des divers organismes ou associations s'occupant de la santé et du bien-être social; aux mesures d'hygiène et de prévention; aux effectifs médicaux et paramédicaux ainsi qu'à l'équipement; à l'enseignement et à la recherche. (Castonguay & Neveu, 1967-1972)

Nous avons cru bon de citer dans son entièreté le mandat de la commission, car il s'agit des fondements sur lesquels les réformes futures viendront s'asseoir. Il est intéressant de remarquer à quel point les problématiques soulevées demeurent d'actualité, touchant les questions d'organisation des institutions, la structure et les rôles des organisations et associations, les effectifs professionnels, l'enseignement et la recherche. Cinquante ans plus tard, et comme nous avons eu l'occasion déjà de le relever, ces enjeux demeurent les mêmes, dont celui du manque d'effectifs médicaux qui est à l'origine du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill. C'est ce que dénote ce participant au sujet des conditions qui prévalent en Outaouais :

Dans l'Outaouais, y a beaucoup de personnes n'ont pas de médecins point. Il manque beaucoup de professionnels donc, certainement en augmentant le nombre de médecins dans la région, ça peut clairement aider la population. Parce que, comme on dit, la santé, c'est un ensemble, c'est pas juste non plus la santé physique, les maladies, c'est tout le social, le psychologique. C'est tout le réseau communautaire aussi, pis si on a une vue plus d'ensemble, avoir ce campus-là, ce site universitaire là, je pense que ça fait un attrait, un attrait vraiment favorable à la région en général pour pouvoir recruter, ben toutes sortes d'emplois en fait. Des gens qui vont travailler au CLSC, des travailleurs sociaux, des travailleurs communautaires, pour, pour c'est ça, pouvoir monter des projets pis avoir plus, plus de services disponibles. Pis certainement ça, ça va améliorer la santé de la population. (Participant #3)

Les recommandations de la Commission Castonguay-Nepveu touchent tout le système de la santé et des services sociaux. S'organise alors une prise en charge étatique de tout ce secteur, fortement marquée par un modèle de régulation administrative, globale et technocratique (Bergeron & Gagnon, 2003). Toujours selon Bergeron et Gagnon (2003), cette prise en charge par l'État est conçue selon sur une approche structuro-fonctionnaliste des organisations qui sous-tend que le système est un vaste ensemble intégré qui tente d'atteindre des objectifs de santé tout en assumant des fonctions administratives. Les valeurs mises en avant par le nouveau ministre des Affaires sociales, Claude Castonguay, qui réunit les secteurs de la santé, de la famille et du bien-être social, s'insèrent dans une vision de la santé qu'on peut qualifier d'intégrale, car elle englobe une conception « d'ensemble des services sociaux, des services de santé et de la sécurité du revenu » (MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, p. 40). On assiste alors à la mise en place de ce qu'on pourrait appeler une médecine normativiste, car l'individu est considéré dans son entièreté par le soignant.

Les « dimensions préventives, correctives, de réhabilitation, des soins prodigués au malade (ou plutôt au couple personne famille), tout au long de son existence », c'est-à-dire une « médecine globale » (*comprehensive health care*). Alors que le modèle médical traditionnel « considère la maladie comme un problème entièrement ou principalement organique », le modèle social envisagé l'aborde comme « un déséquilibre dans les interactions entre une unité sociale, l'individu ou la famille, et le milieu au sein duquel elle évolue » Rapport de la CESBES, IV, II, 2, 2, 1970 : 28. (Gaumer, 2006, p. 55)

Encore aujourd'hui, cette opinion est partagée par des gens qui voient dans les services de première ligne et les ressources communautaires une façon privilégiée de prodiguer des soins de proximité aux patients. C'est toute une nouvelle approche « sociale » de prestation de soins qui est proposée. Cette approche est reprise plus tard dans les années 2009 par les facultés de médecine

du Québec, qui revoient leurs missions, dont celle de répondre aux besoins de la population (en corollaire, les patients) en valorisant la médecine familiale. En répondant ainsi au besoin de développer des soins de première ligne, elles s'arriment, par le fait même, aux priorités gouvernementales (Lafleur, 2012, p. H1). Comme les autres facultés au Québec, la faculté de médecine de McGill encourage ses étudiants à s'orienter vers la médecine familiale et à aller pratiquer en région, misant sur le fait que les étudiants, en ayant une expérience de stage positive, décident de s'y installer une fois leurs études terminées. « Une unité de médecine familiale (UMF) a donc été créée en 1988 par McGill à Gatineau, et depuis, plus de 80 % des stagiaires ont décidé d'y rester une fois leur diplôme en poche » (Mercier, 2010c, p. 3). On voit poindre ici l'ébauche du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill.

Si au départ les recommandations de la commission Castonguay avaient pour but de mettre en avant une médecine plus globale en opposition à la médecine mécaniste et hospitalocentriste, de décentraliser les processus de prise de décisions, de faire cogérer les organisations de soins par les usagers et les travailleurs et d'adopter une approche préventive et communautaire, misant sur l'accessibilité et la rationalisation des soins, nous avons assisté dans son actionnalisation à un autre dénouement. D'une approche normativiste englobant l'individu dans son espace social, la réforme a dérivé sur une vision déshumanisée ayant servi avant tout « à renforcer la position, voire assurer la dominance des rationalistes bureaucratiques et, en corollaire, d'un nouveau centre de pouvoir, l'État » (M. Renaud, 1981, p. 17). On assiste ainsi à une sorte de dichotomie entre la vision théorique qui se dit globale et l'autre pratique de services réels. Cette dérive vers le naturalisme s'exprime dans le mode de gestion exercé par les établissements qui s'inspirent de plus en plus du

malade; Castonguay le reconnaît »,")1972. Le ministre propose alors un plan d'action de 19 millions de dollars comportant la création de 9 CLSC, l'ajout de 159 lits à l'hôpital Sacré-Cœur (l'actuel hôpital de Hull du CISSSO), de 16 lits à l'hôpital Pierre-Janet, et d'autres pour les malades chroniques et les personnes âgées. Ces mesures ont fait suite au dépôt d'une pétition comptant 43 000 signatures remises au ministre lors de sa visite par le regroupement Outaouais à l'urgence³⁴.

L'organisation sanitaire en Outaouais prend forme autour de l'hôpital du Sacré-Cœur et les investissements proposés par le gouvernement lui permettront de mieux desservir la région en soins spécialisés plus complets, élargissant ainsi sa mission, et du même coup d'attirer plus de médecins dans la région, selon le ministre. « Ajoutons à cela, a poursuivi M. Castonguay, une éventuelle affiliation avec l'Université de Montréal qui permettra de mettre en commun les connaissances des équipes de médecins des deux centres hospitaliers concernés afin d'améliorer la qualité des services » (Le Droit, 1973, 24 mars, p.29) . On note ici la première mention d'une idée d'affiliation universitaire, prémices de ce qui pourrait mener à la formation de professionnels de la santé qui aideraient à desservir la population de l'Outaouais. On verra plus tard que l'affiliation universitaire qui semblait aller de soi avec l'Université de Montréal sera pensée autrement par le ministre Couillard en 2003.

Comme l'a annoncé par le ministre Castonguay, on assiste à la création des Centres locaux de services communautaires et, en juin 1974, on inaugure le CLSC de Hull, dont la première directrice est madame Pauline Marois. Cependant, la situation en Outaouais continue de se détériorer et, en

³⁴Devant la cécité délibérée du député-ministre et l'immobilisme de Québec, la région s'organise et en janvier 1973, des représentants de 18 syndicats, mouvements et associations communautaires se réunissent au Centre diocésain autour d'une table ronde intitulée « Outaouais à l'urgence ». (Ouimet, 2021)

janvier 1975, 310 employés de l'hôpital du Sacré-Cœur démissionnent de leur poste, forçant le gouvernement à mettre l'hôpital sous tutelle. En plus, les médecins ne vont pas travailler dans les CLSC, préférant s'ouvrir des cabinets privés. Cette position prise par les médecins affaiblit la mission de première ligne vouée aux CLSC. L'insatisfaction de la population de l'Outaouais perdure, elle qui depuis longtemps réclame un deuxième hôpital. Elle n'est pas la seule, puisque le conseil d'administration de l'hôpital Sacré-Cœur demande, en 1972, la construction d'un autre hôpital. La position du ministre Castonguay était différente : il jugeait inopportune la construction d'un deuxième hôpital, arguant qu'il n'aurait comme effet net que de diluer les forces ouvrières. Malgré ces demandes répétées, le ministre prône plutôt une réorganisation des services et un ajout de lits à l'hôpital du Sacré-Cœur. Toujours selon le ministre Castonguay, un deuxième hôpital aurait pour effet « d'offrir à la population deux ressources hospitalières incomplètes sur le plan des services spécialisés » (Lavoie, 1973, p. 1). Il fait valoir l'importance et l'impact d'un réseau complet de CLSC, dont neuf en Outaouais, pour diminuer le nombre d'hospitalisations et attirer de jeunes médecins. Étant donné les difficultés éprouvées par l'hôpital du Sacré-Cœur de Hull, qui composait avec un manque de personnel soignant au quotidien, l'ajout d'un deuxième hôpital aurait pour effet de déplacer le problème sur deux sites, et pour ainsi dire, l'aggraver. Les répercussions pressenties par le ministre Castonguay se sont avérées et se font sentir encore aujourd'hui, comme le témoigne ce médecin qui a participé à la recherche :

C'est la même erreur qu'on a fait en 1983 quand y'ont construit l'hôpital de Gatineau. Plutôt qu'agrandir l'hôpital de Hull, ce qu'ils auraient dû faire à l'époque, y'ont construit l'hôpital de Gatineau pis y'ont séparé les forces vives pendant 50 ans, pis ça été un désastre dans la décision. (Participant #13)

Les citoyens (patients actuels ou potentiels) se sont exprimés lors des élections provinciales de 1976 et ont choisi le parti qui répondait le mieux à leur volonté en matière de santé : les libéraux sont défaits après 20 ans de règne dans la région. Le nouveau député péquiste, pour donner suite à sa promesse électorale, se met rapidement à la tâche et annonce, en mai 1978, la construction d'un nouvel hôpital de 300 lits à Gatineau (Ouimet, 2021).

La volonté citoyenne, qui s'était exprimée en faveur d'un nouvel hôpital, allait à l'encontre de la logique des recommandations de la commission Castonguay. Jaspers (2006, p. 94) dit : « une réforme quelconque ne peut réussir que si elle possède un éthos affectif ». M. Castonguay n'a pas réussi à faire comprendre à la population les bien-fondés « normativistes » de sa position. Encore aujourd'hui, la conception d'un système de santé conçu sur les bases d'une posture philosophique normativiste, autrement dit sur une première ligne forte, est l'orientation qui est privilégiée par le politique. En revanche, l'idée que la qualité des soins en santé doit nécessairement passer par l'hôpital, perspective naturaliste, est fortement ancrée chez les citoyens.

Nous avons discuté au premier chapitre des *Lois* de Platon qui renvoyaient au fait que, si on veut que les personnes adhèrent aux traitements proposés, le médecin doit produire un discours de persuasion, et non imposer une décision. Il est permis de croire que les citoyens se soient vus obligés de suivre une politique qui ne les avait pas persuadés de ses bienfaits. Avec un hôpital, on est dans un choix d'avoir (ou non) un médecin personnel et individuel ou un médecin impersonnel et collectif. Quand un individu n'a ni l'un ni l'autre, l'hôpital offre une concrétude rassurante. C'est un fait que, pour plusieurs, le mythe de l'hôpital garant de santé et de guérison ne date pas d'hier. Gaumer (2006) rapporte que, en 1971, le comité d'étude sur la prévention sanitaire, présidé par J.-C. McDonald, dit : « ni l'assurance hospitalisation, ni l'assurance maladie ne sont susceptibles, en

elles-mêmes, d'avoir des effets sensibles sur l'état de santé de la population » et il poursuit en expliquant :

Elles satisfont un besoin légitime et fondamental de sécurité, mais privilégient la réparation de la maladie au détriment de la promotion de la santé. Les prouesses de la médecine en matière de diagnostic et de thérapeutique, amplifiées par les médias, continuent à façonner l'image d'une médecine curative puissante face à la maladie et à la mort, vécues d'abord comme des événements individuels. (Gaumer, 2006, pp. 30-31)

Malgré l'attirance marquée pour l'ajout d'un deuxième hôpital, et cela même si leur nombre pouvait le justifier, les habitants de l'Outaouais n'ont pas eu les bénéfices qu'ils escomptaient. Avant d'aller de l'avant avec la construction d'un deuxième hôpital, il aurait fallu que les problèmes de pénurie de main-d'œuvre soient réglés, ou à tout le moins, en voie de l'être. La pression engendrée sur les professionnels de la santé par ce deuxième hôpital a sans doute rendu encore plus criant le besoin de former des médecins en Outaouais et, de ce fait, alimenté le projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill.

En bref, dans cette période historique, deux approches s'opposent, le politique de M. Castonguay qui préconise une vision normativiste de la santé et la vision citoyenne de nature naturaliste, tournée vers le symbole hospitalier, technologique, axé sur la guérison : l'esclave platonicien et la sollicitude accaparante.

Deuxième période de 1985 à 2005

Le contexte politique

Si la première période a vu la naissance de l'organisation étatique du système de santé, la seconde période est celle de sa consolidation. Succédant au ministère des Affaires sociales, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, qui voit le jour en juin 1985, a la mission

« de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021)

Durant cette période, on remarque deux mouvements distincts dans les modes de gestion au ministère de la Santé : le premier de 1985 à 2000 que l'on pourrait qualifier de période de démocratisation et technocratisation, suivi par une poussée managériale.

Deux commissions et deux réformes seront au cœur du développement du réseau de la santé durant cette période : la commission Rochon et la commission Clair. La première partie s'amorce avec les travaux de la commission Rochon, dont le mandat est d' :

Évaluer le fonctionnement et le financement du système des services de santé et des services sociaux connexes en regard des objectifs et, sans restreindre la généralité de ce qui précède, étudier particulièrement : les fonctions des différentes parties du système des services de santé et des services sociaux connexes, le financement des services de santé et des services sociaux connexes, étudier les diverses solutions possibles aux différents problèmes que connaît le système des services de santé et des services sociaux connexes et faire au gouvernement les recommandations qui lui semblent les plus appropriées pour assurer le maintien et le développement des services de santé et des services sociaux connexes. (MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998)

Le rapport final de la commission recommandera trois grandes orientations : l'adoption d'une politique gouvernementale de la santé et du bien-être; la régionalisation du système de services; et l'adoption d'une « approche population », notamment par une augmentation de la participation de la population, en particulier pour l'allocation des ressources et la prestation des services que la commission souhaite mieux adaptés aux réalités de chaque milieu (Turgeon, Jacob, & Denis, 2011, p. 65). Cette politique de la santé et du bien-être, publiée en 1992, place le citoyen au centre du

système, à la fois comme usager et comme décideur, grâce à quatre orientations : soit l'affirmation du droit des usagers avec la création des comités de plaintes dans chaque établissement; la redéfinition des missions des établissements en fonction des clientèles par la poursuite des fusions d'établissements sur une base territoriale; le renforcement des services de première ligne par l'importante place faite à la santé publique de même que par la revalorisation de la médecine familiale pour laquelle les unités de médecine familiale (unités d'enseignement des facultés de médecine) joueront un rôle essentiel à partir de 1995; enfin, une plus grande participation des citoyens dans tous les centres de décision, notamment dans les Régies régionales de santé et de services sociaux, RRSSS³⁵ (Turgeon et al., 2011, p. 66). Quant à la valorisation de la médecine familiale, elle doit forcément passer par les orientations facultaires des universités, comme nous l'avons mentionné précédemment.

Si, pour cette commission, les valeurs en lien avec le maintien, l'amélioration et la restauration de la santé et le bien-être des citoyens en rendant accessibles les services sont de philosophie normativiste dans leur ensemble, l'évaluation du fonctionnement et du financement n'a rien à voir, quant à elle, avec celle-ci mais plutôt avec une vision naturaliste. En résumé, dans les faits, les

³⁵Les missions de la régie seraient de : 1) assurer la participation de la communauté aux décisions entourant la planification, l'évaluation des programmes et l'allocation des ressources; 2) planifier, de manière continue et transparente, les programmes en fonction des problèmes sociosanitaires de la population de sa région, dans une perspective intersectorielle; 3) allouer les budgets aux établissements et aux organismes communautaires en fonction des programmes; 4) favoriser la concertation des professionnels, des établissements et des organismes communautaires autour des programmes régionaux de santé et de services sociaux. (MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998)

deux approches cohabitent mais sur des axes différents : prestation normativiste des soins et des services de santé et gestion de la santé naturaliste.

Bâtissant sur les prémisses de la commission Rochon, la réforme Côté met en place la première vraie tentative de décentralisation des pouvoirs par la création des réseaux intégrés. Les orientations de cette réforme maintiennent le citoyen (patients actuels ou potentiels) au centre du réseau, en imprimant sur ce dernier la vocation de citoyen consommateur, décideur et payeur. La réforme mentionne clairement que « les droits des citoyens doivent être reconnus et respectés » (MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990, p. 13). C'est-à-dire le droit d'obtenir des soins et des services adéquats continus et personnalisés, d'opter pour l'établissement et le professionnel de son choix, d'être informé sur son état de santé et les soins prodigués ainsi que les risques associés, de participer aux décisions qui le concernent et de refuser des soins disproportionnés ou d'être maintenu en vie par des moyens artificiels, d'être assisté et accompagné pour exercer un recours, enfin d'avoir le droit de mourir dignement (MSSS – Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990, p. 14). Ces énoncés adhèrent à une vision normativiste de la médecine, donnant au citoyen la possibilité de réaliser des décisions éclairées.

Les principes promulgués ici sont tout à fait légitimes, mais, comme le note David (1991), les responsables d'organismes communautaires sont sceptiques quant à la réelle portée citoyenne de la réforme, laissant le citoyen seul au centre du système :

C'est qu'il s'agit d'un citoyen désincarné, qu'on n'appréhende pas dans son contexte économique, politique, social, culturel. Un peu comme si le citoyen consommateur, décideur, payeur était un être différent du citoyen pauvre, chômeur ou assisté social; de la citoyenne monoparentale; du citoyen-travailleur à faible revenu; du citoyen-

locataire dont le prix de l'appartement dépasse largement le quart de son revenu; de la citoyenne isolée en région éloignée; ou de celle qui, âgée, malade et pauvre, se sent inutile et abandonnée, etc. (David, 1991, p. 19)

Encore une fois, même si globalement l'idée d'un système centré sur la personne plaît à l'esprit, David (1991) met en garde contre l'éventualité « de rendre les individus seuls responsables de leur santé et de leur bien-être » (David, 1991, p. 6). Précisons que la posture normativiste ne veut pas dire que les individus sont les seuls responsables de leur santé. Elle fait en sorte qu'ils soient partie prenante des décisions concernant leurs soins.

Toutefois, la réforme Côté met de l'avant une approche qui est surtout médicale, avec une vision exclusivement « santé » et une logique restrictive du service qui l'emportent largement sur la dynamique de l'action sociale. Cette réforme semble jouer sur les deux plans philosophiques de la médecine. Tout en mettant l'accent sur le citoyen (patient actuel ou potentiel – approche normativiste), elle actionnalise la posture naturaliste de la commission Rochon à travers des orientations de services par programmes-cadres qui tendent vers une vision impersonnelle :

à englober le communautaire dans une logique de « services à rendre ». Cela va à l'encontre de l'esprit et de la réorientation des groupes communautaires. En effet, ceux-ci ne perçoivent pas les gens comme des « problèmes à soigner »; ils ne voient pas les services comme une fin en soi mais comme un moyen parmi d'autres de travailler à la mobilisation des communautés en vue de modifier les rapports sociaux pour les rendre plus égalitaires. (Trottier, 1991, p. 151)

Dit autrement, sur le plan philosophique, la réforme Côté nage entre deux eaux, allant d'une vision naturaliste dans les détails de la réforme à ce qui, au départ, semblait adopter une philosophie normativiste mettant l'individu au centre des décisions et le rendant maître de ses choix. Nous

insistons sur ce dernier point. Si, au premier coup d'œil, la réforme Côté apparaît normativiste, car elle énonce des droits essentiels pour le citoyen, un examen en profondeur de celle-ci révèle qu'il y a négligence envers la singularité de l'individu et celle de son milieu et envers la relation du médecin avec son patient.

La commission Rochon a été précurseur de la réforme Côté, et aussi d'une seconde, la réforme Rochon. La réforme Côté, comme nous l'avons souligné plus haut, a créé les Régies régionales devant concrétiser le transfert de la prise de décision à des organismes régionaux décentralisés, mais dans les faits, la régionalisation ne s'est pas complètement concrétisée. Conséquemment, la réforme Rochon souhaite maintenir l'autonomie décisionnelle des Régies régionales qui sont transformées en Agences de la santé et de services sociaux (ASSS), ces dernières ayant pour mandat de gérer les fonds de la santé et des services sociaux et d'allouer les budgets aux établissements. La restructuration du système de santé du Québec que propose le ministre de la Santé de l'époque vise à réduire le temps d'hospitalisation en offrant des services à domicile : le virage ambulatoire fait son entrée dans le système de santé. Les services de première ligne (donc une philosophie normativiste de la médecine) sont, encore une fois, en avant-plan de cette réforme en offrant des services à domicile, plutôt que l'utilisation de ressources institutionnelles (Gaumer, 2008, p. 74).

Il ne faut pas oublier que cette réforme s'inscrit dans une nouvelle dynamique de « reconstruction de l'État pourvoyeur de services et elle illustre un véritable changement paradigmatique des fonctions providentielles de l'État » (Lesemann, 2002, p. IX). En effet, le gouvernement souhaite contrôler et limiter les effectifs, les ressources et les coûts associés au

secteur de la santé, le tout fait dans un contexte d'austérité provoqué par la volonté de rétablir le déficit zéro au Québec (Hébert, Sully, & Nguyen, 2017, p. 24). Encore une fois, même si l'idée au départ adoptait les valeurs propres à une philosophie normativiste des soins priment, l'opérationnalisation de la réforme Rochon en contexte d'austérité a mis à mal son orientation première.

Le début des années 2000 nous amène au deuxième mouvement dans l'administration publique et, par extension, dans la gestion du système de santé, soit la poussée managériale, incarnée par l'adoption, en novembre 1999, de la loi sur l'administration publique. Cette loi s'inscrit dans la lignée du nouveau management public, une philosophie de gestion inspirée de bonnes pratiques du secteur privé. Elle a pour objectif de moderniser la gestion publique en se fondant sur trois principes : une gestion axée sur les résultats, la transparence envers la population et l'imputabilité des organisations. Elle constituera le coup d'envoi d'une troisième vague de réformes du système de santé.

Deux ans après, la commission Rochon, les finances publiques et l'augmentation des coûts du système forcent le gouvernement à organiser une autre commission d'étude, la commission Clair, portant encore sur le financement du système de santé et des services sociaux ainsi que sur l'intégration des soins de première, deuxième et troisième ligne (Grenier, Bourque, & St-Amour, 2014, p. 90). La commission Clair a comme objectif de proposer une vision pour la prochaine décennie et désire mettre de l'avant la mission du système de santé qui est de « prévenir, guérir, soigner » (MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, p. 7).

La commission Clair recommande plusieurs changements, parmi lesquels un plus grand recours au secteur privé pour la prestation des services, de manière à créer une concurrence que l'on estime garante d'une meilleure efficacité dans l'utilisation des ressources. Ce point de vue, qui s'apparente à un « plan d'affaires », ouvre la voie au nouveau management public (Charbonneau, 2011) qui prône « la qualité, l'efficacité et l'efficacité ». Cette approche passe par l'évaluation systématique des pratiques et l'apparition de la notion d'indicateurs de mesure devient ainsi un fait inéluctable (Grenier et al., 2014, p. 91). La commission recommande, en plus de la fusion des établissements de première ligne sur une base territoriale (Grenier et al., 2014, p. 69), une réforme de leurs services avec un nouveau mandat pour les CLSC qui devront se concentrer sur la seule mission psychosociale. En effet, devant l'échec à fédérer les médecins à l'approche des CLSC, créés en 1972 et conçus pour fournir des services de première ligne multidisciplinaires aux patients des communautés locales, la commission Clair propose une nouvelle perspective organisationnelle de soins primaires, soit les groupes de médecine de famille³⁶ (GMF).

Les réformes menées par les gouvernements libéraux successifs ont détourné le réseau sociosanitaire du Québec de ses objectifs initiaux. Elles ont centralisé les prises de décision plutôt que de les décentraliser, elles ont favorisé l'hospitalo-centrisme plutôt que le développement de la première ligne, elles ont eu pour effet l'abolition de structures démocratiques ou indépendantes et ont contribué à miner sévèrement les CLSC au profit des GMF.

³⁶ Un GMF est un regroupement de médecins qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières pour dispenser des services auprès de personnes inscrites, sur une base non géographique. En moyenne, un GMF dessert une clientèle d'environ 15 000 personnes, regroupe environ dix médecins, deux infirmières ainsi que deux personnes affectées au travail administratif. Les services y sont offerts du lundi au vendredi, selon un mode sur rendez-vous et sans rendez-vous. Les samedis, dimanches et jours fériés, un niveau minimal de services est offert sans rendez-vous. (Breton, Levesque, Pineault, & Hogg, 2011, p. 103)

L'esprit des travaux concorde avec une approche normativiste de la médecine, prenant comme cible la prévention, la guérison et le soin de l'individu dans son milieu. En revanche, dans son application, il manque la cible en encourageant la libre entreprise des médecins par le financement des GMF, réduisant l'impact des CLSC et dans les faits augmentant la pression sur la deuxième ligne, les hôpitaux et la vision curative de la médecine et donc, dans son application, est de vision naturaliste. Les conséquences sur les hôpitaux font qu'ils sont soumis à des exercices de reddition de comptes sur des indicateurs de performance qui ne sont pas toujours conciliables avec la notion de soins. Les projets qui sont favorisés dans les établissements sont en lien avec des valeurs d'amélioration de l'efficience et de la performance.

La dernière réforme va s'étendre de la fin de cette période (2003) jusqu'au début de la suivante (2008). Philippe Couillard se voit confier en 2003 le mandat de réformer le système de santé et de services sociaux québécois (Bourque & Quesnel-Vallée, 2014) et il entend favoriser un projet d'intégration des services au sein du réseau de la santé et des services sociaux qui permettrait

[d']offrir aux citoyens des services plus accessibles, mieux coordonnés, plus personnalisés et sans rupture [; d'] assurer une meilleure prise en charge des personnes [; de] rapprocher la prise de décision de ceux qui offrent les services ou qui les utilisent [; de] donner aux gestionnaires des moyens qui encouragent l'esprit d'initiative et favorisent le dynamisme [et bien plus encore]. (MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, p. 7)

Cette réforme d'intégration, qui vise à mieux coordonner les services dans une même région, crée les Agences qui vont chapeauter les nouveaux centres de santé et de services sociaux, les

CSSS, ces derniers découlant de la fusion d'établissements auparavant autonomes, tels que les centres hospitaliers, les CLSC, les centres de jeunesse, les CHSLD, les centres de réadaptation, etc.

Malgré sa pertinence en théorie au point de vue de l'intégration des soins (une meilleure coordination dans le travail effectué par un ensemble d'établissements plus ou moins complémentaires et géographiquement rapprochés), Hébert et al. (2017) considèrent qu'

elle engage le système de santé plus avant sur la voie d'une gouvernance entrepreneuriale. Celle-ci fait de plus en plus appel à des modes de gestion inspirés du privé pour le secteur public, en plus de compter de plus en plus sur le secteur privé pour la prestation de soins. La réforme Couillard constitue une accélération de ce qu'on appelle la nouvelle gestion publique (NGP). (2017, p. 25)

Au point de vue de la prestation de soins, même si on prétend mettre en place une structure rapprochée du « client » (le patient), nous remarquons une diminution de la participation citoyenne (patient actuel et potentiel) et on assiste à la transformation des individus en consommateurs individuels. Selon cette mentalité, les soins et services sont conçus comme une série séquentielle d'actes techniques que l'on peut soumettre à l'analyse des gaspillages (méthode *Lean*), d'où une uniformisation et une standardisation technique des pratiques (Hébert et al., 2017, pp. 25-26). Cette approche des soins est tout à fait en ligne avec une philosophie naturaliste. On adopte ici une vision curative et hospitalo-centrée des soins, en amputant la relation de soin de son humanité et en la considérant comme un simple automatisme.

Durant cette période, on remarque deux mouvements distincts dans les modes de gestion au ministère de la Santé, le premier de 1985 à 2000 que l'on pourrait qualifier de période de démocratisation et technocratisation, suivi par une poussée managériale. Cette période, comme

l'a démontré notre recension des écrits au chapitre 3 (tableau 2), se démarque par des projets qui sont majoritairement issus de la tradition en gestion de projet et, comme mentionné plus haut, concorde avec une philosophie naturaliste de la médecine (tableau 5). La nouvelle gestion publique, favorisant une utilisation accrue des technologies de l'information pour le monitoring des clientèles, des processus et des résultats, se caractérise par la reddition de comptes et un encadrement normé des activités. La participation citoyenne est réduite, et les usagers sont considérés comme des clients. Le style de gestion vise une « efficacité accrue (imputabilité par objectifs, mesure de la performance) » (Larrivière, 2005, pp. 13-14). Les bureaux de projets, qui font leur entrée au sein des établissements de santé, sont les passages obligés pour toutes initiatives d'amélioration.

Il est intéressant de noter que, parallèlement à ces réformes conduites pendant cette même période, selon le Collège des médecins de famille du Canada, « Le nombre d'étudiants qui choisissent la médecine familiale comme premier choix pour leur résidence a fluctué pendant plusieurs années, atteignant son niveau le plus bas de 24,8 % en 2003 » (Le Collège des médecins de famille du Canada, 2017, p. 1).

Contexte régional : l'Outaouais

Les Conseils régionaux de santé et des services sociaux de l'Outaouais deviennent, en 1991, les Régies régionales de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, qui se transformeront en 2003, en Agences de santé et des services sociaux de l'Outaouais. S'organisent, en 2005, les Réseaux locaux de services qui regroupent au sein d'une région les centres hospitaliers, les CHSLD et CLSC

pour donner naissance à ce que l'on désigne comme des Centres de santé et des services sociaux, les CSSS. En Outaouais, cinq CSSS sont créés, ceux de Gatineau, de Papineau, de Pontiac, des Collines et de la Vallée de la Gatineau. On peut compter sept centres hospitaliers, quinze CHSLD et dix-neuf CLSC. Ces fusions sont précédées, en 1987-1988, par l'ouverture de l'Unité de médecine familiale de Gatineau et c'est le moment où des liens durables se tissent entre la région et l'Université McGill. En 2003, la création des réseaux universitaires intégrés de santé et services sociaux, les RUISSS dont le mandat est décrit au chapitre 7, fait de l'Université McGill le partenaire officiel en matière de santé. Nous rappelons qu'au départ une affiliation avait été envisagée avec l'Université de Montréal dans les années 1970 par le ministre Castonguay afin de permettre une collaboration au niveau médical. Depuis la création des RUISSS, c'est avec McGill que l'Outaouais est officiellement lié. L'ouverture de l'Unité de médecine familiale de Gatineau concrétise le contexte pour le projet de formation médicale en Outaouais qui est en germination depuis les années 1970, avec une progression étape par étape, vers une présence accrue d'étudiants en médecine en Outaouais.

Troisième période de 2005 à 2022

Le contexte politique

C'est la fin de la réforme Couillard, qui a eu comme effet de bouleverser le mode de gestion des établissements vers la « nouvelle gestion publique ». Le ministre Couillard quitte le ministère de la Santé et est remplacé en 2011 par un autre médecin, adepte de la méthode « Toyota », Yves Bolduc. Ce dernier lance sa réforme qui a pour objet d'introduire, grâce à son projet de loi 127, de nouvelles règles visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux. En

raison des multiples problèmes présents dans les milieux de soins, il veut implanter le système « Lean » afin d'augmenter leur performance et de pallier certaines de leurs difficultés. Selon certains, ce projet qui impose aux établissements des redditions de comptes aux Agences de santé et de services sociaux qui les retransmettent ensuite au ministère, centralisant encore plus les décisions.

La représentation citoyenne (patient actuel et potentiel) au sein des organismes est revue à la baisse. Au niveau des conseils d'administration, le ministre nomme deux membres et diminue l'implication citoyenne en réduisant le nombre de quatre à deux personnes élues par la population. Le nombre de représentants du comité des usagers (patient actuel) passe de deux à un seul. Le Forum de la population, une instance consultative régionale, est aboli.

Cette réforme de la gouvernance présente des contradictions importantes avec les réformes mises en œuvre depuis 2003. En effet, la création des réseaux locaux de service qui rapprochaient l'organisation et l'administration des services de santé, du moins en intention, de la population citoyenne est évacuée. Cette malheureuse diminution de l'apport du citoyen dans un système qui est appelé à répondre à ses besoins particuliers imprime à cette réforme une philosophie naturaliste où l'accent est mis sur le mode de la nouvelle gestion publique.

Si la réforme Bolduc a renforcé le pouvoir du ministère sur le fonctionnement de chacun des établissements et diminue l'implication citoyenne, la réforme en 2014 du ministre Barrette va aller encore plus loin, avec une ultra-centralisation des pouvoirs au ministre et une intégration des établissements jusqu'ici jamais vues (création de méta-établissements, les centres intégrés de santé

et de services sociaux – CISSS – ou encore des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux – CIUSSS). Certains parleront de gouvernance centralo-cratique. La réforme prévoit de favoriser une reconfiguration du réseau bien plus vaste que ce qui a été réalisé jusqu'à maintenant afin d'en améliorer l'efficacité et de diminuer les coûts qu'il engendre. Ainsi, il adopte la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, qui supprime l'intermédiaire entre le ministre et les Centres intégrés de santé et de services sociaux. Trois principaux objectifs sont énoncés dans cette réforme, soit l'amélioration de l'accessibilité des soins; l'amélioration de la qualité des soins et finalement, l'amélioration de l'efficacité (Contandriopoulos, Perroux, Brousselle, & Breton, 2014, p. 21). Également, comme cela avait été le cas dans la réforme précédente, on s'attaque à la haute gestion : les présidents-directeurs généraux des CISSS et des CIUSSS sont désormais nommés par le ministre lui-même. Les membres des conseils d'administration de ces établissements sont depuis réputés n'être que des courroies de transmission des volontés du ministre : « on veut que le personnel des organisations réponde aux directives des dirigeants plutôt que d'acheminer des préoccupations du bas vers le haut » (Hébert et al., 2017, p. 26).

Contandriopoulos explique que la réforme Barrette accroît les problèmes déjà existants dans le système de santé via trois tendances :

La première est un recentrage fort des services de santé vers le secteur médical seulement. Jamais dans l'histoire de notre système de santé nous n'avons autant et aussi vite effectué des compressions dans les budgets d'établissement, dans les soins à domicile, dans les services de CLSC, dans la santé publique... [...] deuxième tendance lourde, conséquence directe de la première : une vision du système de santé qui accorde beaucoup trop d'importance aux soins spécialisés et curatifs. [...]; troisième et dernière caractéristique du programme du ministre Barrette : un parti pris

clair pour le secteur privé. Démantèlement des CLSC pour offrir des ressources aux groupes de médecine familiale (qui sont des cliniques privées dans leur écrasante majorité). (Contandriopoulos, 2016)

Les méthodes *Lean* persistent et sont intégrées à la réforme Barrette avec l'implantation de salles de pilotage, instrument de gestion précisant « les priorités de l'organisation et ses plans d'action, et s'appuyant sur des indicateurs de performance » (Usher, Denis, Breton, Côté-Boileau, & Préal, 2019, p. 138). Cette approche de la gestion cadre mal avec l'esprit des soins personnalisés que l'on souhaite offrir en milieu hospitalier. Phaneuf décrit que :

la relation qui a cours entre un intervenant, par exemple une infirmière, et un malade relève d'une interaction humaine différente de celle établie entre l'ouvrier et le produit manufacturé. Cette interrelation possède un caractère affectif fort, créé par un lien soignante-soigné particulier et entretenu par les besoins du malade et le désir du personnel de le soulager. [...] Alors que l'ouvrier pose toujours à peu près les mêmes gestes, les interventions professionnelles ne sont pas uniquement ponctuelles et identiques; elles demandent des efforts de prévention et de planification et d'exécution qui varient avec chaque malade, car tous sont différents et présentent des difficultés qui leur sont propres. (Phaneuf, 2013, p. 10)

On ne peut concilier une philosophie de soin normativiste avec une logique d'interventions en santé que l'on veut ponctuelles et identiques telles que mises de l'avant dans le Lean, cela va de soi. La réforme orchestrée par le ministre Barrette fait fi des services de première ligne adaptés aux besoins de la population, de même que de toute l'approche préventive en santé et s'entête dans une vision naturaliste privilégiant le côté curatif, les indicateurs de performance. Si les objectifs de la réforme sont d'améliorer l'accessibilité aux soins et services, l'efficience dans l'offre de soins et services et une prestation de soins et services intégrés et adaptés aux besoins de la population, la

professionnalisation et la normalisation de la gestion de projet semblent être la voie de réussite afin de généraliser les bonnes pratiques dans le domaine de la santé. Les bureaux de projets sont les leviers pour la réalisation de ces objectifs.

Contexte régional : l'Outaouais

Les problèmes d'effectifs médicaux persistent dans la région et les réorganisations administratives des différentes réformes dégradent le climat qui règne dans les établissements. Le consortium formé en 2008 par la douzaine d'acteurs des milieux politique, économique et académique de l'Outaouais, présente son projet permettant d'offrir la formation professionnelle qu'il nomme le Campus santé Outaouais. Comme prévu dans le portefeuille de projets, l'Unité de médecine familiale de Gatineau ouvre son programme d'externat intégré en 2010, ce qui permet aux étudiants qui le désirent de faire leurs 3^e et 4^e années de formation médicale en Outaouais. Cela constitue le premier jalon dans le projet de formation médicale fondamentale délocalisée. C'est en pleine réforme Barette que le projet s'organise. En septembre 2016, le Premier ministre Philippe Couillard fait l'annonce du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill, le tout faisant suite en 2014, au dépôt de l'étude de faisabilité et des plans d'affaire et clinique en 2015. Pour la région de l'Outaouais, le projet comprend aussi l'agrandissement des locaux de l'Unité de médecine familiale de Gatineau. La réforme Barette, comme montré plus haut, renvoie à une approche naturaliste de la médecine. Le projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill, quant à lui, renvoie plutôt à une vision normativiste, comme nous l'avons mentionné. Conséquemment, avant de pouvoir prendre son essor, le nouveau cursus devait passer le test de la délocalisation de son nouveau programme. Or ce nouveau programme de 2012 met de l'avant des valeurs comme

l'écoute, l'engagement. D'ailleurs, sur le site web publicisant le programme de formation en médecine de McGill, il est indiqué que le programme en question porte l'appellation suivante : « *Le patient au cœur des sciences de la santé* » (McGill, 2023b).

Depuis le début des années 2000, le besoin d'obtenir 200 lits additionnels dans la région revient dans le discours public, tant sur le plan politique qu'institutionnel. Différents scénarios ont été envisagés avec le temps. Cependant, ce n'est que vingt ans plus tard, lors de la campagne électorale de 2018, que le projet d'un nouvel hôpital pour l'Outaouais fait son apparition : « Voilà que François Legault promet d'y construire un nouvel hôpital s'il est élu Premier ministre en octobre prochain » (P. Duquette, 2018, p. 4).

Cette annonce, qui en réjouit plusieurs, inquiète aussi, car le problème de main-d'œuvre persiste, voire s'aggrave :

[...] dans la région de l'Outaouais la population a beaucoup doublé et va beaucoup vieillir, donc la pression sur le milieu va être importante et cette pression-là fait qu'on aura un nouvel hôpital, cet hôpital-là va avoir besoin de ressources humaines, pis c'est déjà difficile d'opérer dans trois hôpitaux avec du personnel qui est réparti.
(Participant #14)

Le fait est que l'Outaouais a besoin de plus de lits d'hospitalisation, peu de gens sont en désaccord avec cela. On peut se demander, en revanche, si l'on est en train de ne favoriser, encore une fois, qu'une seule option, l'hôpital, en passant sous silence le besoin d'organiser une première ligne forte. Les départements d'urgence surpeuplés le sont tout autant dans un hôpital neuf que vieux. Autrement dit, maintenir la primauté d'une philosophie de la médecine naturaliste sur le normativisme.

L'attraction qu'exerce un nouvel hôpital sur les professionnels de la santé est incontestable et servira d'élément motivateur pour certains professionnels à exercer leur métier dans la région. Cette annonce est aussi porteuse pour les projets de formation en santé, dont celui de formation médicale fondamentale délocalisée.

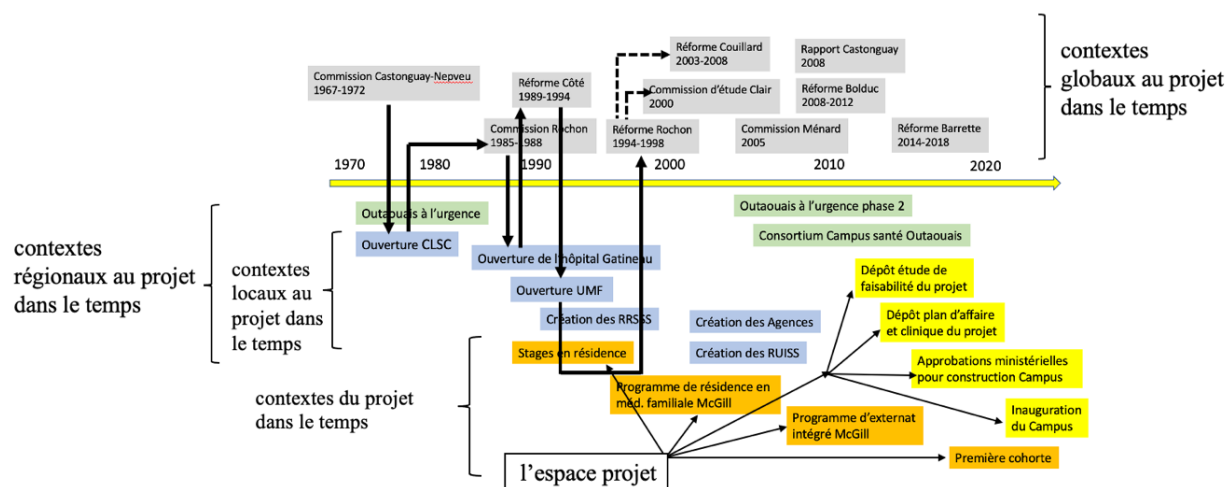
Aujourd'hui, nous lançons l'analyse du projet qui permettra de déterminer notamment l'emplacement de cet hôpital, a déclaré le ministre Dubé. Dans ce nouvel hôpital, nous allons concentrer l'expertise clinique de pointe de la région, ce qui va permettre d'optimiser les ressources médicales. Il s'agit aussi, et c'est très important dans le contexte de pénurie de main-d'œuvre que nous avons, d'un bon moyen pour faire face à une rareté de personnel. [...] On veut aussi former nos professionnels de la santé en Outaouais, mais les garder en Outaouais, a mentionné le ministre Dubé. (Sabourin, 2020, p. 10)

Conclusion

Nous avons illustré à l'aide d'une frise historique (voir figure 16) les événements importants qui ont pu influencer le projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill. En gris, nous y avons défilé les différentes réformes qui ont eu lieu dans le système de santé au Québec dans la partie du haut. Sur une flèche de couleur jaune sont indiquées les dates relatives aux événements qui sont propres à la région de l'Outaouais. On y retrouve la formation des regroupements citoyens (patients actuels et potentiels) et du regroupement du campus santé Outaouais en vert : Outaouais à l'urgence, Outaouais à l'Urgence phase 2 et le Consortium Campus santé Outaouais. En bleu, nous avons mis l'ouverture de certaines installations sanitaires. Enfin en orange, les différentes étapes menant au projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill.

Figure 16

Frise historique du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill



Cette trame historique sur laquelle s'est construit le projet de formation médicale fondamentale délocalisée en montre les origines de même que les influences. Les contextes ont exercé leur influence à différents niveaux dans le temps, qu'ils soient globaux, régionaux ou locaux. Ces contextes structurent à la fois le projet, mais s'inter-influencent de la même manière que Manning (2008) l'illustre dans sa description du phénomène d'enchâssement organisationnel. Les problèmes récurrents du manque de soins et de services de santé en Outaouais et les tractations du mouvement citoyen ont été des éléments du contexte local. Plusieurs réformes ont modifié, au fil des époques, les contextes globaux et régionaux qui, à leur tour, ont structuré le projet. Cette

structuration du projet dans le temps a contribué à la production de l'espace-projet. Ainsi sont présentés les différents éléments contextuels et temporels qui ont structuré le projet de formation médicale fondamentale délocalisée.

Structuration horizontale du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill

Les conclusions mises en exergue à la section précédente nous amènent à poursuivre l'exploration du projet à l'aide de la deuxième partie de notre cadre conceptuel (voir figure 13), celle où l'individu affublé de ses a priori ancrés dans des contextes sociosanitaires globaux, régionaux et locaux, pense, bâtit et habite le projet. Conséquemment, dans cette section, nous montrerons empiriquement la prégnance du penser, bâtir et habiter, au travers des trois époques de l'histoire du projet de formation médicale fondamentale. Autrement dit, nous explorons les (connaissances) a priori (éléments de la section sur la structuration fondamentale) qui animent l'esprit des participants dans leur conception du projet.

Mais avant toute chose, prenons quelques lignes pour revenir aux écrits de Heidegger et de Lefebvre. Nous avons montré au chapitre 5 comment le croisement entre la triplicité de Lefebvre (le perçu, conçu, vécu), qui renvoie à la production sociale de l'espace (dans notre cas, l'espace-projet – qui sera couvert à la section sur la structuration verticale), se conjugue au célèbre essai de Heidegger, « Bâtir, habiter, penser », tel que le résume le tableau 7.

Heidegger a écrit son essai en 1951 alors que l'Allemagne est en pleine crise du logement, conséquence des bombardements de la Seconde Guerre mondiale. De cette réflexion de Heidegger

sur la crise, nous nous inspirons, sans prétendre qu'elle soit d'envergure comparable, pour évoquer une autre crise que nous avons décrite comme telle dans les premiers chapitres de la présente thèse, soit celle de la main-d'œuvre qui accablait et accable toujours le secteur de la santé en Outaouais et par extension, son besoin pour un projet de formation délocalisée. Comme le souligne Bonicco-Donato (2019), le texte de Heidegger nous permet une réflexion étendue de l'habiter :

Mais au-delà du monde de la construction, l'analyse heideggérienne concerne également chacun de nous et vient nous interpeller à la première personne, dans la mesure où habiter désigne notre façon ordinaire d'être-au-monde, l'expérience intime que nous faisons de la manière immédiate et banale dont nous existons. (p. 10)

Nous mettons de l'avant l'idée qu'un individu, dans son quotidien, pense (ou conçoit), bâtit (ou perçoit) et habite (ou vit) le projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill dans les différentes époques identifiées antérieurement. Autrement dit, au travers des différentes époques, des empreintes se sont posées, comme « préludes » à un espace-projet dans l'esprit de certains participants.

Ce processus d'intériorisation ne s'est pas constitué de la même façon ou n'a débuté à la même époque d'un participant à l'autre. On peut facilement le remarquer chez les participants qui ont eu une plus grande implication dans l'amélioration des soins et services durant leurs années de pratique professionnelle en Outaouais ou quand leur parcours académique les a conduits dans la région pour leur formation. Cela dit, bien que l'époque 1970-1985 soit pour ainsi dire « orpheline » de récits de participants, car les plus âgés d'entre eux sont arrivés dans la région au début de la seconde période (1985-2000), elle permet néanmoins de comprendre très clairement comment est né le besoin de formation en Outaouais, c'est-à-dire en réponse à un manque criant et chronique de main-d'œuvre professionnelle en santé.

L'époque 1970-1985, le « penser – conçu »

On peut considérer la période 1970-1985 comme le début de la narration de l'histoire du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill, celle qui introduit les thèmes de formation de professionnels de la santé et d'affiliation universitaire. À ce titre, le mouvement citoyen de revendication pour de meilleurs soins et services se forme et se réincarnera dans la période suivante (1985-2000), dans lequel certaines parties prenantes puiseront pour penser leurs idées de projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill

En effet, des médecins de l'époque du CSSSG ont participé au regroupement citoyen « L'Outaouais à l'Urgence phase II » en 2007 et certains ont présenté le problème de pénurie de main-d'œuvre et de sous-financement lors d'assemblées générales du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CSSS de Gatineau afin de sensibiliser leurs collègues au problème. Le mouvement citoyen, qui renaît de celui des années 1970, donne l'inflexion au futur projet de formation et à l'implication médicale comme en témoignent les deux extraits suivants :

On espère travailler avec les gestionnaires pour améliorer les soins de santé et de services sociaux pour la population urbaine et rurale, explique Mme Robitaille, une infirmière de formation qui est aujourd'hui consultante en santé mentale. Pourquoi s'identifier à la coalition de 1970? « On veut être fidèle à une histoire, répond Marthe Robitaille... » (Mercier, 2007b, p. 14)

La Coalition Outaouais à l'urgence phase II a réussi à réunir 800 personnes lors de sa marche pour dénoncer la situation des soins de santé en Outaouais. [...] La problématique bien réelle du manque de médecins de famille en Outaouais est un autre sujet qui a préoccupé de nombreux manifestants samedi. (La Haye, 2007, p. 4) (Thériault, 2007)

Des participants à notre recherche nous ont dit avoir pris part à cette marche et à l'effort de collecte de signatures dans leur milieu de travail pour contribuer au mouvement citoyen.

La Coalition l'Outaouais à l'urgence phase II, qui a recueilli 47 600 signatures sur sa pétition demandant une amélioration des soins de santé, réclame des actions immédiates pour régler le problème d'engorgement des urgences des hôpitaux de Hull et de Gatineau. [...] De son côté, le docteur Claude Bouchard a dénoncé la pénurie chronique de personnel qui a un effet direct sur tous les soins de santé. (Thériault, 2007, p. 5)

Cette première période, pour réfléchir en termes conceptuels « heideggériens » et « lefebvriens », incarne le « penser ou le conçu » dans la production d'un projet de formation médicale fondamentale délocalisée. Ce stade du projet représente l'étape du comment « penser », le « bâtir » et l'« habiter ». Pour les participants ayant participé à la marche et qui ont recueilli les signatures, le perçu et le conçu du projet prennent leurs racines à ce moment-là, et nous reviendrons plus tard sur ce point.

L'époque 1985-2000, le « bâtir – perçu »

La deuxième période, qui pour plusieurs participants correspond à la période active de leur vie professionnelle, est riche en moments dans lesquels ces derniers vont puiser et construire, d'une certaine façon, leur récit sur le projet.

Cette époque est considérée comme celle du « bâtir ou perçu » du projet de formation médicale fondamentale délocalisée. Toutefois, il faut garder à l'esprit que, autant chez Heidegger que chez Lefebvre, « penser-conçu », « bâtir-perçu », « habiter-vécu » se produisent sur les trois plans en même temps, et que ces derniers infléchissent, influencent le projet tout au long de son devenir.

Cela veut dire que l'individu peut « habiter » le projet tel qu'il le « pense » avant même que le projet soit ne soit « bâti ». De plus, la façon dont le projet va être « bâti » est constamment modulée par la façon dont il est « habité » et « pensé ».

Le « bâtir » se module, se structure par le « penser » et l'« habiter » du projet au fur et à mesure de sa production. Comme le souligne le participant #13, le projet qu'il « habitait », en tant que médecin et citoyen impliqué au sein du mouvement de l'Outaouais à l'urgence phase-II en 2007, était différent de sa conception première, de ce qu'il en avait d'abord « pensé » :

Bon le campus santé, c'est comme un concept, moi ce que j'ai compris à l'époque, campus santé c'était, on remet l'Outaouais à jour au niveau de la santé. Ça, ça veut dire on lui donne plus de moyens financiers, plus de moyens de personnel, plus de moyens économiques au niveau du matériel, des lits d'hôpitaux, et on débloque la formation universitaire, cégep et universitaire ensemble. Alors moi je croyais que le campus santé était un ensemble, comme une mise à jour des investissements et des établissements. Et d'un autre côté, de débloquer la formation universitaire, entre autres l'école de médecine. (Participant #13).

La représentation mentale du projet que ce participant avait, son « penser », était habitée par l'historique du projet qui embrassait tous les besoins de l'Outaouais en matière de santé. Au fil du temps, le « bâtir » du projet qui prenait forme est venu structurer son « penser », comme il nous le rapporte ici :

Alors c'est pas ce qu'on a vu, ça l'a comme, pratiquement selon moi, presque rien donné, j'ai pas vu pratiquement de changement. Alors la seule chose que ça a fait, c'est qu'à la longue, McGill a fini par venir ouvrir une école de médecine ici, ça été très très très long et laborieux le projet, ça pris presque vingt ans. (Participant #13)

Certains participants « habitaient » le projet depuis un bon moment, comme ceux qui militaient pour de meilleurs soins, ou qui recevaient des stagiaires en médecine; ils l'habitaient, consciemment ou non, avant même qu'il soit lancé officiellement. Les idées qu'ils ont eues

concernant le projet ont été construites à partir de leur propre « penser » du projet, suivant une logique des représentations mentales qu'ils s'en faisaient. Pour les participants d'un plus jeune âge, ils sont devenus des parties prenantes au projet plus tardivement, et donc leur « bâtir, habiter, penser » peut se présenter de façon différente. Pour certains, « le penser » semble être sublimé par l'« habiter », car le projet tel que celui qui était proposé leur rappelait des espaces qu'ils avaient déjà habités et à partir desquels ils en sont venus à penser le projet, un « penser » collé sur une expérience antérieure similaire, comme en témoigne les trois extraits suivants :

Moi ce que je m'imaginai c'est, ben j'ai un peu mon expérience à Sherbrooke, où est-ce qu'on avait des Campus délocalisés aussi à Sherbrooke. [...] donc j'avais cette expérience-là aussi pis je me disais que ce serait quelque chose de similaire, au sens où, on avait des cours en commun, beaucoup par visioconférence, mais que la formation se faisait vraiment dans les sites. (Participant #17)

Ben moi j'ai fait ma médecine générale, avec l'Université Laval, au campus de Rivière-du-Loup, faque ça me donnait, j'ai dit ben y vont faire ce qu'ils font à Rivière-du-Loup ben ils vont le faire ici. C'est ce que j'avais pensé. (Participant #12)

Moi j'ai fait ma formation à l'Université de Montréal donc je suis habituée avec les campus décentralisés; c'était pas un concept nouveau. [...] ...faque dans le fond j'suis un peu familière avec le principe, faque j'm'attendais que ça soit la même chose. (Participant #3)

Nous avons dit précédemment que le projet se produit sur les trois plans, le « penser, bâtir, habiter » en même temps et que les événements d'époques différentes pouvaient se compénétrer. Une illustration de ce phénomène temporel se trouve dans l'analyse des extraits suivants; si on recoupe le premier extrait qui suit avec le suivant, nous comprenons que les participants parlent du même projet, mais sur des plans temporels différents.

[...] j'suis là depuis 2012, j'étais là comme résidente, pis là comme superviseur, pis j'le vois l'effet, comme dans le fond l'effet d'être un milieu universitaire, et comme le campus qui s'en vient, le campus qui s'en vient, avec les années, comme j'les ai

vues les ressources arriver à cause du campus là, entre autres, à cause de l'enseignement, les ressources investies par la faculté [...](Participant #4)

[...] moi j'avais imaginé une formation en région, plus au niveau de l'externat et des résidents en spécialité, ou résidents en médecine familiale. Donc on a développé ça pendant quelques années, puis ensuite est venue la notion de campus délocalisé. (Participant #14)

L'époque 2000-2020, l'« habiter – vécu »

Si la première période est le « penser » et que la deuxième est le « bâtir », la troisième période pourrait être considérée comme étant le moment « habiter » à proprement parler ou vivre (vécu en terme lefebvrien) le projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill.

Autrement dit, après avoir « pensé » le projet, l'avoir « bâti », il est « vécu » par les parties prenantes dans les années 2020. Il est important de se rappeler, encore une fois, que l'habiter avait débuté pour certaines parties prenantes bien avant, comme en témoignent les extraits de la période précédente : ainsi certains participants font un aller-retour dans le temps. Pour d'autres, leur « vécu » concorde avec l'évolution de leur « penser » et « habiter » le projet :

Ah je pense que c'est super, c'est encore mieux, J'suis pas vraiment impliquée dans l'enseignement, moi j'accepte de prendre des stagiaires quand on me le demande (Participant #11).

Certains participants « habitaient » un projet qui s'est « bâti » autrement que ce qu'ils avaient pensé et en éprouvent une certaine frustration. C'est le cas du participant #5.

Je trouve ça à la fois intéressant [...] j'ai une certaine frustration, parce qu'étant responsable d'un cours, d'un stage de l'externat, j'ai été impliquée, et les ajustements que j'avais demandés pour mon cours spécifiquement à moi ont été refusés. Pour ça j'avoue une certaine frustration de l'actualisation où j'ai l'impression qu'on est en train de perdre notre saveur locale de l'enseignement.

L'insatisfaction peut être de nature différente, plus profonde et aller chercher des valeurs personnelles qui entrent en conflit avec leur « penser » du projet comme en témoignent les deux extraits suivants :

Pis j'me souviens aussi au début, la grande, grande frustration que j'avais de mettre ça directement sur le site de l'hôpital, ça physiquement, l'endroit où ils voulaient installer la faculté. Je vois l'avantage de, pour un clinicien, a ben j'ai juste à traverser une passerelle ou un ascenseur ou peu importe, pis je suis rendu à pouvoir faire mes cours de clinique là. Pis tsé, moi je vais probablement en profiter, parce que je vais donner des cours bientôt là. Sauf qu'en même temps, j'trouve tellement qu'on manque de locaux pour les patients, pis que mettre une salle de classe au-dessus d'une urgence, d'un parking d'ambulance, pour moi ça demeure un non-sens. Dans [...] tant qu'à moi ça aurait été deux buildings plus loin que, ça aurait été parfait, ça aurait pas encombré les stationnements des employés, qui en a déjà moins, ça aurait pas, j'trouve que, au-dessus d'un hôpital, faut que tu construises un étage pour mettre un autre, d'autres soins aux patients, pas une faculté. (Participant #8)

Est-ce que ça avait besoin d'être collé après l'hôpital? Je l'sais pas. Moi je pense que ça fait que on va avoir une vision un peu hospitalo-centriste encore des soins. Est-ce que ça aurait pu être à part, moi je pense que oui, plus justement peut-être jumelé avec des choses de la communauté là. Faque [...] c'est très bien, le set-up est super beau, mais ça fait encore qu'on pense que la médecine c'est de guérir les gens, pis c'est pas juste ça, même que c'est très peu de ça. (Participant #10)

Ces extraits montrent des participants confrontés à des situations propres au projet – la construction des locaux de la faculté au-dessus de l'urgence plutôt que d'en faire d'autres unités de soins, le choix de l'emplacement qui est « collé » sur l'hôpital – situations qui ne correspondent pas aux valeurs auxquelles ils tiennent, soit des valeurs propres à une approche philosophique normativiste de la médecine. La teneur de leurs propos semble monter un « vécu » du projet qui n'est pas en concordance avec le « penser » et l'« habiter » qu'ils s'en étaient faits. Il faut atténuer l'ampleur de cette discordance et rappeler que ce n'est que sur un aspect du projet où les idées divergent, c'est-à-dire sur l'emplacement physique du campus et non sur l'entièreté du projet.

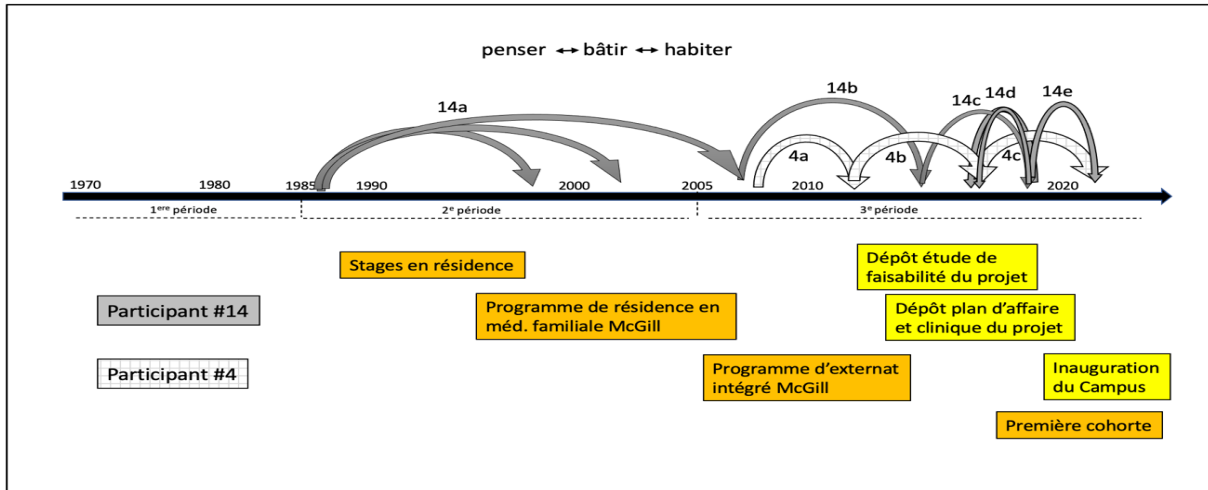
Conclusion

Dans son essai, Heidegger mentionne que l'individu, parce qu'il s'en préoccupe, habite déjà le pont auquel il pense. Il en va de même des participants de l'étude, qui habitent déjà le projet parce qu'ils s'en préoccupent. Parce que le projet est habité bien avant qu'il soit effectivement livré, pour parler en termes de gestion de projet, cet « habiter » se structure au fur et à mesure que le projet évolue. On pourrait même dire que cet *ante* « habiter » se conditionne et est conditionné par le « penser » et le « bâtir » qui sont soumis au même processus de rétroaction.

Nous avons illustré ce phénomène de structuration horizontale du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill à la figure 17. Il ne s'agit pas toujours de processus complexes, comme le montre la schématisation du participant #4 comparativement à celle du participant #14. Par exemple, le participant #4 progresse de façon unidirectionnelle, depuis son souvenir de ce qui s'est passé avec l'Université de Sherbrooke qu'il accroche au présent projet, jusqu'à ses années de résidence en médecine familiale à l'Unité de médecine familiale de Gatineau, puis finalement sa participation au projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill comme en témoigne le contenu de la légende narrative dans la figure 17. Le contenu de la légende narrative de la figure 17 rend compte aussi de la trajectoire plus complexe du participant #14 allant majoritairement vers l'avant, mais revenant aussi en arrière (voir flèches 14d de la figure 17).

Figure 17

Exemple de structuration horizontale (temporelle) chez deux participants



Légende narrative :

Le participant #4 :

« J'ai vu l'implantation du campus de Sherbrooke à Moncton... Je trouve que ça se ressemble pas mal » flèche 4a;
 « J'étais à L'UMF en 2012 comme résidente, puis comme superviseur » flèche 4b;
 « J'ai participé à l'aménagement des espaces comme médecin-conseil parce que je suis en charge des stages en médecine familiale » flèche 4c.

Le participant #14

« Ça s'est implanté progressivement depuis 1987 quand le gouvernement a imposé la 2^e année de médecine familiale obligatoire... McGill avait identifié Hull et Gatineau comme sites (de stages) intéressants... Donc c'est là où bon j'avais imaginé une formation en région... plus au niveau de l'externat et des résidents » 3 flèches 14a
 Nomination du directeur médical pour le projet de formation médicale fondamentale; étapes de planification et étude de faisabilité flèche 14b
 Lancement du projet 14c
 Réévaluation de la formation en anglais pour l'année préparatoire et pour la formation fondamentale (1^{re} et 2^e années) 2 flèches 14d
 Formation en français pour l'année préparatoire et la formation fondamentale flèche 14e

L'essai de Heidegger (1988) et la triplicité de Lefebvre (2000) nous ont permis de rendre compte du projet en explorant comment ces concepts sont prégnants dans les discours des participants. Nous avons montré comment le « penser », le « bâtir » et l'« habiter » ont animé le processus de structuration temporel, donc horizontal, du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill et cela bien avant le lancement de la phase de faisabilité en 2014.

Structuration verticale du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill

Jusqu'ici les résultats ont soutenu l'idée que le projet de formation médicale fondamentale délocalisée se fait « temps » et que le temps (historicité, historialité, fondement) s'actualise en projet de formation médicale fondamentale délocalisée. Cette dernière section des résultats va nous permettre d'exposer le processus de structuration qui s'est opéré autour du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill en tant qu'espace social et que nous nommons l'espace-projet(-soin).

La théorie de la structuration a été proposée par Antony Giddens (1984) pour penser le monde social, mais comme nous l'avons vu précédemment, celle-ci présente d'importantes limites quant à la conception de l'espace social sur laquelle elle prend appui. Conséquemment, nous nous sommes tournée du côté des travaux d'Henri Lefebvre (2000) qui a une conception élargie de l'espace social, dans laquelle sa vision de l'espace « est » production, « est » construction sociale, et où la production « est » en retour espace social.

Lefebvre (1968) réfléchit sur une conception du social qui pose la question de savoir comment le devenir et l'histoire sont créés. Selon Lefebvre (1968), toujours dans le devenir, il y a des structures qui se constituent. On peut penser, par extension, que le possible est un projet. C'est ce qu'il laissait entendre lors d'une allocution donnée en 1979 :

Pour qu'il y ait des possibles, il y a une condition primordiale; il faut une action, un projet ou des projets, donc des risques encourus et assumés, des obstacles et des dangers; en deux mots, un devenir et une aventure. (Lefebvre, 1979)

On trouve dans cet extrait une référence à Heidegger lorsqu'il explique que le *Dasein* s'étend aussi loin qu'il s'en préoccupe. Cette façon de penser nous la retrouvons chez certains des participants qui se préoccupent du projet et l'habitent depuis plus de 20 ans. Cela se voit dans certaines de leurs réponses, comme « [...] moi ce que j'ai compris à l'époque [...] » (Participant #13) ou encore « en fait ça [projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill] s'est implanté progressivement depuis 87 quand le gouvernement a imposé la deuxième année de médecine familiale obligatoire [...] » (Participant #14). En couvrant différentes époques, à la section « Structuration horizontale du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill », nous avons montré, entre autres choses, que le *possible déjà agissant* du projet a la potentialité d'influencer le devenir, voire de faire advenir certaines choses. Autrement dit, nous avons fait porter notre attention sur ce que nous pouvons qualifier, pour faire bref, de structuration horizontale : du devenir et de l'histoire.

Cette structuration « horizontale » se conjugue à une autre, cette fois verticale (sociale), à quatre paliers organisationnels différents, soit au niveau même du projet (formation de médecine

délocalisée – l'espace projet), de l'organisation (CISSSO – le local), de la région (acteurs en Outaouais – le régional) et du politique (gouvernement – le global). Dans un processus de structuration « verticale », les différents paliers sont conditionnés par ce qui se déroule au niveau des autres paliers. Pour reprendre le schéma de Manning (figure 7) sur l'enchâssement des projets dans des contextes systémiques, le projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill (premier palier) a influencé et s'est vu influencé par les deuxième, troisième et quatrième palier.

Au chapitre 7, nous avons posé un regard rétrospectif sur l'anglais comme langue d'enseignement aux étudiants en médecine sous l'angle de la gestion classique d'un projet (risque). Dans cette section, nous souhaitons porter un regard sur le phénomène de structuration en œuvre à la suite de la réaction provoquée par l'utilisation de l'anglais comme langue d'enseignement aux étudiants en médecine, tel que le propose le projet de formation délocalisée. L'annonce que l'enseignement théorique se ferait à distance en visioconférence par les enseignants à McGill et en anglais a provoqué tout un tollé de la part de citoyens et d'association de citoyens de l'Outaouais qui ont choisi de mobiliser les médias pour faire valoir leur point de vue :

Confier à une université anglophone la formation de nos futurs médecins dans une région francophone, dans un Québec français, cela ne fait pas partie de la solution! De fait, cela n'a aucun sens! Le Premier ministre Couillard et son ministre de la Santé ont maquillé la réalité en affirmant que 92 % de l'apprentissage se ferait en français, mais la réalité est la suivante, confirmée par McGill : toute la base, toute la formation théorique, qui dure 18 mois, est livrée aux étudiants et étudiantes en anglais, par vidéoconférence. (Perreault et al., 2016)

Dans sa chronique dans le journal *Le Droit*, Patrick Duquette rappelle que l'Outaouais vit « une situation particulière en étant affilié à McGill » car l'Outaouais serait en droit d'offrir des cours 100 % en français. Il rapportait les paroles de Philippe Couillard alors qu'il était de passage à Gatineau en 2014 :

[...] c'est lui [Philippe Couillard] qui insistait, durant les derniers jours de la campagne de 2014, sur le « droit » des étudiants de la future faculté de médecine de l'Outaouais à recevoir leur formation « complètement en français » s'ils le désirent. (P. Duquette, 2016, p. 2)

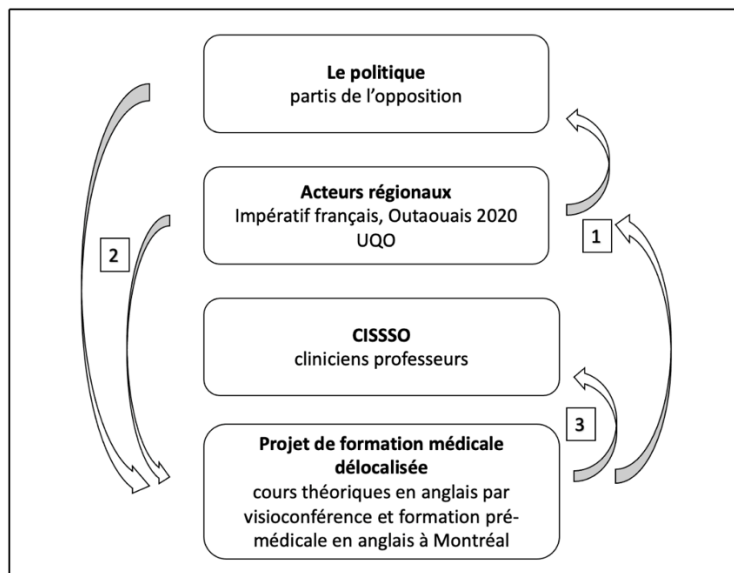
On entendait le même son de cloches de la part des groupes comme Impératif français, Outaouais 2020 et l'UQO : Le recteur de l'Université du Québec en Outaouais (UQO), Jean Vaillancourt, juge qu'il est inacceptable que les futurs étudiants de la faculté satellite de médecine soient obligés de suivre leur formation fondamentale en anglais. (Blouin, 2014, p. 5)

Avec la faculté de médecine que le gouvernement Couillard nous propose, nous serons associés à une université conçue pour l'enseignement en anglais et à une université sous gouvernance anglophone. Nous ne demandons pas à McGill de se franciser. [...] Nous ne réclamons que ce qui nous apparaît normal, en tant que francophones, dans un État où le français est la langue officielle et commune : une faculté de médecine où la seule langue d'enseignement, de travail et d'administration est le français. (Perreault et al., 2016)

Le problème que causait l'utilisation de l'anglais comme langue d'enseignement a fait que les responsables du projet ont dû apporter des changements afin que les cours soient donnés en français. La figure 18 illustre le processus de structuration qui s'opère à la suite de la critique faite par les acteurs régionaux en lien avec la formation qui allait être donnée en anglais. On peut voir que le projet tel qu'il est présenté soulève au niveau régional et politique des réactions (flèches numéro 1). Les partis d'opposition demandent que la formation soit entièrement offerte en français (Mercier, 2016b).

Figure 18

Exemple de l'effet structurant du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill



Ces réactions aux paliers supérieurs sont, par la suite, redirigées vers le bas, car des correctifs sont demandés aux gestionnaires de projet (flèches numéro 2). Les réactions provoquées par l'utilisation de l'anglais ont obligé les responsables à revoir leur position initiale à savoir que :

Contrairement aux autres régions qui ont une faculté satellite, la capacité d'enseignement (infrastructure et corps professoral) des cours de sciences fondamentales axés sur les connaissances médicales n'existe tout simplement pas à l'heure actuelle dans la région. (Eidelman & Brousseau, 2016)

Cela est venu affecter le niveau organisationnel, car c'est à ce niveau, dans le CISSSO, que l'on a dû faire le recrutement de nouveaux cliniciens pour donner les cours en français (flèche numéro 3). Il y a donc eu des représentations faites dans les différents départements et services médicaux du CISSSO afin de recruter d'éventuels cliniciens désirant participer à l'effort

d'enseignement aux étudiants de première et deuxième années. Des réajustements ont été apportés, à la fois sur le discours entourant la capacité des professionnels à former le corps professoral et sur l'échéancier pour le faire. On a assisté au même phénomène en ce qui concerne l'année préparatoire demandée aux étudiants arrivant du cegep acceptés en médecine à McGill.

[...] le vice-doyen adjoint à l'enseignement de la médecine de l'Université McGill pour l'Outaouais, le Dr Gilles Brousseau, a fait savoir que le plan de francisation du programme serait réalisé pour l'arrivée de la première cohorte en 2020, mais n'avait pas abordé la question de l'année préparatoire. (Mercier, 2018, p. 11)

Encore une fois, les gestionnaires de projet ont dû revoir les plans de formation pour que l'année préparatoire puisse être donnée dans la région et en français, comme le rapporte le participant dans l'extrait suivant :

Malgré les contraintes logistiques découlant du fait que l'UQO n'offre pas tous les cours de l'année préparatoire aux études en médecine, le gouvernement est parvenu à établir un plan qui permettra que cette formation puisse être suivie en français et en Outaouais dès l'automne prochain [...] En fait, on a commencé à la première année, on a même commencé à implanter à l'UQO, l'Université du Québec en Outaouais, la préparation à la médecine qu'on appelle « pré-med ». Ça c'est quelque chose qui n'était pas prévu dans les plans initiaux. Faque à force de discussions, ils l'ont intégré à l'UQO alors on offre même la « pré-med », pis après ça, on commence à faire la première année en médecine. (Participant #20)

Le président de Santé Outaouais 2020, Andrew Gibson, et le vice-président, Gilbert Langelier, ont tenu à réagir à cette nouvelle.

Toute l'idée d'avoir une faculté satellite dans la région, c'est pour former les gens d'ici, pour qu'à la suite de leurs études, ils puissent pratiquer ici, soutient Andrew Gibson. Même si McGill l'offrait en français, sur leur campus de Montréal, ça serait mieux, mais pour nous, le gouvernement et McGill doivent travailler pour que le programme soit offert en entièreté incluant l'année préparatoire, ici les 18 premiers mois. « On pensait avoir gagné

la bataille, mais on est encore obligé de prendre ce dossier-là parce que McGill a manqué de transparence », soutient M. Langelier. (Paquette, 2018, p. 8)

L'influence de ces acteurs régionaux est représentée par la flèche numéro 2 que l'on peut voir descendre de la quatrième et troisième boîte vers la première, celle du projet de FMFD de la figure 18.

Sans reproduire le même type de représentation comme celui de la figure 18, d'autres exemples d'effets structurants du projet de formation médicale délocalisée peuvent être mis en lumière. Des réaménagements des lieux physiques ont été effectués dans les hôpitaux de Hull et de Gatineau sur certaines unités de soins, ces derniers donnant aux étudiants un espace pour qu'ils puissent recevoir de la formation et de la rétroaction de la part de leur maître de stage. Les départements et les unités de soins ont aussi été sollicités pour dresser la liste des équipements manquants jugés nécessaires à l'enseignement. Le projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill, comme on peut le constater, impulse des changements au niveau organisationnel, à la fois en cherchant des médecins pour enseigner et pour recevoir des étudiants en stage, mais aussi au niveau des infrastructures et équipements du CISSSO.

Au niveau régional, le projet a permis à l'Outaouais d'avoir une meilleure offre de service de soins de santé. La relocalisation pour l'agrandissement de l'UMF permet l'embauche de 12 nouveaux médecins superviseurs pour un total de 34 qui vont suivre plus de 20 000 patients. Cela permettra aussi d'augmenter le nombre de médecins résidents en médecine familiale.

L'agrandissement de l'UMF pour en faire un GMF-U dans la même construction que la faculté d'environ 3 000 mètres carrés répartis sur deux étages, au-dessus de l'urgence de l'hôpital de Gatineau. L'Université McGill assumera le budget de fonctionnement. L'Unité de médecine familiale de Gatineau déménagera pour occuper un des nouveaux étages, tandis que l'autre accueillera les étudiants en

médecine. La faculté satellite permettra aussi d'accroître de 12 à 24 places la capacité d'accueil pour chaque année de l'externat (les deux années précédant la résidence). (Mercier, 2016a, p. 3)

Par cet agrandissement de l'UMF et le changement de vocation en GMF, on peut penser que l'effet structurant du projet va faire en sorte que les services cliniques à la population vont être augmentés.

Ce projet se projette aussi dans l'avenir des services de santé de la région. Pour certains participants, le projet se recompose dans l'annonce du nouvel hôpital de 600 lits promis par le gouvernement en 2020. Le participant #13 fait remarquer que tous les éléments du système de soins de la région sont interreliés et contributifs à un avenir à projeter :

[...] la faculté de médecine, l'école de médecine s'inscrit dans un grand réseau. Là, comme vous savez, le gouvernement ou la CAQ vient de proposer d'avoir un hôpital de six-cents lits, un hôpital qui va être moderne, un hôpital de six-cents lits avec de l'équipement moderne, donc un hôpital qui va être attractif finalement.

Conclusion

En conclusion à ce chapitre, nous désirons revenir sur les relations qui existent entre les phénomènes de structuration fondamentale et de structuration verticale dans le projet de formation médicale fondamentale délocalisée. La frise historique, exposée dans la structuration fondamentale, est l'une des assises temporelles des phénomènes qui ont donné une impulsion au projet avec les différentes réformes et leur vision philosophique de la médecine. L'autre assise nous vient de la structuration verticale qui module le projet au fil des interactions entre les différents contextes locaux, régionaux et globaux.

Toutefois, il y a plus : une autre relation s'est tissée entre les structurations fondamentale et verticale, relation que la structuration horizontale sous-tend. La longue flèche au centre de la figure 13 représente cette relation.

Les connaissances a priori influencent le participant, mais aussi les acteurs des différents contextes et ces contextes, en retour, provoquent les réactions auxquelles les différentes réformes tentent de s'adresser.

Le projet navigue dans les chemins qui se tissent entre les deux – la longue flèche – qui ne fait pas qu'illustrer un aller-retour, mais une construction qui s'opère durant ces allers-retours tout au long du « penser-bâtir-habiter » du projet. Ce faisant, l'espace projet prend forme.

DISCUSSION

CHAPITRE 9

DISCUSSION : RETOURS RÉFLEXIFS SUR LES RÉSULTATS

Nous avons mentionné en note liminaire que l'intérêt de cette recherche porte sur le projet comme « objet de recherche », d'où l'importance de regarder le projet sous ses aspects onto-épistémologiques, démarche encouragée dans la mouvance des *Project Studies* (Geraldi, Söderlund & Marewijk, 2021).

Cela dit, et pour mettre de l'avant cette démarche, nous allons revenir dans un premier temps, afin d'y jeter un nouvel éclairage, sur les phases du cycle de vie du projet à la lumière de nos résultats de recherche. À cet égard, une attention particulière sera mise sur la phase initiale du projet qui permettra de faire ressortir l'importance du contexte de même que la signification et définition à donner au projet lors de la gestion du projet de formation médicale fondamentale délocalisée.

Dans un deuxième temps (second exercice réflexif, cette fois critique sur la première de nos productions antérieures), nous procéderons à un travail herméneutique en deux étapes sur l'épistémologie du projet en tant qu'objet, sujet de notre présentation à l'Euram 2018 : « Epistemological foundations of the objet-à-projet as a factor in the definition of projects: the case of project management in the health services sector ». Cet exercice, toujours en lien avec la première section, nous permettra de nous élever graduellement afin de réfléchir sur la signification donnée au projet par les parties prenantes rencontrées.

Pour terminer, nous viendrons poser un dernier regard réflexif critique sur une autre de nos productions, un article que nous avons présenté au 9^e congrès international du *Making Project Critical* : « Health projects examined through the magnifying glass of Lefebvre and Heidegger's space-time architecture », afin de reconsidérer le cadre conceptuel présenté en 2019 et en discuter les possibilités.

Retour réflexif sur les phases du cycle de vie du projet de formation médicale fondamentale délocalisée

Revenir sur nos résultats de recherche, leur signification de même que les leçons potentielles que l'on peut en tirer, implique de prendre un peu de recul et de revoir certains fondements théoriques sur le projet, de façon à mieux situer notre argumentaire. À cet égard, nous irons puiser chez les auteurs qui ont pensé le projet, ceux du courant critique en gestion de projet, les philosophes ou les sociologues.

Il pourrait être dit du projet de formation médicale fondamentale délocalisée qu'il s'inscrit dans diverses catégories qui nous permettent de bien le comprendre et le connaître. Ce projet se définit scientifiquement par le champ disciplinaire de la médecine; il se situe géographiquement dans une région ignorée aux frontières avec l'Ontario; historiquement, il est serti par de multiples réformes; son besoin est né d'un manque de soins et services de santé. Toutes ces modalités ont pu être observées. La délocalisation d'une formation universitaire (champ disciplinaire) dans la région de l'Outaouais est l'aboutissement de décennies de revendications menées sur fond de réformes et

transformations du système de santé. Ces modalités s'incarnent à différents moments dans les phases du cycle de vie que nous nous sommes employée à analyser au chapitre 7. Les résultats obtenus nous ont permis de faire ressortir certaines particularités qui nous ont amenée à repenser la portée ou l'étendue de certaines phases du cycle de vie du projet, telles qu'elles sont décrites par PMBok.

Il nous apparaît opportun de commencer par les dernières phases du cycle de vie du projet, car une analyse rétrograde des phases nous permet d'aller des thèmes les plus concrets aux plus abstraits. De même, cela nous permet de discuter d'abord des phases pour lesquelles nous avons remarqué le plus de concordance entre leur description et nos résultats, pour aller vers les résultats émergents.

La démarche que nous proposons est dans la foulée des pratiques non traditionnelles qui permettent une plus grande ouverture pour la recherche sur le projet et sa gestion, permettant une analyse critique des tenants et aboutissants du projet :

Our immediate objective is to signpost possible research trajectories towards a critical evaluation of the intellectual foundations of PM as a field of study and a practising discipline and to broaden the research agenda by encouraging a more critical approach in this increasingly prominent area of organisational life. (Hodgson et Cicmil, 2008, p. 147)

Rappelons que selon le PMI, le cycle de vie d'un projet est composé de six phases, soit la faisabilité, la conception, la réalisation, le test (non fait comme expliqué précédemment), le déploiement et la clôture (PMBok, 2021, p. 42).

La phase de clôture du projet de formation médicale fondamentale délocalisée s'est déroulée en deux temps : d'abord, avec l'arrivée en 2020 de la première cohorte de 24 étudiants. La pandémie de covid-19 ayant restreint les rassemblements, c'est en 2022 qu'a pu avoir lieu l'inauguration officielle avec les dignitaires et responsables du projet.

Le déploiement du projet, une fois les échéanciers revus en lien avec les retards dus à la pandémie et aux divers correctifs, a, lui aussi, suivi une trajectoire que l'on pourrait qualifier de traditionnelle, dans le sens où le déroulement a procédé selon les étapes prescrites par les bonnes pratiques de la gestion de projet (par exemple, le PMI).

Pour ce qui est de la phase de réalisation, qui consiste à effectuer les étapes prévues à la phase de conception, elle retient notre attention pour la partie qui concerne le choix de l'emplacement du nouvel édifice à construire, lieu où se tiendra cette nouvelle activité de formation universitaire. Nous remarquons deux choses qui ressortent de l'analyse des résultats. Premièrement, peu de médias se sont intéressés aux discussions concernant le choix de l'emplacement du futur édifice. Au tout début du processus, lors de la mise en branle du regroupement chapeauté par l'Agence, l'UQO avait manifesté son intérêt à voir s'implanter la faculté satellite de médecine sur ses terrains, et comptait en ce sens, sur une subvention demandée au gouvernement de l'époque :

Selon le document, une somme de 15 millions de \$ serait nécessaire pour assurer la construction d'un bâtiment de 3 000 mètres carrés comprenant des salles de classe, des bureaux et des salles de tutorat, la réalisation du prolongement du boulevard Saint-Joseph ainsi que l'acquisition d'équipements spécialisés, dont la vidéoconférence. (*Le Droit*, 2008, 16 et 17 août, p. 10)

La construction de l'édifice sur les terrains de l'UQO aurait permis aux étudiants en médecine de vivre une expérience universitaire plus complète leur permettant d'interagir avec des étudiants d'autres facultés et non pas de se retrouver en vase clos comme c'est le cas présentement.

Je pense que ce qu'il manque par contre par rapport à une autre faculté de médecine, tsé on a la faculté, mais on n'a pas les autres professionnels, l'espèce de cohabitation qui a dans les centres non décentralisés avec les étudiants dans les autres professions, pharmacie, physio, ergo, sciences infirmières. Je pense que ça, ça manque peut-être ici. (Participant #5)

Pour l'instant, malgré le nom de « campus de médecine et des sciences de la santé », rien ne laisse croire à un élargissement de l'offre de formation par l'Université McGill.

Un deuxième constat sur le choix de l'emplacement de l'édifice nous ramène aux deux approches philosophiques de la médecine, le naturalisme/objectivisme et le normativisme/interprétativisme. La vision que les participants ont, ou ont pu avoir, du projet de formation médicale fondamentale délocalisée découle de leur vision – leur définition – de la médecine. Le choix a sans doute fait l'objet de tractations des différents milieux, mais là n'est pas la question. La question se situe plutôt au niveau de la perception qu'ont les participants et de ce qu'ils disent sur le fait que la nouvelle bâtisse fasse partie intégrante avec l'hôpital de Gatineau, étant positionnée au-dessus de l'urgence, emplacement que certains participants questionnent et critiquent :

[...] c'est bien que l'UMF soit à la même place que la faculté, ça je trouve ça très bien. Est-ce que ça avait besoin d'être collé après l'hôpital? Je l'sais pas. Moi je pense que ça fait que on va avoir une vision un peu hospitalo-centriste encore des soins. Est-ce que ça aurait pu être à part, moi je pense que oui, plus justement peut-être jumelé avec des choses de la communauté là. [...] le fait qu'on est collé après l'hôpital, c'est comme si on associe la médecine à l'hôpital, mais... c'est une partie de la médecine, bien sûr, mais c'est loin d'être juste ça là, tsé. Pis moi j'veux dire que ce que je fais dans mon bureau c'est pas très hôpital, tsé... je ne sais pas à quel point on va réussir à faire en sorte qu'ils connaissent bien la communauté. (Participant #10)

L'édifice en tant que tel était nécessaire pour avoir l'espace et les locaux et la capacité de former les gens, mais si on l'avait ailleurs ça aurait pas changé grand-chose donc que ça soit un nouvel édifice ou un ancien édifice, tant qu'on a l'espace je pense pas que ça change pas grand-chose. Pis je pense pas que ça devient un symbole pour la population. (Participant #16)

Ces participants ont une vision de la pratique médicale qui s'arrime avec l'approche normativiste/interprétativiste, mettant l'emphase sur la communauté et non les soins aigus tels qu'ils sont dispensés à l'hôpital. Pour ce qui est de l'extrait suivant, on remarque que le participant #8 exprime son malaise devant le choix de l'emplacement, espace qui aurait dû être consacré à augmenter l'offre, ou la capacité d'offrir des soins aux patients. Pour ce participant, un espace précieux semble avoir été subtilisé aux patients.

Pis j'me souviens aussi au début la grande, grande frustration que j'avais de mettre ça directement sur le site de l'hôpital, ça physiquement, l'endroit où ils voulaient installer la faculté. Je vois l'avantage de, pour un clinicien, a ben j'ai juste à traverser une passerelle ou un ascenseur ou peu importe, [...], j'trouve tellement qu'on manque de locaux pour les patients, pis que mettre une salle de classe au-dessus d'une urgence, d'un parking d'ambulance, pour moi ça demeure un non-sens. (Participant #8)

D'autres, malgré une approche normativiste des soins dans leur pratique de la médecine, ont eu le réflexe de penser le lieu, l'édifice, comme l'endroit d'apprentissage et y voient la nécessité de développer une relation de proximité entre l'apprenant et le clinicien enseignant.

[...] la faculté de médecine va s'affaiblir beaucoup si on s'éloigne de là, si l'hôpital des soins aigus est séparé à une grande distance de l'autre. Là, je parle aux différents intervenants pis ils disent c'est pas grave, les jeunes ont des chars. Ça marche pas ça, c'est pas de même que ça marche; les humains faut qu'y soient proches les uns des autres, faut qu'ils communiquent, faut qu'ils se parlent. Alors là quand l'étudiant est à vingt-cinq kilomètres du patron là, c'est ben compliqué d'aller le voir, alors que quand il est dans l'hôpital à côté, y part à pied, il va voir le cardiologue pis il y parle, tel patient on fait quoi. Donc ça prend de la proximité, faut pas séparer les choses. (Participant #13)

Nous pouvons remarquer que certaines réponses font écho à une approche naturaliste de la médecine, mettant l'accent sur l'importance de l'hôpital dans la formation académique des futurs médecins :

[...] moi j'pense qu'il faut qu'il y ait quelque chose qui eh, qui représente la faculté de médecine, pour pas qu'elle soit perdue, qu'elle soit associée avec un hôpital moi je pense que c'est une bonne chose aussi. (Participant #15)

Ces extraits soulignent une chose que les gestionnaires de projet devraient prendre en compte lors de la phase de conception, à tout le moins dans le cas de projet dans le domaine de la santé : l'importance de rapprocher l'espace de projet(-soin) de la sensibilité des parties prenantes.

La deuxième phase du cycle de vie du projet, celle de la conception du projet a sans doute été celle qui a connu le plus de rebondissements. L'importance de l'anglais comme langue d'enseignement n'avait pas été considérée au départ comme une source potentielle de problème, ce qui a valu au projet quelques boucles itératives. La langue utilisée pour les services en santé était déjà un enjeu dans les années 1970. Les journaux de l'époque rapportaient que 10 000 citoyens par année de la région de l'Outaouais étaient obligés, faute de services disponibles, d'aller se faire soigner dans les hôpitaux d'Ottawa (Le Droit, 1973, p.1) . Cette époque a vu naître deux mouvements citoyens; d'abord « l'Outaouais à l'urgence » qui militait pour que la région obtienne les soins nécessaires :

On refuse de « faire le jeu de ceux qui veulent amalgamer Hull et Ottawa, n'en faire qu'une seule grande ville, au détriment de la culture francophone », dit-on, dans les comités de citoyens de la région de l'Outaouais. « On ne veut plus se faire soigner en anglais parce que les hôpitaux du Québec ne sont pas adéquatement organisés. » (La Presse, 1973, p. 3)

Et puis, la région de l'Outaouais était connue, à cette époque, pour avoir une certaine sensibilité par rapport à la langue anglaise parlée dans certaines municipalités et c'est ainsi que « le 25 mars 1975, Impératif français voit le jour et ses membres fondateurs se donnent pour mission de défendre et de promouvoir le français et d'organiser des activités culturelles à Aylmer³⁷. » On

³⁷ L'année 1975 marque une cassure historique à Aylmer. L'état de subordination historique des Canadiens français de la ville est déstabilisé par l'affirmation des nouveaux Aylmerois. Certains irritants, notamment, l'unilinguisme de plusieurs employés de la ville, de membres d'organismes communautaires et de propriétaires de commerces, l'affichage commercial anglais, la prédominance de l'anglais au conseil municipal, ne sont plus tolérés par de

comprend, presque cinquante ans plus tard, que la venue d'une faculté de médecine satellite où l'enseignement se ferait dans la langue de Shakespeare a engendré une mobilisation chez ces mêmes acteurs au point d'en faire des parties prenantes du projet. Comme nous l'avons décrit au chapitre 7, le projet a dû être modifié à quelques reprises afin de remédier au problème de la langue d'enseignement, modifications qui se sont manifestées par des boucles itératives présentées dans la figure 15.

Dans sa 7^e édition, le PMBoK met de l'avant les processus itératifs si bien décrits par Boutinet (Boutinet, Desreumaux, Richebé, & Bréchet, 2011) :

Dans le projet, il y a toujours en effet une interactivité, un aller-retour entre conception et réalisation. D'un certain point de vue, les démarches de projet illustrent la problématique constructiviste. C'est une construction qui se fait peu à peu en vue d'affronter le réel pour tenter de le bousculer. (Boutinet, 2011, p. 6)

Nos résultats montrent que le projet, du moins celui de formation médicale fondamentale délocalisée, est également tendu par un phénomène de structuration qui s'imprime dans tous les allers-retours rencontrés, donc tout au long des processus d'itératif. Si cette structuration du projet, des pratiques et des contextes qui sertissent les pratiques a été relevée dans la documentation scientifique (Engwall, 2003, Manning, 2008, Sydow, 2006), elle est absente des corps de connaissances tels que le PMBoK. Nos résultats soulignent que la gestion d'un projet exige une réflexion sur les transformations structurelles des contextes qui résultent de la pratique de gestion

nombreux arrivants provenant principalement des quatre coins du Québec et d'ailleurs. Rapidement, l'efficacité et le dynamisme d'Impératif français lui permettent d'accroître son rayonnement dans la région de l'Outaouais, puis au Québec tout entier. (<https://imperatif-francais.org/notre-mission/> consulté le 20 avril 2023)

du projet. Autrement dit, elle présente un risque pour le projet comme nous l'avons montré avec les enjeux de la langue.

Enfin, les entrevues recueillies auprès des participants ont provoqué une profonde réflexion sur la première phase du cycle de vie, celle de la faisabilité du projet, car à notre avis, il semble qu'il y a plus à dire que ce que l'on peut lire dans les corps de connaissances en gestion de projet (*books of knowledge*). La faisabilité du projet, rappelons-le, est l'étape dans laquelle on détermine si l'analyse de rentabilisation est valide et si l'organisation a la capacité de fournir le résultat escompté (PMBok, 2021, p. 42). C'est l'étape dans laquelle le projet se précise pour prendre sa *forme définitive*, tout en tentant d'en exclure toute ambiguïté.

Nos résultats montrent que, plutôt qu'être définitif et sans ambiguïté quelle que soit la partie prenante du projet, le projet de formation médicale fondamentale délocalisée a plutôt été flou, pour reprendre l'expression à la fois de Boutinet (1990) et de Ika et Saint-Macary (2023³⁸). Le projet de formation médicale fondamentale délocalisée peut être examiné comme s'il s'agissait d'une représentation philosophique, une « pro-jection » qui s'inscrit dans une temporalité encore indéterminée, comme le mentionne Boutinet :

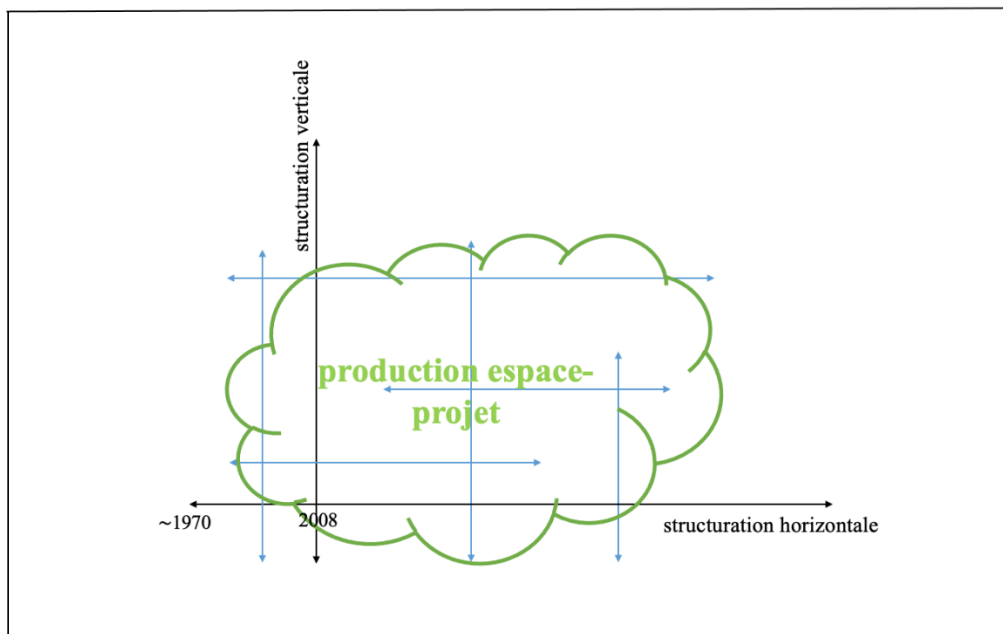
[Le] projet n'en reste pas moins cette figure aux caractères flous exprimant à travers le non-encore-être, pour reprendre l'expression de E. Bloch, ce que les individus recherchent confusément, ce à quoi ils aspirent, c'est-à-dire le sens qu'ils veulent donner à leur insertion momentanée, aux entreprises qu'ils mènent. (Boutinet, 1990, pp. 17-18)

³⁸Ika et Saint-Macary (2023), font aussi référence au terme de « flou » – fuzzy projects – pour désigner les projets qui, contrairement aux projets dont les buts sont précis, mesurables et stables, ont la particularité d'avoir des : « elusive goals or stakeholders with differing expectations. » (p. 1)

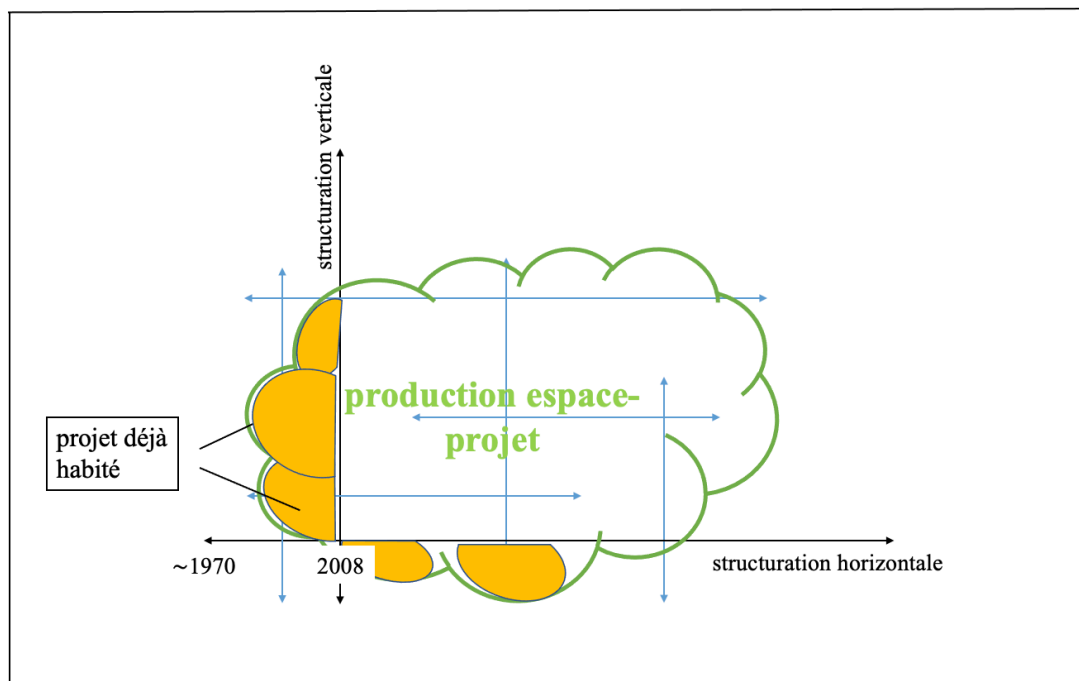
C'est en ce sens, bien qu'elle soit dépourvue de toute concrétude, que cette définition du projet ouvre, à nos yeux, une gamme de possibilités. Nos résultats ont fait ressortir que le projet a le potentiel de se constituer sur un axe à la fois temporel et spatial. Les extraits des articles de quotidiens et d'entrevues ont fait ressortir que l'existence du projet, sa définition « ontologique », révélait au fur et à mesure que le projet progressait dans le temps et dans l'espace (au fur et à mesure de la structuration du projet). Il faut mentionner que ce mouvement de structuration du projet de formation médicale fondamentale délocalisée a débuté bien avant la phase officielle de faisabilité. La figure 19 met en scène les processus de structuration horizontale et verticale discutés au chapitre 7. Cette figure illustre, d'une autre façon, la production de l'espace projet représentée par les flèches bleues, flèches indiquant les processus s'opérant à différents niveaux (structuration verticale) et différents moments (structuration horizontale) au cours du projet, qu'on pense aux mouvements citoyens, aux réformes du système de santé ou encore à l'arrivée des premiers résidents à l'UMF.

Figure 19

Production de l'espace projet via les phénomènes de structuration



Il faut voir dans cette figure que l'espace projet outrepassé les contours des axes dessinés en noir qui servent de balises officielles pour le déroulement du projet (soit de 2008 à 2022). Cela démontre, toujours en lien avec notre cadre conceptuel et l'analyse de nos résultats, que le projet occupe un temps et un espace qui sont « inconnus » et non pris en compte par les gestionnaires de projet lors de la faisabilité de projet. À cela s'ajoutent aussi des zones orangées (voir figure 20) représentant les moments où il y a eu, tout comme dans les zones blanches, à la fois des phénomènes de structuration et la production d'un espace projet, mais aussi, en référence aux écrits de Heidegger (1988), des moments où le projet est « pensé », « bâti » et « habité » *avant* le début officiel du projet : « Le projet constitue la façon origininaire d'être-au-monde, c'est-à-dire d'entrer en relation avec le temps à venir, avec l'espace à recréer » (Boutinet, 1986, p. 16).

Figure 20*L'espace déjà habité du projet*

La figure 20 complète ce que nous avons présenté à la figure 10, à savoir que la production de l'espace projet se façonne dans un contexte qui est influencé par la philosophie de la médecine et du soin, les enjeux sociaux, le système de santé, et qu'en plus, ce processus de production de l'espace qui précède ledit projet dans sa version « officielle » se déroule dans l'espace et le temps.

Le projet est aménagement, structuration, réorganisation de l'espace, il est simultanément réactualisation et anticipation du temps. La perception de l'espace appelle en contrepoint une perception du temps : cette dernière se concrétisera dans une capacité d'évocation et d'anticipation, c'est-à-dire une prise de recul nécessaire face à la situation présente pour récapituler et se projeter dans un avenir hypothétique en partie autre. (Boutinet, 1990, p. 287)

Nous croyons que la première phase de projet, quels que soient le nom et les attributs qui lui sont donnés, mérite que les gestionnaires de projet et les prescripteurs des bonnes pratiques en gestion de projet s’y intéressent davantage. Nous avons pu constater que le contexte sociohistorique dans lequel est serti le projet doit être pris en considération afin de rendre compte, de façon convenable, des phénomènes structurants opérant au sein du projet, qu’ils soient orchestrés par les citoyens, les organisations ou le politique. Une des conséquences possibles de l’ignorance de cette « pré-projection » pourrait, selon nous, donner à certains projets un caractère contingent : « Unlike neat projects, fuzzy projects are polymorphic and thus take substantially different forms » (Ika & Saint-Macary, 2023, p. 285). En effet, ignorer le contexte sociohistorique, de même que les assises philosophiques des différentes parties prenantes du projet, pourrait engendrer, du moins en santé, une certaine confusion quant aux objectifs visés par le projet et par ricochet augmenter les risques d’échec pour celui-ci.

L’exercice à rebours de l’examen des phases du cycle de vie du projet de formation médicale fondamentale délocalisée nous a permis de rendre compte, dans la phase initiale de faisabilité, d’un phénomène émergent, soit d’une « extension » spatio-temporelle qui précède l’amorce officielle du projet. Dans cette « dilatation » devançant le projet se retrouvent, entre autres choses, le projet à venir et les habitants heideggériens du pré-projet. Ce moment, ou cette dilatation, est soumis aux mêmes phénomènes de structuration en termes de penser, bâtir et habiter qui prévalent durant le projet. Ce moment, que l’on peut qualifier de flou spatio-temporel, devra être pris en compte, du moins dans le cas du projet de formation médicale fondamentale délocalisée, par les gestionnaires de projet.

Cela nous amène à requestionner l'importance qui est donnée à la définition du projet, et ce en lien avec la recherche sur lesdits projets. La définition et le sens que va prendre le projet doivent converger avec l'idée que toutes les parties prenantes du projet s'en font. Nous avons discuté dans le premier chapitre de l'importance de définir le terme « santé » en présentant deux approches philosophiques de la médecine. La polysémie est une question négligée dans les sciences de l'organisation (Harbour & Gauthier, 2020). Le concept de polysémie renvoie à l'ambiguïté, au flou évoqué par Ika et Saint-Macary (2023), à l'interprétation que font, à la fois le participant à la recherche et le chercheur, de l'objet de projet en question. C'est ce que nous allons explorer dans la deuxième section qui suit.

Retour réflexif sur les fondements épistémologiques de l'objet à projet comme enjeux à la définition des projets dans le secteur de la santé

Nous avons mentionné dans la section précédente que la définition du projet dans le domaine de la santé revêt une grande importance pour la bonne complétude de ce dernier. Nous avons également montré que l'avancement du projet dans son cycle de vie, au-delà de la phase de faisabilité, est tributaire de la considération que l'on accorde au contexte sociohistorique dans lequel le projet se déroule. Nous avons proposé, pour ce faire, une version « augmentée » de la phase de la faisabilité dans ses axes spatio-temporels afin de mettre en relief l'importance que l'on devrait accorder lors de la gestion des projets à ce que nous avons désigné comme le pré-projet.

Pour ces raisons, il nous apparaît important de nous appesantir sur la définition que l'on prête à l'objet de projet dans la recherche sur les projets, car peu de chercheurs s'y sont attardés, du moins dans le domaine de la santé. Ainsi, dans cette deuxième section, nous proposons un retour réflexif sur l'importance épistémique de la définition que l'on prête à l'objet de projet et en corollaire sur un texte que nous avons présenté en 2018 au congrès de l'Euram : Paradis et Gauthier, 2018.

Le sens que nous prêtons au mot « objet³⁹ » réfère à ce qui est donné dans l'expérience, ce qui s'offre à la connaissance, considérant que l'objet qui s'offre à la connaissance dans le cas qui nous intéresse est le projet. Ainsi, comme le dit Boutinet (1986) :

Tout projet signifié est porteur d'un sens qui est à déchiffrer. Ce sens révèle quelque chose, soit sur les désirs de l'acteur qui élabore un projet, soit sur sa culture de référence dont il est le simple porte-parole, soit encore sur les dysfonctionnements observés dans son environnement. (p. 7)

Paradis et Gauthier (2018) souhaitent apporter une lecture différente de la conceptualisation de l'objet de projet. De leur point de vue, il est impératif de questionner le sens donné à l'objet dont il est question dans les projets dans le domaine de la santé.

Paradis et Gauthier (2018) relèvent que dans la sixième édition de son *Guide to the Project Management Body of Knowledge*, le Project Management Institute (PMI, 2017) organise les processus de gestion en cinq groupes : lancement, planification, exécution, suivi et contrôle, clôture. Dans le premier groupe, celui du lancement, en aucun cas il n'est question pour le PMI de

³⁹ Définition du mot objet dans La 9^e édition [1992-] du *Dictionnaire de l'Académie française* Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, © 2012-CNRTL 44, avenue de la Libération BP 30687 54063, Nancy, Cedex – France.

faire un retour aux fondements théoriques (ou philosophiques pour reprendre les mots de Konstantinou et Müller (2016) sous-tendant le processus de définition d'un projet. Ce genre de questionnement intrinsèque est inutile, puisque l'on nie que l'objet à projet puisse se concevoir différemment selon les postures épistémologiques. Il n'y a donc qu'une seule manière de définir le projet : répondre parfaitement aux besoins des clients, être en harmonie avec les seules volontés stratégiques des organisations, et être totalement adapté aux contextes environnementaux.

Selon Paradis et Gauthier (2018), le plus souvent en gestion de projet, l'objet à projet est présenté comme « monosémique » et les différentes significations qu'il peut prendre ne méritent aucune attention particulière lors de la définition du projet à mettre de l'avant. Cependant, dans le secteur de la santé, le mot *santé* porte à débats. Mais, encore une fois, le caractère polysémique du mot *santé* ne semble pas être une préoccupation pour le PMI, ce dernier n'ayant jamais inclus les déclinaisons des postures épistémologiques des objets du projet lors des définitions des projets.

Historiquement, deux courants de pensée se partagent la scène en gestion de projet : le mainstream et le *Making Project Critical* (Gauthier & Ika, 2012). Le mainstream, comme certains y réfèrent (D Hodgson & Cicmil, 2008), met de l'avant les thèmes de performance, d'optimisation, de facteurs de succès et le fameux triangle coûts, temps, qualité. Les concepts de division du travail, de spécialisation des tâches et de hiérarchisation font loi et on valorise la performance des systèmes de production, l'efficacité du travail et l'utilisation optimale des ressources. Le mainstream emprunte aux écoles classiques leurs théories des organisations et du « One-Best-Way ». La définition du projet suit un processus standard visant à répondre à une commande extrinsèque (besoins des clients, stratégies organisationnelles, contextes sociopolitiques, économiques, etc.)

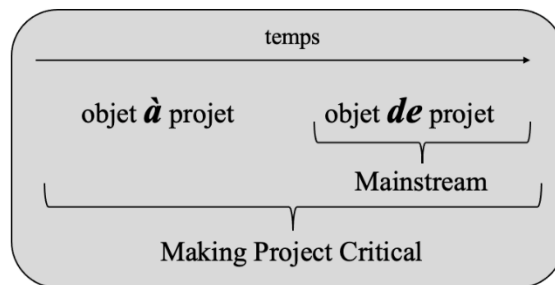
sans explorer les enjeux philosophiques intrinsèques cachés derrière le caractère polysémique des objets à projet (Paradis & Gauthier, 2018).

Le courant critique, quant à lui, propose d'aller au-delà de la vision classique de la gestion (e.g. le taylorisme, le fordisme, la bureaucratie) et de l'application des bonnes pratiques qui ne sont pas plus garantes de succès que d'acceptabilité – comme c'est le cas en santé (Castonguay, 2012); (Paradis & Gauthier, 2018). En allant puiser dans des ressources intellectuelles plus critiques que la seule raison instrumentale, les méthodologies positivistes, qualitatives et technicistes, le *Making Project Critical* s'intéresse à des thématiques comme la domination, l'éthique, la responsabilité morale et bien d'autres (Cicmil & Hodgson, 2006). Le projet devient, pour le courant critique, un espace social, un réseau, dont la signification se construit et se reconstruit constamment à travers ses membres et leurs interactions (Bakker, DeFillippi, Schwab, & Sydow, 2016; Bresnen, 2006).

Après avoir passé en revue les différents courants de pensée en gestion de projet, Paradis et Gauthier (2018) soulignent qu'une mise au point s'impose entre ce que l'on considère être un objet à projet et un objet *de* projet. Le « à » indique, selon ces derniers, la préséance temporelle par rapport au projet. Alors que le « *de* » indique la provenance, l'appartenance, la détermination de l'objet. Ainsi, l'objet à projet (la santé) est la raison d'être du projet, alors que l'objet *de* projet (le soin) en est le résultat. La prise en compte de l'objet à projet et de l'objet *de* projet varie selon les deux courants de pensée en gestion de projet, le mainstream et le *Making Project Critical*. Dans la figure 21, nous proposons une illustration de l'ancrage à la fois temporel et aux courants de pensée en gestion de projet de l'objet à projet et de l'objet *de* projet tel que l'avancent Paradis et Gauthier (2018).

Figure 21

Représentation temporelle des deux conceptualisations d'un projet



Cela étant dit, Paradis et Gauthier (2018) ont procédé à une étude du concept de santé qui a permis de dégager deux postures épistémologiques sur la santé et la maladie. Ces deux postures épistémologiques sont au point de départ de la présente thèse (voir chapitre 1). Nous rappelons que les naturalistes, que l'on pourrait aussi appeler les objectivistes, affirment que la santé et la maladie sont des concepts susceptibles d'être décrits et caractérisés par les sciences naturelles, à l'instar d'autres faits de la nature, et qui sont, de surcroît, indépendants des valeurs morales et sociales. La théorie biostatistique de Boorse constitue encore aujourd'hui l'approche dominante de ce camp. Puis, les normativistes ou interprétativistes, pour qui les concepts de santé et de maladie ne peuvent être réduits à de tels faits naturels : « Ces concepts reflètent un certain nombre de valeurs culturelles et sociales qui ont évolué au fil du temps, et non une réalité biologique ou pathologique objective sous-jacente » (Méthot, 2016, p. 18). Canguilhem (1966/2015) caractérise la santé par la « possibilité de dépasser la norme qui définit le normal momentanément, la possibilité de tolérer des infractions à la norme habituelle et d'instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles » (pp. 170-171).

En examinant les deux approches philosophiques de la médecine et les deux grands courants en gestion de projet, un rapprochement entre le mainstream – courant prédominant dans la gestion des systèmes de soins – et l’approche naturaliste-objectiviste en philosophie de la médecine est fait, les deux ayant une affinité conceptuelle. Parallèlement, l’approche normativiste/interprétativiste à l’origine d’une proposition théorique se conjugue bien au *Making Project Critical*, en redonnant à l’individu son rôle réflexif, créateur de connaissance et d’agent structurant la définition de l’objet à projet.

Si le praticien réflexif est un élément du discours critique qui ne pose pas trop de problème à l’intégrité structurelle de la manière qui domine de penser la gestion de projet (mainstream), il en va autrement du patient réflexif qui ne fait pas partie des modalités avec lesquelles le pouvoir institutionnel désire composer. Les structures organisationnelles, dont la centralisation s’amplifie à chaque nouvelle réforme, se soucient peu de ce que pense l’individu malade. Cela leur importe peu, car ces structures sont détentrices du savoir, du pouvoir et savent ce qui doit être fait pour le bien des patients. Ainsi dans cette vision naturaliste-objectiviste du mainstream, l’objet à projet (la santé) est univoque et l’objet *de* projet (le soin) défini par des experts consiste à faire en sorte que l’organe malade, et non l’individu, retrouve ses fonctions normales eu égard aux normes statistiques populationnelles.

À l’opposé, une gestion de projet de type « canguilhémienne », intégrant les savoirs du patient sur sa propre santé, mettrait de l’avant un nouveau modèle de gestion de type normativiste/interprétativiste qui inclurait le patient comme le moteur donnant l’impulsion à la création de son soin. Et donc, cette seconde approche, normativiste/interprétativiste, serait à

l'origine d'une proposition théorique qui, conjuguée au *Making Project Critical*, redonne à l'individu (patient) son rôle réflexif, créateur de connaissance sur l'objet à projet, et d'agent structurant la définition de l'objet *de* projet.

Pour Paradis et Gauthier (2018), cette proposition donne une lecture différente de la conceptualisation de l'objet à projet (santé) et de l'objet *de* projet (soin) en gestion de projet en santé. D'abord, le caractère polysémique de la santé comme objet à projet ne semble pas préoccuper les auteurs qui publient sur le sujet parce que le PMI n'a jamais inclus les déclinaisons des postures épistémologiques des objets à projet tels que la santé lors des définitions des projets (initiating process group).

Pour conclure, sans rejeter les deux éléments contenus dans le groupe du processus de lancement du PMI (2017), en 2018, Paradis et Gauthier (2018) militaient en faveur de l'intégration d'une troisième composante au processus de l'initiation (les deux premières étant : le développement d'une charte de projet et l'identification des parties prenantes). Cette nouvelle composante a pour objectif de rendre compte de la forme que peut prendre l'objet *de* projet selon les variations des assises épistémologiques de l'objet à projet. Autrement dit, saisir l'importance de l'épistémologie sur l'ontologie du projet.

À la lumière des résultats de la présente thèse, que pouvons-nous tirer, cinq ans plus tard, de notre (Paradis et Gauthier, 2018) position sur l'épistémologie de l'objet *de* projet comme enjeux à la définition des projets dans le secteur de la santé ? Au passage, il nous apparaît important de souligner qu'avant d'écrire cette discussion, nous avons refait la même démarche de recension de

la documentation scientifique que Paradis et Gauthier (2018) et qu'aucune nouvelle publication sur le sujet n'a été repérée.

Premier niveau herméneutique

Revenir sur d'anciens travaux demande, entre autres choses, une certaine dose d'humilité et d'ouverture, la démarche de donner du sens s'accomplissant par un travail qui se fait autant sur le texte en question que sur l'auteur. Dans cette quête de connaissance qui prend en compte l'intention de l'œuvre, de l'auteur et celle du lecteur, dans cette démarche de réinterprétation, l'herméneute doit pouvoir y décoder les usages politiques, historiques, sociaux qui vont lui permettre d'avoir une meilleure compréhension.

Les résultats de la présente thèse supportent l'idée de Boutinet (2020), qui affirme que la connaissance que l'on peut acquérir sur un projet repose sur une compréhension de la posture épistémique à la fois du gestionnaire de projet et de celle du chercheur qui s'y intéresse. Cette posture s'articule sur la signification que l'un et l'autre donnent au projet, à l'objet *de* projet. Mais afin de pouvoir nous concentrer sur l'épistémologie en tant que telle, il nous faut revenir sur la notion de définition de l'objet *de* projet et le concept de polysémie qui en découle. Nous avons déjà mentionné que le projet de formation médicale fondamentale délocalisée était serti dans un contexte particulier et soumis à de nombreux mouvements structurants au fil du temps (voir les figures 4 et 17). À partir de nos résultats, nous avons proposé une phase de faisabilité « étendue » spatio-temporellement qui précédait l'annonce officielle du projet (voir figure 20). Cette étendue

dans l'espace et le temps nous amène à la notion d'anticipation qui est présente dans la phase de faisabilité du projet.

L'anticipation fait partie du processus de compréhension de l'interprétation que l'on peut donner au pré-projet. L'anticipation et la préoccupation⁴⁰, celle-là même qui habite le *Dasein* dans sa manière d'être-au-monde, sont d'une même provenance, celle de ce qui sera la structure préalable du comprendre le projet. Dans ce processus d'acquisition de connaissance, l'action d'anticiper consistera alors à interpréter, a posteriori, ce qui a été donné à se représenter a priori sur le projet. Ce qui est donné a priori sur l'objet de projet, nous l'avons exprimé dans notre cadre conceptuel, par ce que nous avons désigné « structuration fondamentale » (figure 13). Ce corpus de connaissances, composé des approches philosophiques de la médecine, du soin et de l'historicité du système de santé, existe d'une façon ubiquitaire et intemporelle et est mis au service du projet dans la construction de son devenir. Ces connaissances participent aux multiples formes possibles, au monde des possibles du projet, et sont celles qui vont nous aider à faire sens du projet.

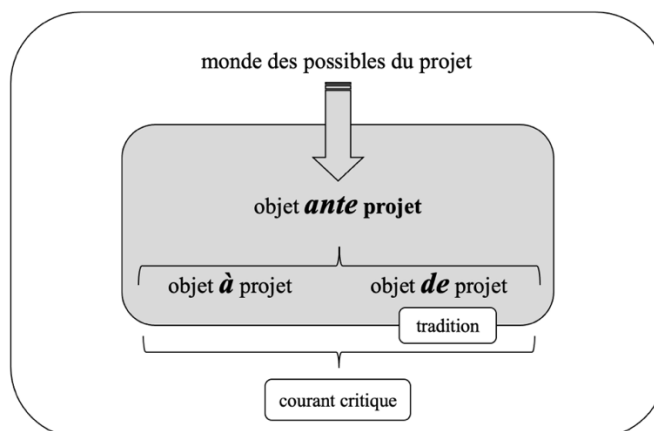
Le processus d'anticipation que nous venons de décrire n'avait pas retenu notre attention et était demeuré obscur, caché lors de la première écriture de notre article. Si bien que la représentation temporelle faite par Paradis et Gauthier (2018) de la polysémie de l'objet *de* projet et de l'objet *à* projet était tronquée. La portion anticipatoire ne nous est apparue que plus tard, lors de l'analyse de nos résultats de la recherche doctorale.

⁴⁰ Au chapitre 1 nous avons exposé Heidegger qui nous dit que le *Dasein* est ontologiquement défini par le souci et que celui-ci se décline en préoccupation et sollicitude. Le souci renvoie à une manière d'être, celle dans laquelle un individu est préoccupé par quelque chose, si bien que le « prendre soin » ou « se soucier de », la « sollicitude » (*Fürsorge*) est un mode de rapport aux autres.

Nous avons tenté de représenter la caractéristique de polysémie qui, rappelons-le, est un attribut du projet en santé, en utilisant une terminologie qui permettrait de rendre compte de cette nouvelle particularité. Pour ce faire, nous proposons d'accoler un troisième préfixe distinctif qui permettra de situer, dans l'espace et le temps, une troisième forme que prend le projet. Nous rappelons que le projet ou « pro-jet » est entendu au sens heideggérien, c'est-à-dire un objet se retrouvant projeté dans le monde⁴¹ avec toute sa possibilité, son anticipation de devenir. Cette anticipation ou préoccupation ou encore comme le dirait Heidegger, cette « pré-occupation », englobe la totalité des possibilités du devenir du projet de santé. C'est en ce sens que nous ancrons notre nouvelle proposition.

Nous considérons toute l'étendue « anticipée » du projet comme étant être l'objet « *ante* projet ». De cette étendue peuvent surgir les deux autres manifestations du projet, l'objet *à* projet ou l'objet *de* projet. L'objet *à* projet, avec le « *à* », indique la préséance temporelle par rapport au projet, alors que le « *de* » indique la provenance, l'appartenance, la détermination de l'objet. Ainsi, l'objet *à* projet – la santé – dans un sens polysémique, origine de l'univers des projets possibles (projets de nature soit normativiste, soit naturaliste). Ce projet en train de se pro-jeter est l'objet *à* projet, qui est la raison d'être du projet, alors que l'objet *de* projet (le soin) en est le résultat.

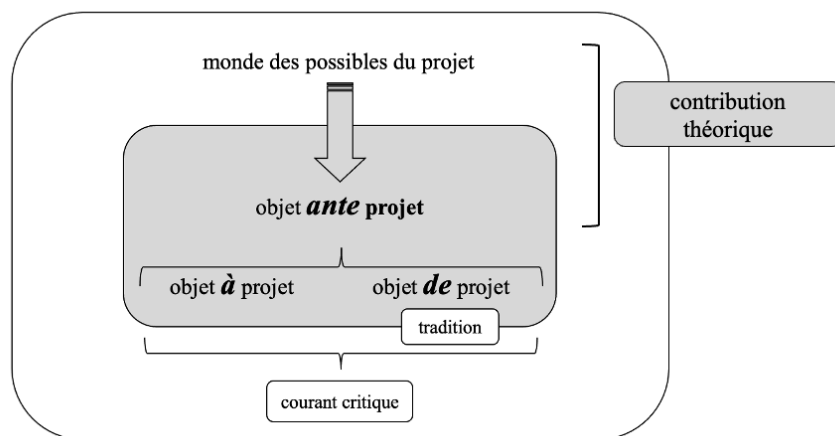
⁴¹ [...] appréhendé un étant qui est entendu, c'est-à-dire projeté (un être-jeté ou pro-jeté signifie se retrouver dans un monde) sur sa possibilité soit comme un étant dont il faut se préoccuper soit qu'il faille par souci mutuel l'amener à son être. [...] La projection de soi ententive du *Dasein* a chaque fois déjà lieu factivement après un monde dévoilé (Heidegger, 1986, p. 244).

Figure 22*Mondes de l'objet projet*

La figure 22 présente les trois variantes du monde du projet, monde dans lequel le projet a la potentialité de prendre une orientation contingente du contexte, des agents et de leurs postures ontologico-épistémiques, de même que des phénomènes de structuration qui ont cours. Nous ne sommes pas les seuls à faire intervenir des variations spatio-temporelles dans l'étude du projet. Boutinet propose une analyse dans laquelle un projet doit passer absolument par deux temps interactifs à construire :

celui du *pro*, un temps de réalisation, celui du *jet*; ces deux temps interactifs constituent le cycle du projet, que ce soit celui d'un projet à *terminer* (projet d'ouvrage, de construction) ou celui d'un projet interminable, à *reprendre* : projet d'aménagement ou de développement. (Boutinet, 2020, p. 4)

Ainsi, nous proposons, en guise de résumé de cette section, la figure 23 dans laquelle nous présentons ce que nous considérons être notre contribution théorique post-Euram 2018.

Figure 23*Contribution épistémique*

Afin d’approfondir nos connaissances eu égard aux interprétations des connaissances sur le projet de formation médicale fondamentale délocalisée, nous proposons maintenant un second exercice herméneutique.

Deuxième niveau herméneutique

Dans la présente recherche, nous avons adopté une posture critique face au modèle traditionnel de penser les projets dans le domaine de la santé. À cet effet, nous sommes sensibles à la proposition d’Alvesson et Sandberg (2014) consistant à penser la recherche « en dehors de la boîte », considérant qu’il y a peu de bénéfice à ce que les chercheurs se « sur-spécialisent » dans certains domaines de recherche, ce qui occasionne une pénurie d’idées nouvelles et influentes. Cette affirmation qui s’adressait aux sciences sociales en général concerne en particulier la gestion de projet. En effet, Floricel et al. (2014) avaient déjà exprimé cette volonté de renouvellement des

fondements « théoriques de la gestion de projet afin de surmonter les problèmes qui découlent de l'application de méthodes fondées sur des normes de rationalité décisionnelle, qui mettent entre parenthèses la complexité de l'action et des interactions dans les projets » (p. 1091). C'est cette direction que nous avons choisi d'emprunter depuis le tout début de nos travaux doctoraux.

Berthelot (2012) dit de l'herméneutique que, sur le plan épistémologique :

elle est susceptible de s'opposer frontalement à l'objectivisme et constitue le pôle de référence de nombreux mouvements critiques contemporains, tant en sociologie qu'en ethnologie et en psychologie sociale. Sur le plan opératoire, elle est à la fois claire dans son principe et floue dans ses modalités. Sa thèse rectrice est que si l'image mécaniste ou organiciste est applicable à la nature et n'y pose aucun problème, elle ne peut l'être en revanche, à la société et à la culture. Cette dernière est d'abord l'expression d'un sens, celui des valeurs qui l'organisent et se donnent aussi bien à voir dans les actes des hommes que dans leurs œuvres. (p. 241)

Conséquemment, et dans l'optique d'une pluralisation des perspectives telle qu'Alvesson et Sandberg (2014) la promeuvent, nous mettons de l'avant que l'herméneutique, en tant que philosophie de l'interprétation, permet non seulement la compréhension « des méthodes que l'on rencontre dans les sciences humaines, mais [également] des processus fondamentaux que l'on retrouve au cœur de la vie elle-même. L'interprétation apparaît alors de plus en plus comme une caractéristique essentielle de notre présence au monde » (Grondin, 2017, p. 7). Cette dimension de comprendre notre présence au monde, n'est pas sans nous rappeler l'herméneutique heideggerienne qui tente « de remédier à ce constat de carence de la pensée occidentale : l'oubli de l'être » (Boutinet, 2012, p. 80).

Notre interprétation des mondes possibles du projet (voir figure 22) nous permet de dégager, pour les différentes représentations temporelles du projet, une déclinaison ontologico-épistémique propre à chacun d'eux. L'approche classique, incarnée par la tradition en gestion de projet, l'objet *de* projet, s'inscrit dans une recherche du sens des valeurs du projet, comme le fameux triangle de fer. L'approche critique, l'objet *à* projet, s'intéresse, quant à elle, aux aspects sociaux, éthiques et politiques des projets. Dans le tableau 9, nous avons ajouté *l'ante* projet, nourri par la philosophie de Heidegger et Lefebvre, pour penser le devenir spatio-temporel du projet.

Tableau 9

Les différents ancrages possibles du projet

Objet 'projet'	<i>ante projet</i>	<i>à projet</i>	<i>de projet</i>
Approche	Philosophique	Critique	Classique
Dimension	Ontologique	Épistémique	Axiologique
Influence	Lefebvre-Heidegger	Mouvement critique	Corps de Connaissance (BoK)

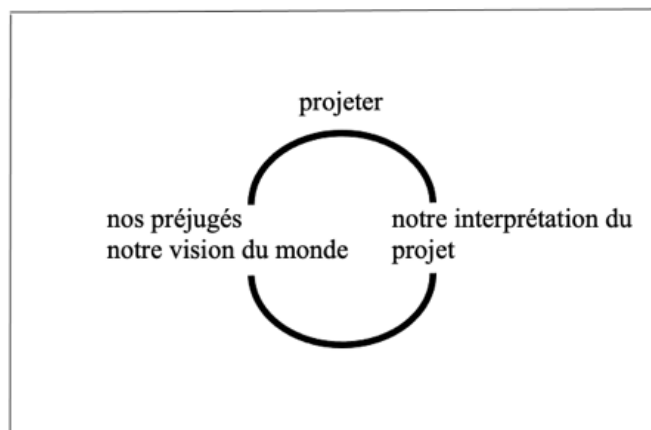
Lorsque nous parlons d'herméneutique, nous ne pouvons pas passer sous silence l'œuvre de Gadamer (1996), ce dernier ayant contribué à notre réflexion en tant qu'herméneute. L'herméneutique développée par Gadamer recherche à « élève[r] le comprendre à une structure ontologique du mode de l'être humain dans le monde et l'histoire, le comprendre étant un mode d'être du Dasein lui-même » (Djaballah, 2006, p. 32).

L'herméneutique développée ici n'est donc pas une méthodologie des sciences de l'esprit, mais une tentative pour s'entendre sur ce que ces sciences sont en vérité par-delà la

conscience méthodique qu'elles ont d'elles-mêmes, et sur ce qui les rattache à notre expérience du monde en sa totalité. (Gadamer 1996, p. 13)

L'expérience, la compréhension que nous avons du monde ne peut se faire en vase clos, en nous en dissociant, car, en tant qu'être-au-monde, nous sommes empreints de préjugés par lesquels nous accédons à la connaissance. « Ce n'est qu'en reconnaissant ainsi que toute compréhension relève essentiellement du préjugé, que l'on prend toute la mesure du problème herméneutique » (Gadamer, 1996, p. 291). Le préjugé n'a pas ici la connotation péjorative, mais plutôt celle signifiant un jugement provisoire : « l'absence de préjugés dans une relation épistémique n'est, selon Gadamer, qu'une construction idéaliste et abstraite qu'une phénoménologie du comprendre peut démasquer » (Ipperciel, 1997, p. 42). Car porter un jugement est précédé, selon Heidegger et Gadamer, « d'une précompréhension non explicite qui déterminera mon jugement. Le jugement est donc l'actualisation dans une forme propositionnelle de l'ouverture compréhensive » (Ipperciel, 1997, p. 47).

Cette ouverture compréhensive dont parlent Heidegger et Gadamer, nous avons tenté d'en rendre compte dans ce que nous avons désigné comme structuration fondamentale (dans notre cadre conceptuel), amalgame d'a priori qui vont moduler les postures des parties prenantes face au projet. L'accès à la connaissance se fait par l'entremise d'une structure préalable à la compréhension, le cercle herméneutique que Schleiermacher définit de la manière suivante : « de la même manière que le tout est évidemment compris en référence aux individus, l'individu ne peut être compris uniquement qu'en relation à la totalité » (Mantzavinos, 2013, p. 510).

Figure 24*Le cercle herméneutique du projet*

De l'illustration du cercle herméneutique (figure 24), on doit comprendre que certains préjugés seront propices à la compréhension, alors que d'autres n'aideront nullement au processus d'acquisition de connaissance. Gadamer explique que l'interprète « n'est pas de lui-même en mesure de distinguer préalablement les préjugés féconds qui permettent la compréhension, de ceux qui lui font obstacle et mènent à des contresens » (1996, p. 317).

Par ce processus, on comprend que le projet se raconte – le « projeter » de la figure 24 – et qu'au fur et à mesure que le cercle effectue des boucles, la connaissance à son sujet grandit. C'est ainsi que les préjugés sont mis à l'épreuve par l'interprétation que l'on fait du projet et conséquemment, l'interprétation du projet se redéfinit par les préjugés à son égard. Ce processus répétitif n'est pas sans rappeler un certain processus, celui de structuration.

En conclusion, nous avons pu constater l'actionnalisation de ce cercle herméneutique au niveau du projet de formation médicale fondamentale délocalisée. Au travers de leur vision du monde, de

leurs préjugés, certains participants avaient commencé à habiter le projet d'une manière *ante* projet, comme nous l'avons expliqué dans la figure 20.

Retour réflexif sur l'architectonique spatio-temporelle lefebvrienne et heideggérienne des projets en santé

Nous avons terminé la section précédente sur l'éventualité qu'un phénomène de structuration opère au sein du cercle herméneutique du projet. La théorie de la structuration est utilisée dans les travaux d'auteurs du courant critique en gestion de projet, auteurs avec lesquels nous avons mentionné avoir certaines accointances philosophiques. Nous proposons dans cette troisième section un retour réflexif sur un article présenté par Paradis et Gauthier (2019) au 9^e colloque du *Making Project Critical*. Pour mettre la table à ce retour réflexif, nous allons faire une brève synthèse des arguments avancés par Paradis et Gauthier (2019).

Gordon & Pollack (2018) ainsi que Müller et Jugdev (2012) soulignent que, dans les pays industrialisés, l'augmentation des coûts des systèmes de santé entraîne de multiples réformes et la mise en place des changements prescrits par ces réformes peut se faire de différentes façons, notamment par le biais de projets. Tout comme Afzal et Gauthier (2017), Paradis et Gauthier (2019) relèvent que la documentation scientifique en gestion de projet fait peu état du domaine de la santé et néglige la (les projets en) santé, pourtant la mission première de systèmes de santé. L'accent est plutôt mis sur le projet comme levier à la rationalité instrumentale et économique de la santé. Cela dit, suivant la perspective traditionnelle en gestion de projet, au terme du cycle de vie du projet, il ne reste de tout ce processus de gestion qu'un livrable.

Mais au-delà de ce livrable, Paradis et Gauthier (2019) soutiennent l'idée que la gestion d'un projet est l'occasion de construire un espace. Deux phénomènes inter-reliés retiennent en particulier leur attention : soit le projet comme espace d'accueil à une finalité, au(x) livrable(s) – l'espace projet – et la potentialité à la construction d'espaces de collaboration en contexte de projet (espace social). Il faut dire que la construction de cet espace n'est pas synonyme d'ajout, mais plutôt de structuration ; autrement dit, construire un espace signifie structurer autrement le social.

La façon de considérer ces mécanismes de structuration est tributaire des positions épistémologiques qu'ont les agents (qu'ils soient parties prenantes ou chercheurs) sur la santé. Aussi pour penser la relation patient-soignant comme théâtre de production d'un espace de collaboration (un espace social), il est important de reconnaître l'existence de différentes approches philosophiques sur la santé. Chacune de ces approches débouche sur une conception singulière du projet de santé, comme nous l'avons abondamment soutenu tout au long de cette thèse. Deux postures philosophiques admises sur la santé sont le naturalisme et le normativisme. Selon les naturalistes, les structures standards existent indépendamment des individus, qu'ils soient en santé ou malades. Donc cette structure dicte le type de projet à réaliser selon l'écart à combler entre l'état physiologique du patient et la norme physiologique à atteindre (le point de vue des patients n'est pas pris en considération). Pour les normativistes, l'interprétation que fait un individu de son état (il est en santé ou il est malade) est conditionnée à la fois par le fonctionnement biologique de son corps et les structures de l'environnement dans lesquelles il évolue.

La théorie de la structuration, sorte de métathéorie du social, intéresse les sciences de gestion dans la mesure où elle propose un cadre d'analyse fécond intégrant simultanément la structure et l'individu (sa praxis, ses interactions) dans un mouvement dynamique. Pour Giddens (1984), la

structure sociale ne peut être simplement décrite comme une contrainte extérieure aux individus ; elle doit aussi être comprise comme un élément de structuration intérieure aux agents sociaux, dont les praxis quotidiennes, constituées en autant de routines plus ou moins conscientes, contribuent ainsi à sa reproduction. Et comme nous l'avons souligné au chapitre 4, c'est cette dualité des structures (la constitution des agents et de leur praxis et celle des structures et de l'espace) qui donne aux systèmes sociaux leur caractère « à la fois contraignant et habilitant » pour les agents sociaux.

À la suite d'une recension des écrits, Paradis et Gauthier (2019) montrent que la théorie de la structuration a été utilisée en gestion de projet. D'ailleurs, la présente thèse prend en partie appui sur la recension des écrits faite par Paradis et Gauthier (2019) que nous avons mise à jour. Il ressort de tout cela que les travaux conceptuels de Manning (2008) sont une source incontournable quant à la structuration conjointe des projets et de leurs organisations hôtes. Ses travaux sont particulièrement pertinents lorsque l'on s'intéresse à la structuration des projets en santé. En effet, Manning (2008) expose l'enchâssement des projets dans différents contextes organisationnels, c'est-à-dire que le projet de santé est partie prenante d'un établissement de santé, qui lui-même fait partie d'une organisation plus vaste de la santé. Les activités qui se déroulent sur le plan national et régional façonnent les structures des établissements de santé qui à leur tour conditionnent les praxis professionnelles et les praxis-projets de santé. En retour, les structures de l'organisation nationale et régionale de la santé ainsi que celle des établissements de santé sont les résultats des praxis professionnelles et des praxis-projets dans les départements et les services composant ces dernières. C'est ce processus circulaire entre des systèmes sociaux plus vastes (ici, l'organisation

nationale et régionale de la santé) et des praxis accomplies au quotidien par des individus dans différents espaces organisationnels localisés qui constitue les processus de structuration des projets.

Les processus de structuration décrits ici s’ancrent au temps et à l’espace et la gestion de projet telle qu’on la connaît s’ancre à une conception objectivement quantifiable du temps. Celui-ci est décrit comme une ressource et une contrainte. Quant à la notion d’espace, toujours dans la documentation en gestion de projet, elle fait référence au design, au projet d’urbanisation, de partage et stockage d’information (Brandt, 2010; Sturiale, Chicca, & Gerosa, 2017). On conçoit l’espace comme géométrique, euclidien (Cooke-Davies et al., 2007; Wilson, 2004). Cet espace euclidien ne fait aucune place au mécanisme de dualité mis de l’avant par Manning (2008) et par les normativistes en santé. Pour penser l’espace, Giddens (1984), dans sa théorie de la structuration, prend appui sur les travaux du géographe Torsen Hägerstrand (1975), car celui-ci lui offre les outils conceptuels permettant d’envisager le temps et l’espace au quotidien. Mais bien qu’il s’en inspire, Giddens remarque que la géographie de Hägerstrand comporte certaines limites, c’est-à-dire une conception de l’agent humain trop naïve et simplifiée, de même que la réification du dualisme action/structure. Pour Paradis et Gauthier (2019), la théorie de la structuration de Giddens est limitative sur le plan de l’espace et du temps. Elle accorde beaucoup trop d’importance à la corporalité pour nous permettre de concevoir l’espace de collaboration entre le patient et le soignant de manière différente de celle que proposent les naturalistes. Cela a conduit Paradis et Gauthier (2019) à s’intéresser à une autre perspective structurationniste de l’espace, celle d’Henri Lefebvre que nous avons présentée en détail au chapitre 5 de la présente thèse.

Paradis et Gauthier (2019) proposent un cadre conceptuel rendant compte en même temps de la production spatiale des projets en santé (c'est-à-dire l'espace-projet, celui de la finalité) et de l'espace de collaboration patient-soignant. La perspective d'une production de l'espace intégrant les perspectives de Lefebvre et Heidegger permet d'ouvrir la possibilité au chercheur et au gestionnaire de porter un regard différent sur la gestion de projet en santé : quelle posture adopte-t-il sur la santé et comment cette dernière conditionne-t-elle la possibilité de produire un nouvel espace? Un espace de collaboration se limitant à celui de la finalité (au[x] livrable[s]) du projet ou alors un espace de collaboration soignant-soigné enchâssé dans le projet, mais également dans l'organisation et la société.

L'article que nous (Paradis et Gauthier, 2019) avons présenté au 9^e colloque du *Making Project Critical* a permis, entre autres choses, de parfaire le cadre conceptuel de la présente thèse en réunissant les thèmes qui nous sont chers, soit la philosophie des approches en médecine, les théories sur l'espace social et sa structuration et finalement les projets dans le domaine de la santé.

Si nous nous inspirons des auteurs du courant critique pour penser l'espace-projet et sa structuration, la conception que nous en avons est bonifiée, ajoutant de nouvelles façons de concevoir les phénomènes de structuration. Nos résultats ont permis de confirmer la proposition théorique mise de l'avant dans l'article du MPC, à savoir qu'un phénomène de structuration verticale est présent dans le projet de formation médicale fondamentale délocalisée. Les différents niveaux organisationnels inter-réagissent et s'influencent d'une manière dynamique au fur et à mesure que le projet progresse. Le contexte national, par l'entremise des différentes réformes et changements de gouvernement au pouvoir, a impulsé des mouvements structurants vers les

organisations en dessous et en a reçu de ces mêmes instances (les organisations régionales, locales et le projet). Il en va de même à chaque niveau organisationnel, comme le représente Manning (2008). Ce que nous ajoutons à Manning (2008) est que l'espace-projet, en termes d'espace-temps émergent, l'*ante* projet, comme il a déjà été discuté dans la section précédente, est lui aussi soumis à une structuration. Il en fait partie intégralement, comme tout le reste; les phénomènes de structuration y ont déjà cours, c'est-à-dire que le projet se structure autant dans la période avant le lancement que durant le déroulement du projet. Cet élément était absent de notre article au MPC, tout comme les deux prochains phénomènes de structuration.

La théorie de la structuration s'intéresse aussi à l'individu, sa praxis et ses interactions (Giddens, 1984). Dans le projet de formation médicale fondamentale délocalisée, la praxis des parties prenantes est tributaire de la posture épistémique de chaque individu par rapport à l'objet de projet, la santé. Cette posture se construit en bonne partie (mais pas exclusivement) sur les a priori, le bagage de l'individu. Nous avons exposé que les connaissances a priori s'organisent autour de trois thèmes qui sont les approches philosophiques de la médecine, celles du soin et le contexte sociohistorique. C'est ce que nous désignons par le terme de structuration fondamentale.

Finalement, la mise à l'épreuve empirique de nos propositions conceptuelles a permis de mettre au jour un deuxième mouvement de structuration additionnel, lui aussi absent de Paradis et Gauthier (2019) : une structuration horizontale de l'espace -projet – (telles qu'elles ont été illustrées dans la figure 13). Même si Lefebvre et Heidegger avaient été mobilisés pour penser la production de l'espace collaboratif, le « penser-conçu, bâtir-perçu et habiter-vécu » n'avait pas été mis à contribution dans le phénomène de structuration temporelle, cet aller-retour parcouru par les parties prenantes du projet de formation médicale fondamentale délocalisée.

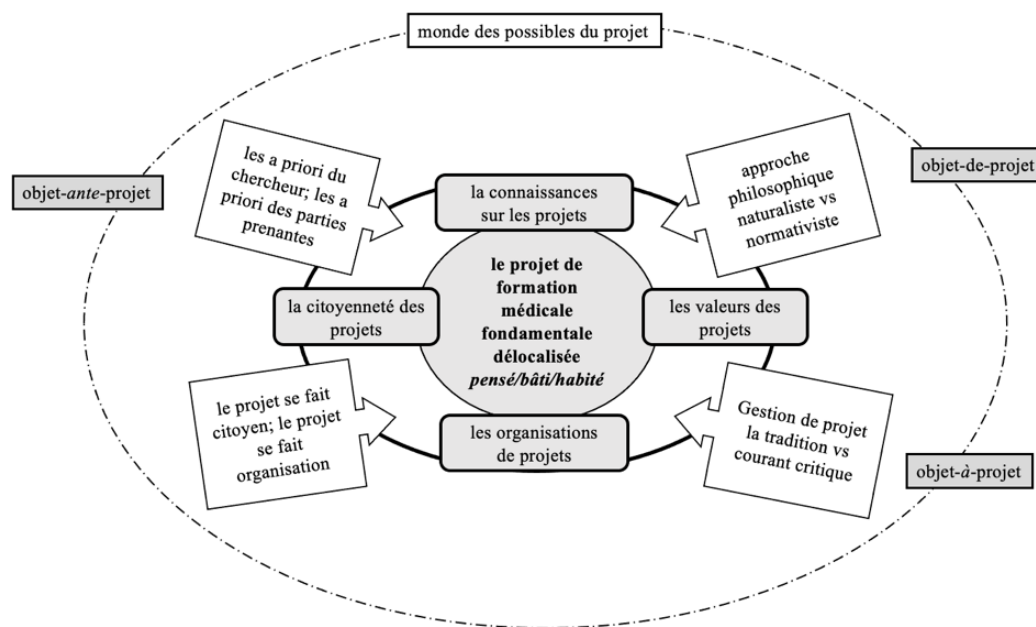
Cela nous amène à l'école scandinave. L'axe de la contingence de l'école scandinave, avec Engwall (2003) en tête, a abondamment souligné l'importance du contexte. La nature historique est incontestablement prégnante dans le projet de formation médicale fondamentale délocalisée, comme ont pu le montrer nos résultats. L'attente de plus d'une cinquantaine d'années de la population de l'Outaouais, meublée par des mouvements citoyens et les réformes, a coloré la réalisation du projet.

Par ailleurs, l'école scandinave, mais cette fois l'axe du *Project Studies*, milite en faveur de la création d'un champ disciplinaire centré sur le projet (et non seulement sa gestion) et rattaché aux théories du social. Nos travaux empiriques s'inscrivent dans cette quête expansionniste du domaine de la recherche en projet à laquelle nous ajoutons une dimension herméneutique, afin d'explorer l'approche onto-épistémique du chercheur. « Sortir de la camisole de force », telle est l'expression de Jacobsson et Söderholm (2020, p. 411) pour inciter les chercheurs dont les aspirations sont d'aller au-delà du domaine du projet avec leurs contributions. Cette invitation à aller au-delà de l'approche traditionnelle permet également de revisiter Geraldi, Söderlund et Marrewijk (2021) et d'y intégrer la vision onto-épistémique soutenant la présente thèse. En effet, dans leur figure 1, Geraldi et al. (2021) cartographient les différents auteurs et leurs contributions qu'ils répartissent en quatre thèmes : savoir-connaissance sur les projets, valeur des projets, organisation des projets et citoyenneté des projets. Geraldi et al. (2021) décrivent le thème de l'organisation de projet, comme le cœur des études de projet, comment les projets sont organisés dans et entre les organisations. À cet égard, nous proposons d'ajouter à la schématisation faite par Geraldi et al. (2021) une première des quatre boîtes avec une flèche, qui contient les deux approches de gestion de projet discutées au chapitre 3 de la présente thèse, soit la tradition et le courant critique, car ces

approches vont influencer la façon dont le projet sera conduit et les études qui en découleront (voir figure 25).

Figure 25

Regard thématique de l'ontologie de projet



Le thème de la citoyenneté des projets chapeaute les réflexions sur la vie et le travail dans et à travers des projets. Ce courant, relativement nouveau, vient de la prise de conscience de l'impact des projets non seulement dans les organisations, mais aussi dans l'organisation du travail au sens large dans la société, et réfléchit sur les implications, en particulier pour le citoyen, du projet individuel (Gerald et al., 2021). Nous considérons les organisations comme étant des phénomènes

sociaux au sens décrit par Schatzki (2005), ce qui caractérise bien les organisations présentes dans le système de santé qui ont certaines particularités, dont une mission populationnelle et sociale, et qui ont à composer avec une multitude d'acteurs influents. Conséquemment, nous proposons l'ajout d'une deuxième boîte avec flèche (voir figure 25) pour indiquer l'interrelation qui existe entre le citoyen et l'organisation. Cela nous amène à rappeler l'importance du contexte dans l'analyse des résultats, de même que l'importance des a priori des parties prenantes, sur lesquels nous reviendrons plus loin.

Vient ensuite la valeur du projet qui porte sur les réflexions qui mettent l'accent sur le résultat du travail du projet (Geraldi et al., 2021). Loin du triangle vertueux de la gestion de projet traditionnelle, un des aspects qui contribue à définir ce thème est celui de création de valeur pour l'organisation. Or, dans le système de santé, nous croyons que la création de valeur passe par la posture épistémique adoptée et mise de l'avant dans le projet. Nous avons mis dans une boîte avec flèche (voir figure 25) les deux approches de la philosophie de la médecine, le naturalisme/objectivisme et le normativisme/interprétativisme, car l'alliance à l'une ou l'autre des approches devra être prise en considération lors de l'étude du projet ou des recherches sur les projets en santé.

Finalement, le thème du savoir-connaissance sur le projet, regroupe les contributions sur la théorisation au sujet des projets. Les contributions des auteurs de ce thème relèvent un intérêt pour la réflexivité, réflexivité individuelle de l'auteur et de celle du domaine d'étude (Geraldi et al., 2021, p. 231). Cet exercice de réflexivité demande une certaine introspection de la part des personnes intéressées par le projet, qu'ils soient des parties prenantes ou des chercheurs. Cela nous

amène à prendre en considération le bagage que possèdent les acteurs du projet, bagage que l'on pourrait penser en termes de connaissances a priori. Nous avons ajouté une quatrième et dernière boîte à flèche afin de représenter l'apport de ces connaissances, qui sont du domaine de la philosophie de la médecine, du soin, du système de santé (voir figure 25). Quant aux a priori du chercheur, nous avons choisi d'en faire l'analyse via un retour réflexif sur deux articles présentés dans deux forums scientifiques : Euram 2018 (Paradis et Gauthier, 2018) et M(aking)P(rojet)C(ritical)9 (Paradis et Gauthier, 2019).

En résumé, nous avons ajouté aux quatre thèmes de Gerald, Söderlund et Marrewijk (2021) nos quatre lunettes d'analyses et de réflexions – les boîtes à flèche, soit sur la philosophie de la médecine, les approches de gestion de projets, les appropriations citoyenne et organisationnelle et les a priori des parties prenantes et du chercheur, tous représentés dans une boîte avec flèche dans la figure 25. Dans la même figure, nous avons placé, bien au centre, le projet car il doit être pensé en lien avec les quatre thèmes de Gerald et al. (2021). Ces thèmes que nous avons liés entre eux afin d'indiquer leur contribution mutuelle ont tous, à un moment ou à un autre, été mobilisés dans l'écriture de cette thèse. Nous avons décrit l'organisation au centre du projet, soit le système de santé et son pendant régional en Outaouais, de même que l'aspect citoyen très présent dans la culture populaire dès les années 1970. Les valeurs de projets ont constitué un des apports épistémologiques du projet de formation médicale fondamentale délocalisée en lien avec les deux approches philosophiques de la médecine, favorisant l'approche normativiste centrée sur le patient. La figure 25 est donc une représentation du maillage entre ce que Gerald et al. ont regroupé en quatre grands thèmes des apports en recherche critique et de ce que nous y ajoutons : une ceinture d'exercices herméneutiques qui encourage le questionnement sur les différents mondes des

possibles de projet et nos quatre lunettes de réflexions. Cette figure représente ce que nous concevons pouvoir être une vision critique de ce que peut englober le champ de recherche des Projects Studies.

CONCLUSION

Résumé de la recherche

Dans l'analyse de nos résultats de recherche, nous nous sommes intéressée aux phases du cycle de vie des projets. Nous avons pu déterminer que le projet a pris l'allure d'une progression incrémentale, devant se réajuster pour répondre à certaines problématiques qui ont surgi, comme l'histoire autour de la langue d'enseignement. À deux reprises, les pressions citoyennes et gouvernementales ont poussé les gestionnaires du projet à modifier leurs plans afin que la formation donnée aux étudiants en médecine qui étudient en Outaouais se fasse en français.

Toujours sur le sujet du cycle de vie des projets, nous avons découvert dans la phase initiale de la faisabilité un phénomène émergent. Bien que des auteurs aient écrit sur le « pré-projet », que ce soit en termes d'analyse comparative de l'effort de planification d'avant-projet (Hamilton & Gibson, 1996) ou dans le cycle de vie des projets techniques (Bonnal, Gourc, & Lacoste, 2002) ou bien dans l'identification des indicateurs clés (Haponava & Al-Jibouri, 2009) ou encore dans l'alignement durant la planification du pré-projet (A. F. Griffith, 2001), le sens donné au « pré-projet » dans ces articles est différent de celui auquel nous faisons référence. Ces articles s'adressent aux situations en lien avec la planification qui devrait être faite pour assurer la bonne conduite du projet. Seuls Haponava et Al-Jibouri effleurent l'importance de l'implication et la communication au niveau des parties prenantes pour la réussite du projet, mais pas pour en puiser une information structurante pouvant informer les gestionnaires de projet. Contrairement à ces auteurs, nous faisons référence au pré-projet comme s'il s'agissait d'un lieu habité par les parties prenantes avant même que le projet ne soit lancé, comme si le contexte sociohistorique dans lequel le projet a pris forme structurait le devenir du projet. C'est à travers les récits des participants que

nous avons pu mettre en lumière l'existence d'une « extension » spatio-temporelle qui précède l'amorce officielle du projet. Dans cette « dilatation » devant le projet se retrouvent le pré-projet à venir et l'*ante* projet que les parties prenantes heideggériennes anticipent et qu'elles commencent à habiter (figure 20).

La présence de cette extension spatio-temporelle a contribué à notre réflexion sur la production de l'espace projet(-soin) de formation médicale fondamentale délocalisée. En effet, elle a permis d'illustrer, en partie, un phénomène de structuration présent dans le projet, celui de la structuration fondamentale. Cette structuration est l'effet de l'agencement de trois thèmes, les approches de la philosophie de la médecine, de la philosophie des soins et du contexte sociohistorique. Selon l'engagement à l'une ou l'autre des approches philosophiques, les parties prenantes du projet adopteront une posture naturaliste ou normativiste de leur conception du projet(-soin), dans lequel le soin sera considéré comme sollicitude prévenante ou accaparante, et, finalement, ont l'influence de l'historicité (histoire et temps) dans laquelle le projet se situe.

À ce phénomène de structuration fondamentale s'ajoute celui de la structuration horizontale. La structuration horizontale – le devenir et l'histoire – se compose autour des trois périodes déterminées (1970-1985, 1985-2000, 2000-2022). Elle nous est rapportée grâce aux témoignages des participants, ces derniers naviguant, dans leur quotidien, sur des chemins où ils opèrent des allers-retours à travers les différentes époques. À ces moments, lors de ces déplacements, des repères sont posés qui font office de préludes à un espace-projet dans l'esprit des individus. Ces derniers pensent (conçoivent), bâtissent (perçoivent) ou habitent (vivent) le projet de formation médicale fondamentale délocalisée dans les différentes époques.

Le troisième et dernier phénomène de structuration est la structuration verticale – sociale – que Giddens a mise au point en 1984 dans son livre *The Constitution of Society* et qui a été reprise au niveau organisationnel par Manning (2008). Nous avons choisi Lefebvre (1968), le premier à avoir pensé le social au travers d'un phénomène de structuration, afin illustrer les événements qui ont donné forme au projet de formation médicale fondamentale délocalisée. Les différents niveaux organisationnels ont impulsé, tour à tour, un mouvement structurant au projet. Dans les premiers temps, l'organisation par le gouvernement des Réseaux universitaires intégrés de santé et de services, les RUISS, a lié l'Outaouais à l'Université McGill lui donnant la responsabilité de l'enseignement médical et donc la participation au campus santé Outaouais qui mena au projet de formation médicale fondamentale délocalisée. Et en retour, l'Outaouais a imposé au projet et à McGill le français comme langue d'enseignement sur son campus Outaouais et dans la formation pré-doctorale. Cela n'est qu'un des exemples de boucles de rétroactions qui ont eu lieu durant ledit projet. La structuration du projet de formation médicale délocalisée s'est faite, ainsi que nous venons de le décrire, sur trois axes, soit la structuration fondamentale, la structuration horizontale et la structuration verticale.

Rigueur et limites de la recherche

Toute recherche, qu'elle soit qualitative ou quantitative, comporte ses limites pouvant avoir un impact sur la rigueur. Rheinhardt et al. (2018) proposent cinq critères d'appréciation de la qualité d'une recherche qualitative : la crédibilité, la transparence, les données, la transférabilité et la réflexivité.

Le critère de la crédibilité est le critère qui établit la fiabilité, la concordance entre le sens véhiculé par le participant à la recherche et le sens dégagé par le chercheur. Une façon qui est mise de l'avant pour s'en assurer est la triangulation et une façon de procéder est par le retour auprès des participants. Dans notre étude, une deuxième rencontre pour valider l'interprétation des données aurait ajouté de la valeur en termes de crédibilité, mais les restrictions sanitaires dues à la covid-19 ayant rendu très difficiles les premiers échanges, il nous semblait impossible d'ajouter un deuxième rendez-vous. Cependant, ce retour peut s'effectuer pendant la collecte de données (Karsenti & Savoie-Zajc, 2018, p. 212), alors que le chercheur vérifie si les propos exprimés par les participants correspondent à ce qu'ils voulaient dire. Sachant cela, une grande attention a été donnée à la collection des données. Nous avons aussi adopté ce que décrivent Karsenti et Savoie-Zajc (2018) comme la triangulation du chercheur, c'est-à-dire lorsque le chercheur prend une distance par rapport à sa démarche et discute avec quelqu'un d'autre qui l'interroge sur les décisions prises au cours de la recherche. Nous croyons aussi que le fait d'être nous-mêmes des professionnels de la santé a fait que les participants pouvaient se sentir libres de répondre aux questions sans gêne et pouvaient formuler leurs réponses dans un langage « clinique » plus propice au contexte de la recherche et donc sans devoir modifier leur discours afin d'être bien compris.

La transparence se distingue par une clarté de la description des étapes suivies, allant de la collecte de données jusqu'à leur analyse. Il va de soi que ces précisions sont données au chapitre de méthodologie, avec les décisions prises et leurs justifications. Le formulaire de consentement expose aussi les étapes de la recherche (annexes C et D). Toutes les entrevues faites avec les

participants à la recherche ont été analysées avec la plus grande minutie afin de récupérer le plus d'informations sur les thèmes étudiés.

Les données : la quantité et la qualité des sources découlent de la qualité rencontrée dans l'échantillon. Une limite de notre recherche concerne la taille de l'échantillon. En contexte de pandémie de Covid-19, et malgré les relances, un total de vingt-trois entrevues ont pu être effectuées sur une possibilité d'environ quatre cents participants. Bien que de taille modeste, nous considérons que notre échantillon est de grande qualité, cette dernière résidant dans la diversité de nos participants, que ce soit au niveau des années de pratique (2 à 35 ans), du lieu de formation (sept universités différentes), du milieu de pratique (cabinet privé, clinique médicale, GMF, hôpital), de la pratique médicale (omnipraticiens, spécialistes [5 spécialités]); par ailleurs, certains avaient une expérience de gestion et d'autres ont participé au projet de formation médicale fondamentale délocalisée. Cet échantillon, ainsi représenté, permet de répondre en partie à l'une des deux tâches décrites par Rheinhardt et al. (2018), c'est-à-dire avoir des participants qui ont vécu différemment le projet.

La transférabilité est un critère qui réfère à la possibilité de transférer les résultats de la recherche vers d'autres contextes. Comme le disent Karsenti et Savoie-Zajc (2018), ce critère est commun au chercheur et au lecteur de la recherche « dans la mesure où ce dernier, utilisateur potentiel des résultats de la recherche, s'interroge sur la pertinence, la plausibilité et la ressemblance qui peut exister entre le contexte décrit et son propre milieu de vie ». Nous croyons que la présente recherche remplit le critère de transférabilité, car nombreux sont les projets dans le secteur de la santé et nombreux sont ceux qui impliquent des professionnels de la santé, dans la

mesure où le contexte dans lequel est serti le projet de recherche est pris en compte et non pas rejeté comme du bruit, qu'on tente de toutes les façons de réduire au silence.

La réflexivité a été un élément omniprésent tout au long de cette thèse et fait partie intégrante de la discussion. Nous avons tenu un carnet de notes et mémos tout au long du processus de recherche, d'analyse et de rédaction. La réflexivité engage le chercheur à se questionner constamment à toutes les étapes du processus de recherche, comme en témoigne le chapitre de la discussion (chapitre 9).

Contributions de la recherche

Nous allons relever deux types de contributions : contributions scientifiques et contributions pratiques.

Contributions scientifiques

Nos diverses recensions de la littérature pour mener à bien cette recherche n'ont en aucun temps fait ressortir des articles d'auteurs ayant fait le croisement de la triplicité de Lefebvre avec les concepts de « penser-bâtir-habiter » de Heidegger pour penser le projet. Il y a certes quelques auteurs qui ont utilisé des textes de Heidegger et de Lefebvre dans leurs travaux, comme Nocker (2006) qui utilise la triplicité de Lefebvre pour faire état de l'espace social pour définir l'ontologie de projet et qui explore comment les espaces sociaux sont constitués et transformés par la mise en œuvre de récits partagés mais non univoques qui définissent l'horizon du projet pour l'équipe et les parties prenantes.

Van der Hoorn (2016a) va puiser aussi chez Heidegger, utilisant le concept d'espace. Mais l'idée avancée par van der Hoorn consiste à créer une modélisation de l'espace projet à l'aide d'outils visuels. Cette modélisation visuelle de l'espace projet met en exergue les facteurs déterminants et contraignants d'un projet donné. Van der Hoorn organise son modèle autour de deux représentations de l'espace, soit un espace « actuel », composé des expériences personnelles des parties prenantes, et un espace de « prévision » qui constitue l'environnement dans lequel les parties prenantes se projettent. Si van der Hoorn s'intéresse à la modélisation d'un espace projet (comme outils de gestion de projet), en ce qui concerne cette thèse, elle porte sur la production d'un espace projet : comment le projet prend forme, se structure à travers le penser-bâtir-habiter heideggérien. Ainsi chez van der Hoorn le projet "existe" comme suite à sa conception formelle tel qu'entendu en gestion de projet. Autrement dit, et contrairement à ce que nos résultats montrent, l'espace projet chez van der Hoorn n'est ni habité avant la conception du projet, pas plus qu'il n'est animé par la triple structuration du social.

Finalement Schatzki (1991), essaie d'éclairer la recherche empirique en s'attardant à la notion d'ontologie spatiale. Il revient sur le texte de Heidegger affirmant que le monde n'est pas dans l'espace, mais que c'est l'espace qui est dans le monde (Heidegger, 1927/1986, p. 141). Schatzki reprend l'énoncé pour le recentrer sur la relation qui existe entre l'espace et la société : « la société n'est pas dans l'espace, comme le prétendent les absolutistes ; l'espace ne se réduit d'ailleurs pas aux relations entre entités sociales, comme le prétendent les relationnistes. Au contraire, l'espace est dans la société. » (Schatzki, 1991, p. 653). Il poursuit en affirmant que les lieux sont des « endroits où la vie humaine se déroule ». Tous ces endroits contribuent à la constitution de l'espace rempli de vies interdépendantes. L'espace est pensé en termes de « "faire de la place" aux vies humaines » (p. 655). Cet espace que Schatzki décrit ne concorde qu'en partie avec celui que nous

proposons, car il y manque la possibilité de la production d'un espace sur trois plans simultanément, ceux du « penser-conçu, bâtir-perçu et habiter-vécu » décrits au chapitre 5. L'espace est habité-vécu par les relations interpersonnelles – espace social - qui y ont court, mais cet espace schatzkien est vide de tous les aprioris qui conditionnent ces dernières. Selon Schatzki, les activités sociales ont lieu dans un espace objectif, alors que le nôtre est subjectif car il est propre à celui qui le pense, le bâtit et l'habite.

Aussi, lorsque Lefebvre (2000) parle de la régionalisation de l'espace, le lieu, il le conçoit comme une construction qui se tisse au fur et à mesure entre l'espace, le lieu, et le temps et qui laisse ses marques :

En effet, l'historique et ses conséquences, le « diachronique », l'étymologie des lieux c'est-à-dire ce qui s'y passa en modifiant les endroits et les places, tout cela vient s'inscrire dans l'espace. Le passé a laissé ses traces, ses inscriptions, écriture du temps. Mais cet espace est toujours, aujourd'hui comme jadis, un espace présent, donné comme un tout actuel, avec ses liaisons et connexions en acte. (p. 47)

En plus de l'espace social construit, Lefebvre décrit, en quelque sorte, le phénomène de structuration horizontale que nous avons présenté précédemment.

Penser à l'espace « habité » de Heidegger nous permet de mettre en lumière un autre thème, manifestement important dans l'étude des projets, celui du contexte sociohistorique dans lequel le projet est serti. Nous avons établi l'importance du contexte sociohistorique dans le projet de formation médicale fondamentale, qui doit être compris et analysé en pensant aux phénomènes de structuration et cette structuration du social peut prendre plusieurs aspects. En plus du phénomène de structuration tel qu'il est généralement entendu, c'est-à-dire sous la forme de structuration verticale à la façon de Manning (2008), les deux autres phénomènes de structuration, horizontale

– discuté plus haut – et fondamentale, ne sont pas utilisés dans la littérature en gestion de projet. La notion de structure – structuration –, qu'on retrouve exposée dans les articles, réfère aux structures en tant que contraintes que l'on pourrait qualifier d'objectivables : temps, coûts, etc. Ce n'est pas ce que Boutinet soutient lorsqu'il écrit : « Le projet n'est pas une création ex nihilo mais une réponse à une conjoncture précise qui est faite de contraintes et d'opportunités » (1986, p. 9), car nous pouvons repérer dans ses mots une pensée structurationniste giddensienne.

La conjoncture ici exprimée par Boutinet se mobilise au travers de l'historicité ou l'historialité, pour parler en termes heideggériens (1986) du projet. Elle réfère à la dimension historique et temporelle de l'histoire située, et c'est cette « situation » des événements qui est propre à l'étude du projet de formation médicale fondamentale délocalisée. Encore une fois, cet ancrage profond du projet dans son contexte est absent de la littérature en gestion de projet. Comme le dit Jollivet (2017), nous faisons la distinction entre l'histoire empirique, qui correspond à une approche empruntée aux sciences de la nature, objectivante, qui rend compte des faits de manière extérieure (l'approche que nous avons empruntée au chapitre 7 pour présenter le cycle de vie du projet de formation médicale fondamentale délocalisée au campus Outaouais de l'Université McGill), et l'histoire plus profonde, qui se rapporte à la vie telle qu'elle est vécue avec ses rapports sociaux. « L'homme est histoire », écrivent Michel Bonetti et Vincent de Gaulejac (1988), car il est produit par l'histoire, c'est-à-dire par son vécu et par d'autres éléments propres à son milieu, sa classe sociale. Il est un acteur de l'histoire, car il a la capacité d'agir sur sa propre histoire, et il est aussi producteur d'histoire, car il reconstruit constamment le passé par ses paroles et ses écrits. Heidegger (1927/1986) présente une conception dynamique de l'histoire, entre ce qui s'est passé et ce qui peut devenir :

Ensuite, l'histoire ne désigne pas tant le « passé » au sens de ce qui est dépassé, mais la provenance à partir de lui. Ce qui « a » une « histoire » est d'un seul tenant avec un devenir. En ce cas, le « développement » est tantôt une ascension, tantôt un déclin. Ce qui « a » de la sorte une « histoire » peut du même coup en « faire » une. En « faisant époque », il détermine « à présent » un « futur ». Histoire signifie ici un enchaînement d'événements, une « chaîne causale » qui passe du « passé » au « présent » et du « présent » au « futur ». Ici le passé n'a pas de primauté particulière. (p. 443)

Contributions pratiques

Cette thèse, qui critique le Making Projects Critical, vise à faire réfléchir les gestionnaires de projet plutôt qu'être prescriptif sur le plan de la pratique. Ceux-ci auront à relever les projets qui, comme celui du projet de formation médicale délocalisée, est fortement façonné par une longue histoire régionale. En Outaouais, les problèmes de pénurie d'effectifs qui remontent aux années 1970, le sous-financement chronique et le mécontentement de la population face aux services de santé, constituent une réalité qui habite les parties prenantes du projet. Comme le cite l'extrait plus haut de Heidegger, « ce qui a de la sorte une histoire peut du même coup en faire une », et c'est ce que l'on peut tirer comme conclusion dans le projet de formation médicale fondamentale délocalisée. L'histoire de la région s'est imbriquée dans le projet et a mise de l'avant certaines valeurs. Les gestionnaires qui réfléchissent au projet en tenant compte des phénomènes de structuration fondamental, horizontal et vertical mettent toutes les chances de leur côté pour mener à bien leur projet.

Recherches futures

Notre recherche a permis de mettre en lumière qu'en gestion de projet, on ne gère pas seulement une finalité et qu'il est possible de bâtir des espaces en dehors du projet. La pandémie de covid-19

a orienté nos travaux de recherche, rendant l'accès aux patients impossible. Nous pensons qu'une avenue intéressante comme pour donner suite à cette recherche serait de revenir avec un projet (-soin) dans lequel le patient, comme partie prenante, participerait à la production de cet espace de collaboration patient-soignant, toujours en empruntant les perspectives de Heidegger et de Lefebvre pour penser l'espace et en positionnant les travaux de Canguilhem comme ancrage philosophique de la médecine.

À l'extérieur du domaine de la santé, nos résultats semblent trouver écho dans le domaine des arts et de la culture. En effet, Olafur Eliasson est un artiste et architecte danois-islandais pour qui l'espace est un concept qui fait partie intégrante de ses créations. Dans le documentaire « Abstract: The Art of Design » (2019), ce créateur s'interroge sur les origines des idées qui mènent à la conception d'une œuvre. Il identifie un espace, qui nous semble être conséquent avec celui de Lefebvre et Heidegger que nous avons mis de l'avant et qui pour lui, tout comme pour nous, serait présent avant la création (*ante-projet*), espace qui contribuerait au projet de création.

RÉFÉRENCES

- « \$19 millions pour les services de santé dans l'Outaouais ». (1973, 24 mars). *Le Droit*, p. 1.
- « A première vue, "l'Outaouais à l'urgence" semble être satisfait: ses buts sont atteints ». (1973, 24 mars). *Le Droit*, p. 29.
- « L'Outaouais est malade; Castonguay le reconnaît ». (1972, 22 novembre). *Le Droit*, p. 34.
- « L'UQO devra attendre avant de former des super-infirmières » (2007, 20 juin). *Le Droit*, p. 3.
- « La Commission Castonguay visitera la région de l'Outaouais lundi et mardi ». (1968, 22 novembre 1968). *Le Droit* p. 25.
- « Les Québécois de Hull sont tannés de se faire soigner chez les Anglais ». (1973, 23 mars). *La Presse*, p. 3.
- « Les services de santé dans l'Outaouais - C. Castonguay promet un effort particulier » ». (1972, 25 octobre). *Le Droit*, p. 1.
- « McGill veut établir une faculté satellite à Gatineau ». (2008, 15 mai). *Le Devoir*, p. A4.
- Afzal, A., & Gauthier, J.-B. (2017). *Project management and practitioners in health sector: from the Quebec healthcare system perspective to PM literature review*. Retrieved from <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01579996>
- Allen, M., Carpenter, C., Dydak, T., & Harkins, K. (2016). Causes of project failure: Case study of NASA space shuttle challenger. *Journal of Engineering and Economic Development*, 3(2), 23.
- Allen, M., Carpenter, C., Hutchins, M., & Jones, G. (2015). Impact of Risk Management on Project Cost: An Industry Comparison. *Journal of Information Technology and Economic Development*, 6(2), 1-19.
- Allgar, V., Leese, B., Heywood, P., & Walker, R. (2001). First wave PMS pilots: A critical analysis of documentatio. *Journal of Management in Medicine*, 15(4), 299-311.
- Alvesson, M., & Deetz, S. (2000). *Doing Critical Management Research*. London, England: SAGE Publications.
- Alvesson, M., & Sandberg, J. (2014). Habitat and Habitus: Boxed-in versus Box-Breaking Research. *Organization Studies*, 35(7), 967-987.
- Alvesson, M., & Skölberg, S. (2018). *Reflexive Methodology. New Vistas for Qualitative Research* (Third edition ed.). New York, États-Unis: Sage publications.

- Andersen, E. S. (2016). Do project managers have different perspectives on project management? *International Journal of Project Management*, 34, 58-65.
- Andrews, C. W. (2000). Revisiting Guerreiro Ramos's the New Science of Organizations through Habermasian Lenses: A Critical Tribute. *Administrative Theory & Praxis*, 22(2), 246-272. doi:10.1080/10841806.2000.11643450
- Anker Jensen, P. (2008). The origin and constitution of facilities management as an integrated corporate function. *Facilities*, 26(13-14), 490-500. doi:10.1108/02632770810914253
- Babich, B. (2016). *Un politique brisé. Le souci d'autrui, l'humanisme, et les juifs chez Heidegger*. Paris: L'Harmattan.
- Baert, P., & Da Silva, F. C. (2010). *Social Theory in the Twentieth Century and Beyond*. Cambridge, Angleterre: Polity Press.
- Bakker, R. M., DeFillippi, R. J., Schwab, A., & Sydow, J. (2016). Temporary Organizing: Promises, Processes, Problems. *Organization Studies*, 37(12), 1703-1719. doi:10.1177/0170840616655982
- Barlow, J., Bayer, S., & Curry, R. (2006). Implementing complex innovations in fluid multi-stakeholder environments: Experiences of 'telecare'. *Technovation*, 26(3), 396-406.
- Barlow, J., & Koberle-Gaiser, M. (2009). Delivering Innovation in Hospital Construction: Contracts and Collaboratoin in the UK's Private Finance Initiative Hospitals Programstudiesa. *California management review*, 51(2).
- Baron, R. J., & Desnouvee, E. (2010). The Struggle To Support Patients' Efforts To Change Their Unhealthy Behavior. *Health Affairs*, 29(5), 953-955.
- Barr, M. S., Foote, S. M., Krakauer, R., & Mattingly, P. H. (2010). Lessons For The New CMS Innovation Center From The Medicare Health Support Program. *Health Affairs*, 29(7), 1305-1309.
- Barrière, C. (2008a, 10 juin, 2008). En plus d'augmenter ses stages L'Université McGill encadrera l'UQO *Le Droit*
- Barrière, C. (2008b). L'Outaouais aura son Campus santé. *Le Droit*
- Barrière, C. (2008c). La future faculté « satellite » de médecine à l'UQO Des besoins financiers de 18 millions \$. *Le Droit*
- Barrière, C. (2008d, 18 décembre, 2008). Le Campus santé Outaouais nomme son directeur. *Le Droit*, p. 6.

- Barrière, C. (2009, 3 février). L'Outaouais championne de la pénurie. *Le Droit*, p. 2.
- Becker, S., & DiCianni, K. (2021). Quick Hit. *Quality Progress*, 54(3), 48-50.
- Behrens, Y., & Cassens, C. (2021). Competences in Health Network Management (Com.HeNet). *European Journal of Public Health*, 31.
- Beise, C., & Carte, T. (2010). A case study of project management practices in virtual settings: lessons from working in and managing virtual teams. *Database for Advances in Information Systems*, 41(14), 75-97.
- Bélanger, M. (2014a, 25 avril, 2014). Faculté de médecine en Outaouais « Nous quittons le modèle de formation classique » *Le Droit*
- Bélanger, M. (2014b, 11 janvier, 2014). La faculté satellite de médecine bien accueillie. *Le Droit*
- Bélanger, M. (2014c, 31 janvier 2014). La première cohorte pourrait voir le jour en 2016 Un pas de plus vers la faculté de médecine *Le Droit*
- Bélanger, M. (2014d, 18 octobre, 2014). Une faculté, oui, mais peut-être pas en 2016 *Le Droit*
- Bélanger, M. (2016, 7 septembre, 2016). 8 % de l'enseignement se fera en anglais. *Le Droit*
- Bell, E., Bryman, A., & Harley, B. (2022). *Business Research Methods* (6e édition ed.): Oxford University Press.
- Bell, S., & Christina, A. (2006). Applying Systemic Project Management Approaches for the UK National Health Service. *Systemic Practice and Action Research*, 19(1), 27-43.
doi:10.1007/s11213-005-9002-4
- Belokrylov, P. Y., Bol'shukhin, M. A., Komissarov, K. V., Petrunin, V. V., & Poverennov, E. Y. (2020). Integration of the Computational Validation Process for Reactor Equipment into a Single Information Space to Create Digital Doppelgangers of Nuclear Energy Facilities. *Atomic Energy*, 127(6), 339-345. doi:10.1007/s10512-020-00633-3
- Bergeron, P., & Gagnon, F. (2003). La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations. In *Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Bernard, C. (1865). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris: Baillière.
- Bernard, C. (1876). *Leçons sur la chaleur animale, sur les effets de la chaleur et sur la fièvre*. Paris: J.-B. Baillière.

- Bernz, I. M., Pedro, G. O., Tanaka, M., Tanaka, S., & Nita, M. E. (2022). PD60 What Are The Opportunities And Challenges To Implementing Value Based Healthcare Pilots In The Brazilian Private Healthcare System? *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 38(S1), S112-113.
- Berque, A. (1996). Espace virtuel et milieu humain. *Quadermi*, 30((Automne)), 69-80.
- Berthelot, J.-M. (2012). *Épistémologie des sciences sociales*. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- Bézy, O. (2009). La santé c'est la vie dans le silence des organes *La Revue Lacanienne*, 3, 47.
- Björnfot, A., & Jongeling, R. (2007). Application of line-of-balance and 4D CAD for lean planning. *Construction Innovation*, 7(2), 200-211. doi:10.1108/14714170710738559
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*(26), 2.
- Blanquet, E. (2012). *Apprendre à philosopher avec Heidegger*. Paris: Ellipses.
- Blouin, J. (2014, 19 mars, 2014). Faculté satellite de médecine en Outaouais Le recteur veut une formation en français. *Le Droit*.
- Bonetti, M., & de Gaulejac, V. (1988). L'individu, produit d'une histoire dont il cherche à devenir le sujet. *Espaces Temps* 37, 55-63.
- Bonitto-Donato, C. (2019). *Heidegger et la question de l'habiter Une philosophie de l'architecture*. France: Éditions Parenthèses
- Bonnal, P., Gourc, D., & Lacoste, G. (2002). The Life Cycle of Technical Projects. *Project management journal*, 33(1), 12-19. doi:10.1177/875697280203300104
- Boorse, C. (1975). On the Distinction between Disease and Illness. *Philosophy & Public Affairs*, 5(1), 49-68.
- Boorse, C. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, 44(4), 542-573.
- Boorse, C. (2014). A Second Rebuttal On Health. *Journal of Medicine and Philosophy*, 39, 683-724.
- Boss, M. (2014). La signification pour Martin Heidegger en ce qui concerne le travail avec les hommes souffrant et en vue de la compréhension en elle-même de la psychothérapie *Cahiers de Gestalt-thérapie*, 33(2), 140-157.

- Bourguignon, F. (2019). Historicité. In *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (pp. 91-93). Toulouse: Érès.
- Bourque, M., & Quesnel-Vallée, A. (2014). Intégrer les soins de santé et les services sociaux du Québec : la réforme Couillard de 2003. *Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de Santé*, 2(2).
- Boutinet, J.-P. (1986). Le concept de projet et ses niveaux d'appréhension. *Éducation permanente*, 86, 5-26.
- Boutinet, J.-P. (2012). *Anthropologie du projet*(pp. 464). doi:10.3917/puf.bouti.2012.01
- Boutinet, J.-P. (2014). *La grammaire à projet*. Paris: Presses Universitaire de France.
- Boutinet, J.-P. (2016). Projets. In J. Barus-Michel, Enriquez, E. & Lévy, A. (Ed.), *Vocabulaire de psychosociologie: Références et positions* (pp. 231-239). Toulouse: Érès.
- Boutinet, J.-P. (2020). Actualité du concept de projet. Retrieved from http://p5412.phpnet.org/boutinet/uploads/Analyse_de_concept_-_Projet.pdf
- Boutinet, J.-P. (2021). *La psychologie de la conduite à projet* (7e édition ed.): Presses Universitaire de France.
- Boutinet, J.-P., Desreumaux, A., Richebé, N., & Bréchet, a. p. J.-P. (2011). Le projet dans l'action collective. *Humanisme et Entreprise*, 304(4), 5-12. doi:10.3917/hume.304.0005
- Bowerman, J. (2006). Designing the primary health care centre of the future: A community experience. *Leadership in Health Services*, 19(4), 16-23.
- Boxer, B. A., & Taylor, E. M. (2007). It starts at home: In-house consulting helps disseminate EBP. *Nursing Management*, 38(9), 41-45.
- Brandt, D. (2010). Work Perfect. *Industrial Engineer*, 42(7), 66.
- Brauer, J. (2008). Open source healthcare interface engine. *The Open Source Business Resource*, 17-21.
- Braunstein, J.-F. (2009). *La philosophie de la médecine d'Auguste Comte*. Paris: Les Presses Universitaires de France.
- Bresnen, M. (2006). Conflicting and conflated discourses? Project management, organisational change and learning In D. C. Hodgson, S (Ed.), *Making project critical* (pp. 68-90). New York Palgrave Macmillan.

- Breton, M., Levesque, J., Pineault, R., & Hogg, W. (2011). L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Pratiques et Organisation des Soins*, 42.
- Brisson, L. D. (2008). *Platon les oeuvres complètes*. Paris, France.
- Brovelli, M. A., Giori, G., Mussin, M., & Negretti, M. (2011). Improving the Monitoring of the Status of the Environment Through Web Geo-services: The Example of Large Structures Supervision. *Transactions in GIS*, 15(2), 173-188. doi:10.1111/j.1467-9671.2011.01249.x
- Brown, D., Hernández, A., Saint-Jean, G., Evans, S., Tafari, I., & al., e. (2008). A Participatory Action Research Pilot Study of Urban Health Disparities Using Rapid Assessment Response and Evaluation. *American Journal of Public Health*, 98(1), 28-38.
- Brown, S. J. (2006). The performance improvement decision. *Nursing Management*, 37(4), 16-17.
- Buchan, L., & Simpson, B. (2020). Projects-as-Practice: A Deweyan Perspective. *Project management journal*. doi:10.1177/8756972819891277
- Buckley, M., Laursen, J., & Otarola, V. (2009). Strengthening Physician-Nurse Partnerships to Improve Quality and Patient Safety. *Physician Executive*, 35(6), 24-28.
- Bürkland, S., Zachariassen, F., & Oliveira, J. (2019). Meeting up for management control: bracketing interaction in innovation development. *Qualitative Research in Accounting & Management*, 16(1), 144-178. doi:10.1108/QRAM-06-2017-0060
- Buttigieg, S. C., Gauci, D., & Dey, P. (2016). Continuous quality improvement in a Maltese hospital using logical framework analysis. *Journal of Health Organization and Management*, 30(7), 1026-1046.
- Campus Outaouais. (2021). Ensemble pour un pôle d'excellence en santé. In U. McGill (Ed.), *Le Droit numérique* Le Droit.
- Campus santé Outaouais (2008). In A. d. l. s. e. d. s. s. d. l'Outaouais (Ed.), *Résultats prévisibles et nouveaux programmes offerts* Retrieved from <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/67809?>
- Canguilhem, G. (1966). *le Normal et le Pathologique*. Paris: PUF.
- Canguilhem, G. (2002). *Ecrits sur la medecine*. Paris: Seuil.
- Canguilhem, G. (2015). *Le normal et le pathologique*. France: Presses Universitaires de France.

- Carr, D. M., & Dimitrakakis, J. (2003). Explore all-encompassing electronic health records. *Nursing Management, suppl. IT Solutions*(24-25, 32).
- Castonguay, C. (2012). *Santé l'heure des choix*. Canada: Les Éditions Boréal.
- Castonguay, C., & Neveup, G. (1967-1972). *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. Québec
- Centre de santé et de services sociaux de Gatineau. (2012). Des ententes de partenariat entre le CSSS de Gatineau, L'UQO et McGill *L'inter-Action* 8(7), 4.
- Chakraborty, S. (2019). Focus. *IUP Journal of Operations Management*, 18(2), 5-6.
- Chalvin, S. (1973, 23 février, 1973). Quand des Québécois s'endettent pour se faire soigner.... *Le Devoir*.
- Champagne, S. (2014, 6 février, 2014). PARTENARIAT ENTRE MCGILL ET L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS Vers une faculté de médecine. *La Presse*.
- Charbonneau, M. (2011). Les modes d'organisation et de gestion dans l'administration publique: de Weber au nouveau management public. In N. M. (ed.) (Ed.), *Secret d'État? Les principes qui guident l'administration publique et ses enjeux contemporains* Québec: Presses de l'Université Laval.
- Chauvenet, A. (1973). Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers. *Revue Française de Sociologie*, 14, 61-76.
- Chiocchio, F., Rabbat, F., & 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.
- Christiansen, J. K., & Wellendorf, M. (2021). Exploring Opportunities with Experimental Use of Communicative Spaces to Overcome Defensive Routines and Increase Information Systems Utilization. *Systemic Practice and Action Research*, 34(6), 713-750. doi:10.1007/s11213-021-09556-x
- Cicmil, S., & Hodgson, D. (2006). New Possibilities for Project Management Theory: A Critical Engagement. *Project management journal*, 37(3), 111-122.
- Cicmil, S., & O'Laoha, E. (2016). The logic of projects and the ideal of community development Social good, participation and the ethics of knowing. *International Journal of Managing Projects in Business*, 9(3), 546-561.
- Cohen, J., & Zagury-Orly, R. (2008). L'avenir du lieu. *Les temps modernes*, 4(650), 306-320.

- Contandriopoulos, D. (2016 11 mars, 2016). L'échec de la réforme Barrette *L'Actualité*. Retrieved from www.lactualite.com/politique/lehec-de-la-reforme-barrette/
- Contandriopoulos, D., Perroux, M., Brousselle, A., & Breton, M. (2014). *MÉMOIRE SUR LE PROJET DE LOI N° 10, LOI MODIFIANT L'ORGANISATION ET LA GOUVERNANCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NOTAMMENT PAR L'ABOLITION DES AGENCES RÉGIONALES*. Retrieved from
- Cooke-Davies, T., Cicmil, S., Crawford, L., & Richardson, K. (2007). We're not in Kansas anymore, Toto: Mapping the strange landscape of complexity theory, and its relationship to project management. *Project management journal*, 38(2), 50-61.
- Courteau, J.-P., & Émond, L. (1991). *Vingt ans de mortalité dans la région de l'Outaouais 1969 à 1988*. Retrieved from Hull, Québec:
- Crawford, L. H., & Helm, J. (2009). Government and Governance: The value of Project Management in the Public Sector. *Project management journal*, 40(1), 73-87.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry & Research Design. Choosing Among Five Approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cruz, M., & Cruz, R. F. (2001). Compliance and cost in a case management model. *Community Mental Health Journal*, 37(1), 69-77.
- Cruz, M., & Robyn, F. C. (2001). Compliance and costs in a case management model. *Community Mental Health Journal*, 37(1), 69-77.
- Cunliffe, A. L. (2003). Reflexive Inquiry in Organizational Research: Questions and Possibilities. *Human Relations*, 56(8), 983-1003.
- Cunliffe, A. L. (2009). Reflexivity, learning and reflexive practice. In S. J. A. C. V. Fukami (Ed.), *The SAGE handbook of management learning, education and development* (pp. 405-418): SAGE.
- Cunningham, U., Ward, M. E., De Brún, A., & McAuliffe, E. (2018). Team interventions in acute hospital contexts: a systematic search of the literature using realist synthesis. *BMC Health Services Research*, 18.
- Currie, G., Sarvi, M., & Young, B. (2007). A new approach to evaluating on-road public transport priority projects: balancing the demand for limited road-space. *Transportation : Planning - Policy - Research - Practice*, 34(4), 413-428. doi:10.1007/s11116-006-9107-3
- D'Andreamatteo, A., Ianni, L., Lega, F., & Sargiacomo, M. (2015). Lean in healthcare: A comprehensice review. *Health Policy*. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.02.002>

- Dastur, F. (2008). Heidegger espace, lieu, habitation. *Les temps modernes*, 4(650), 140-157.
- Dastur, F. (2009). Fécondité du dialogue entre philosophie et psychiatrie. *La Lettre du Psychiatre* 5(3), 46-50.
- David, F. (1991). La réforme Lavoie-Roux-Côté entre la vertu et la pratique...tout un océan d'incertitudes : Document d'analyse sur la réforme de la santé et des services sociaux. In L. Guay & L. Lamontagne (Eds.), *L'R des centres de femmes du Québec et Le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec*. Montréal: Lamoureux, J.
- Debru, C., & Deltin, S. (2005). La vie à l'épreuve de la santé. *Revue des Deux Mondes*, 109-120.
- Dendere, R., Janda, M., & Sullivan, C. (2021). Are we doing it right? We need to evaluate the current approaches for implementation of digital health systems. *Australian Health Review*, 45(6), 778-781.
- Denis, R. (2015). The Details of Designing and Maintaining a Daily Quality Compliance Management System. *The Journal for Quality and Participation*, 38(3), 34-38.
- Desrosiers, G., & Gaumer, B. (2014). Réformes et tentatives de réformes du réseau de la santé du Québec contemporain: une histoire tourmentée. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 10(1), 8-20.
- Djaballah, A. (2006). L'herméneutique selon Hans-Georg Gadamer. *Théologie évangélique*, 5(1), 31-68.
- Doerner, K., Gutjahr, W. J., Hartl, R. F., Strauss, C., & Stummer, C. (2004). Pareto Ant Colony Optimization: A Metaheuristic Approach to Multiobjective Portfolio Selection. *Annals of Operations Research*, 131(1-4), 79-99. doi:10.1023/B:ANOR.0000039513.99038.c6
- Dupuis, A., & Farinas, L. (2010a). Vers un appauvrissement managérialiste des organisations de services humains complexes ? *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 51-65.
- Dupuis, A., & Farinas, L. (2010b). Vers un appauvrissement managérialiste des organisations de services humains complexes? *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 51-65.
- Duquette, P. (2008). École de médecine à l'UQO Une « opportunité historique » *Le Droit*.
- Duquette, P. (2009, 28 juillet, 2009). Pour retenir davantage de médecins de famille dès l'an prochain Un programme d'externat dans la région *Le Droit*
- Duquette, P. (2016, 12 septembre, 2016). L'examen de la prostate. *Le Droit*.
- Duquette, P. (2018, 22 août, 2018). Un nouvel hôpital, rien que ça! . *Le Droit*.

- Dutton, L. (2018, 25 octobre, 2018). Début des travaux préliminaires de construction du Campus Outaouais de la Faculté de médecine de McGill. *Le Bulletin*.
- Eidelman, D., & Brousseau, G. (2016, 17 septembre, 2016). Campus médical: l'Outaouais a assez attendu. *Le Devoir* Retrieved from <https://www.ledouvoir.com/opinion/libre-opinion/480215/campus-medical-l-outaouais-a-assez-attendu>
- Eito-Brun, R., & Amescua-Seco, A. (2018). Automation of Quality Reports in the Aerospace Industry. *IEEE TRANSACTIONS ON PROFESSIONAL COMMUNICATION*, 61(2), 166-177.
- Englund, H., Gerdin, J., & Abrahamsson, G. (2013). Accounting ambiguity and structural change. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 26(3), 423-448. doi:10.1108/09513571311311883
- Engwall, M. (2003). No project is an island: linking projects to history and context. *Research Policy*, 32(5), 789-808.
- Engwall, M. (2012). PERT, Polaris, and the realities of projects execution. *International Journal of Managing Projects in Business*, 5(4), 595-616.
- Eraly, A. (1988). *La structuration de l'entreprise : La rationalité en action*. Bruxelles, Belgique: Matéo Alaluf et Marcel Bolle de Bal.
- Fakhræ, R. (2019). OnboardMD.
- Fickenscher, K., & Bakerman, M. (2011). Leadership and Governance for IT Projects. *Physician Executive*, 37(1), 72-76.
- Field, J. M., Heineke, J., Langabeer, J. R., & DelliFraine, J. L. (2014). Building the Case for Quality Improvement in the Health Care Industry: A Focus on Goals and Training. *Quality Management in Health Care*, 23(3), 138.
- Flick, U., Von Kardorff, E., & Steinke, I. (2004). *A companion to qualitative research* (Thousand Oaks ed.). California, Unites States: Sage Publications Ltd.
- Florice, S., Bonneau, C., Aubry, M., & Sergi, V. (2014). Extending project management research: Insights from social theories. *International Journal of Project Management*, 32, 1091-1107.
- Flory, Eduard Bonet, M., & Nadal-Burgues, N. (2014). Project specification: creativity and rhetoric in scientific research. *Journal of Organizational Change Management*, 27(5), 807-818. doi:10.1108/JOCM-09-2014-0176
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris, France.

- Foucault, M. (2004). *Naissance de la biopolitique*. France: Seuil/Gallimard.
- Foucault, M. (2015). *Naissance de la clinique* (P. u. d. France Ed. 9e éd Quadrige ed.). Paris.
- Frohlich, J., Karp, S., Smith, M. D., & Sujansky, W. (2007). Retrospective: Lessons Learned From The Santa Barbara Project And Their Implications For Health Information Exchange. *Health Affairs*, 589-591.
- furrow, L., & Higman, D. (1995). Consultants: When to look outside for help. *Nursing Management*, 26(5).
- Gadamer, H.-G. (1996). *Vérité et Méthode. Les grandes lignes d'une herméneutique philosophique* Paris: Éditions du Seuil.
- Gadamer, H.-G. (1998). *Philosophie de la santé*. France: GRASSET & FASQUELLE.
- Gagnon, Y.-C. (2011). *L'étude de cas comme méthode de recherche* (2e édition ed.): PUQ.
- Garrety, K., McLoughlin, I., Dalley, A., Wilson, R., & Yu, P. (2016). National electronic health record systems as 'wicked projects': The Australian experience. *Information Polity*, 21(4), 367.
- Gartman, D. (2000). Why Modern Architecture Emerged in Europe, not America: The New Class and the Aesthetics of Technocracy. *Theory, Culture & Society*, 17(5), 75-96.
doi:10.1177/02632760022051400
- Gasparro, K., Zerjav, V., Konstantinou, E., & Casady, C. B. (2022). Vanguard Projects as Intermediation Spaces in Sustainability Transitions. *Project management journal*, 53(2), 196-210. doi:10.1177/87569728221077011
- Gaumer, B. (2006). L'intégration des services sociaux et des services de santé au Québec : du modèle à la réalité. *Lien social et politique* 55, 25-32.
- Gaumer, B. (2008). *Le système de santé et de services sociaux du Québec : une histoire récente et tourmentée, 1921-2006*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Gauthier, J.-B., & Ika, L. (2012). Foundation of project management research: an explicit and six-facet ontological framework. *Project management journal*, 43(5), 5-23.
- Gélinas, J. (2019). La théorisation ancrée en sciences de la gestion : pratiques de collecte et d'analyse de données de deux vagues successives d'exploration. *Approches inductives*, 6(1), 91-120.
- George D, S., Mugoya, G. C. T., Kirkpatrick, B., Kraemer, K., Bonner, F., & al., e. (2019). Interdisciplinary, Community, and Peer Leadership Approach to Addressing Housing

- Among People Living With HIV in the Rural South. *Housing Policy Debate*, 29(3), 462-474.
- Geraldi, J., & Lechter, T. (2012). Gantt charts revisited: A critical analysis of its roots and implications to the management of project today. *International Journal of Managing Projects in Business*, 5(4), 578-594.
- Geraldi, J., & Söderlund, J. (2018). Project studies: What it is, where it is going. *International Journal of Project Management*, 36(1), 55-70.
- Geraldi, J., Söderlund, J., & Marrewijk, A. (2021). Bright and Dark Spots in Project Studies: Continuing Efforts to Advance Theory Development and Debate. *Project management journal*, 52(3), 227-236. doi:10.1177/87569728211004064
- Giasson, L. (2019). The Best of Both Models: Key Components of a Successful Hybrid Project Management Office Model in a Health Care Organization. *The Health Care Manager*, 38(3).
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society*. United States: University of California Press.
- Giroux, É. (2009). Définir objectivement la santé : une évaluation du concept bio statistique de Boorse à partir de l'épidémiologie moderne. *Revue philosophique de la France et de l'étranger.*, 134(1), 35-58.
- Giroux, É. (2010). *Après Canguilhem: Définir la santé et la maladie*. France: Presses Universitaires de France.
- Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris: Editions de Minuit.
- Gomes, J., Romão, M., & Carvalho, H. (2022). Organisational maturity and project success in healthcare: the mediating effect of project management. *International Journal of Healthcare Technology & Management*, 19(2), 91-115.
- Gordon, A., & Pollack, J. (2018). Managing Healthcare Integration. *Project Management Journal*, 49(5), 5-21.
- Gouvernement du Québec. (1967). *Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social; Castonguay, Claude; Nepveu, Gérard*. Québec: Éditeur officiel du Québec
- Gouvernement du Québec. (2013). Arrivée des Augustines en Nouvelle-France. *Répertoire du patrimoine culturel du Québec*.
- Grenier, J., Bourque, M., & St-Amour, N. (2014). *L'évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec: La NGP ou le démantèlement progressif des services sociaux*: Université du Québec en Outaouais, Campus Saint-Jérôme.

- Griffith, A. F. (2001). Alignment during Preproject Planning. *Journal of Management in Engineering*, 17(2). doi:10.1061/(ASCE)0742-597X(2001)17:2(69)
- Griffith, K., & Strasser, P. (2010). Integrating Primary Care with Occupational Health Services: A Success Story. *AAOHN Journal*, 58(12), 519-523.
- Grondin, J. (2017). *L'herméneutique*. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- Gudlavalleti, V. S. M., Shukla, R., Batchu, T., S Malladi, B. V., & Gilbert, C. (2018). Public health system integration of avoidable blindness screening and management, India. *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*, 96(10), 705-715.
- Guillec, G. (1990). La gestion de la santé *Cahiers Internationaux De Sociologie*, 89, 355-376.
- Gurgur, C. Z., & Morley, C. T. (2008). Lockheed Martin Space Systems Company Optimizes Infrastructure Project-Portfolio Selection. *Interfaces*, 38(4), 251-262. doi:10.1287/inte.1080.0378
- Guzmán Ortiz, E., Andres, B., Fraile, F., Poler, R., & Ortiz Bas, Á. (2021). Fleet management system for mobile robots in healthcare environments. *14(1)*, 55-71. doi:10.3926/jiem.3284
- Hägerstrand, T. (1975). Space, Time and human conditions. In A. Karlqvist (Ed.), *Dynamic Allocation of Urban Space*. Farnborough: Saxon House.
- Hällgren, M. (2007). Beyond the point of no return. On the management of deviations. *International Journal of Project Management*, 25, 773-780.
- Hällgren, M. (2009). Mechanisms of deviations: observations of projects in practice. *International Journal of Managing Projects in Business*, 2(4), 611-625. doi:10.1108/17538370910991188
- Hallgren, M., & Söderlund, J. (2011). Project-As-Practice. New Approach, New Insights. In J. K. P. e. J. S. É. P.W.G. Morris (Ed.), *The Oxford Handbook of Project Management*. New York, États-Unis: Oxford University Press.
- Hamilton, M. R., & Gibson, G. E. (1996). Benchmarking Preproject Planning Effort. *Journal of Management in Engineering*, 12(2). doi:10.1061/(ASCE)0742-597X(1996)12:2(25)
- Haponava, T., & Al-Jibouri, S. (2009). Identifying key performance indicators for use in control of pre-project stage process in construction. *International Journal of Productivity and Performance management*, 58(2), 160-173. doi:10.1108/17410400910928743
- Harbour, M., & Gauthier, J.-B. (2020). *Complex polysemy and reflexivity in organizational research*. Retrieved from hal-01543416:

- Harris, S. B., Gerstein, H. C., Yale, J.-F., Berard, L., Stewart, J., & al., e. (2013). Can community retail pharmacist and diabetes expert support facilitate insulin initiation by family physicians? Results of the AIM@GP randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 13, 71.
- Harrison, M. I., Paez, K., Carman, K. L., Stephens, J., Smeeding, L., & al., e. (2016). Effects of organizational context on Lean implementation in five hospital systems. *Health Care Management Review*, 41(2), 127.
- Hébert, G., Sully, J.-L., & Nguyen, M. (2017). *L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec: État de situation et propositions alternatives*. Retrieved from Montréal:
- Heidegger, M. (1927). Sein und Zeit. *Jahrbuch für Phänomenologie und phänomenologische Forschung*. Edited by Edmund Husserl, 8, 1-438.
- Heidegger, M. (1986). *Être et Temps*. Paris: Gallimard.
- Heidegger, M. (1988). Bâtir, habiter, penser. In M. Heidegger (pp. 170-193). Paris: Gallimard.
- Heinrich, H., & Willis, E. (2014). Automated storage and retrieval system: a time-tested innovation. *Library Management*, 35(6/7), 444-453.
- Helfert, M. (2009). Challenges of business processes management in healthcare: Experience in the Irish healthcare sector. *Business Process Management Journal*, 15(6), 937-952.
- Hodgson, D., & Cicmil, S. (2006). Are projects real? : the PMBOK and the legitimization of project management knowledge In D. H. e. S. C. (Éds) (Ed.), *Making Projects Critical* (pp. 29-50). New York, États-Unis: Palgrave Macmillan.
- Hodgson, D., & Cicmil, S. (2008). The other side of projects: the case for critical project studies. *International Journal of Managing Projects in Business*, 1(1), 142-152.
- Hodgson, D., & Cicmil, S. (2016). Making projects critical 15 years on: a retrospective reflection (2001-2016). *International Journal of Managing Projects in Business*, 9(4), 744-751.
- Honneth, A. (2014). La théorie de la reconnaissance: une esquisse. *Revue du MAUSS*, 23(1), 133-136.
- Houston, S. (2012). Nursing's role in IT projects. *Nursing Management*, 43(1), 18.
- Hutton, A., & West, L. (2001). Scalability and sustainability: research experiment to operational service. *Library Management*, 22(1), 39-44.

- Iara Muller, B., Gabriel Ogata, P., Tanaka, M., Tanaka, S., & E., M. (2022). *PD60 What Are The Opportunities And Challenges To Implementing Value Based Healthcare Pilots In The Brazilian Private Healthcare System?*
 . Paper presented at the International Journal of Technology Assessment in Health Care, Cambridge.
- Ibrahim, A. D., Price, A. D. F., & Dainty, A. R. J. (2009). Evaluation of key practices under the Local Improvement Finance Trust (LIFT) initiative for UK healthcare facilities. *Engineering, Construction and Architectural Management*, 16(5), 504-518.
- Ika, L. (2009). Project Success as a Topic in Project Management Journals. *Project management journal*, 40(4), 6-19.
- Ika, L. A., & Saint-Macary, J. (2023). *Managing fuzzy projects in 3D : a proven, multi-faceted blueprint for overseeing complex projects*: McGraw Hill.
- Ipperciel, D. (1997). **Théorie des préjugés selon Descartes et Gadamer**. *Horizonz philosophiques*, 7(2), 43-57.
- Jacobsen, J. (2008). Teamwork Makes the Difference. *The Journal for Quality and Participation*, 31(3), 30-38.
- Jacobsson, M., & Söderholm, J. (2020). Project Studies Beyond the Straitjacket: An Escape Artist's Manual. *Project management journal*, 51(4), 411-419.
- Jaspers, K. (1970). *Essais Philosophiques*. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Jaspers, K. (2006). Le médecin à l'âge de la technique (1958). *Poésie*, 116(2).
- Jensen, A., Thuesen, C., & Geraldi, J. (2016). The projectification of everything. *Project management journal*, 47(3), 21-34.
- Jollivet, S. (2017). Critiques et ambivalence du recours à l'historicité chez Heidegger *Alter Revue de phénoménologie [En ligne]*. Retrieved from [http:// journals.openedition.org/alter/452](http://journals.openedition.org/alter/452)
- Jones, K. L., Hammer, A. L., Swenson, C., Appel, A., Phibbs, S., & al., e. (2008). Improving Adult Immunization Rates in Primary Care Clinics. *Nursing Economics*, 26(6), 404-407.
- Jullien, P. (2007). *Je suis déjà là: La structure de la relation entre homme et être dans Etre et Temps I de Martin Heidegger*: Peter Lang.
- Kari-Pekka, T., Haapasalo, H., & 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.

- Karsenti, T., & Savoie-Zajc, L. (2018). *La recherche en éducation : étapes et approches* [1 ressource en ligne (520 pages)](4e édition revue et mise à jour. ed.). Retrieved from http://epe.lac-bac.gc.ca/101/200/300/pum/recherche_education/9782760639331.pdf
<http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=http://www.jstor.org/stable/10.2307/j.ctv69sv3w>
<http://www.deslibris.ca/ID/479874>
<http://proxy.uqtr.ca/login.cgi?action=login&u=uqtr&db=ebsco&ezurl=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1919701>
- Klein, A. (2008). La santé comme norme de soin. *Philosophia Scientiæ*, 12-12.
- Kollányi, Z., & Horváth, G. (2021). Competence profile of Regional Health Network Managers. *European Journal of Public Health*, 31(3).
- Konstantinou, E., & Müller, R. (2016). The Role of Philosophy in Project Management *Project management journal*, 47(3), 3-11.
- Krause, I. (2019). Coworking spaces: Windows to the future of work? changes in the organizational model of work and the attitudes of the younger generation. *Foresight and STI Governance*, 13(2), 52-60. doi:10.17323/2500-2597.2019.2.52.60
- Kropf, R., & Scalzi, G. (2008). Great Project Management = IT Success. *Physician Executive*, 34(3), 38-40.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2023). *Qualitative Content Analysis: Methods, Practice and Software*: SAGE Publications.
- L, P. D., & Hirshfield, M. (2006). Project Planning for Health Care Software Implementations. *The Health Care Manager*, 25(4), 310-314.
- La Haye, D. (2007, 28 mai, 2007). Une marche pour dénoncer la crise de la santé *Le Droit*
- La Presse. (1973, 23 mars, 1973). Les Québécois de Hull sont "tannés de se faire soigner chez les Anglais. *La Presse*.
- Lafleur, C. (2012, 12 mai, 2012). L'Université McGill valorise la médecine familiale *Le Devoir*.
- Lamprou, E. (2017). Spatiality as Care: A Heideggerian Perspective on Sociomaterial Practices. *Organization Studies*, 38(12), 1733-1752.
- Langel, S. (2010). Averting Medical Malpractice Lawsuits: Effective Medicine-Or Inadequate Cure? *Health Affairs*, 29(9), 1565-1568.
- Langelier, G., Leblanc, P.-E., & Robitaille, M. (2013). *Santé Outaouais 2020 Disponibilité des soins et formation Au delà des petits pas*. Retrieved from Gatineau, Québec

- Langston, C. (2013). The impact of criterion weights in facilities management decision making: an Australian case study. *Facilities*, 31(7-8), 270-289. doi:10.1108/02632771311317448
- Larrivière, C. (2005). Les risques de la nouvelle gestion publique pour l'intervention sociale *Interaction communautaire*, 70(Automne).
- Lavoie, A. (1973, 24 mars 1973). \$19.1 millions pour l'Outaouais *Le Droit*.
- Lavoie-Tremblay, M., Bonneville-Roussy, A., Richer, M.-C., Aubry, M., Vezina, M., & al., e. (2012). Project Management Office in Health Care: A Key Strategy to Support Evidence-Based Practice Change. *The Health Care Manager*, 31(154).
- Le Blanc, G. (1998). *Canguilhem et les normes*. France: Presses Universitaires de France.
- Le Blanc, G. (2005). *L'esprit des sciences humaines*. Paris: Librairie philosophique J. Vrin.
- Le Collège des médecins de famille du Canada. (2017). *Les groupes d'intérêt en médecine familiale – Renforcer l'avenir de la médecine familiale*. Retrieved from Canada:
- Lee, E. (2010). Advancing health care on multiple fronts. *OR-MS Today*, 37(3), 20.
- Lefebvre, H. (1968). Forme, fonction, structure dans le capital. *L'Homme et la société*, 7(1), 69-81.
- Lefebvre, H. (1979). Le nécessaire et le possible dans la formation du mondial (Keynote adress). In A. A.-M. G. B. M. Pecujlic (Ed.), *Science and technology in the transformation of the world* (Vol. 2023). Japom: Université des Nations unies.
- Lefebvre, H. (2000). *La production de l'espace* (4e édition ed.). Paris: Anthropos.
- Legner, C., Pentek, T., & Otto, B. (2020). Accumulating Design Knowledge with Reference Models: Insights from 12 Years' Research into Data Management. *Journal of the Association for Information Systems*, 21(3), 735-770. doi:10.17705/1jais.00618
- Lemoine, M. (2013). Les concepts de santé et de maladie. *Medecine*, 9(6).
- Lesemann, F. (2002). PRÉFACE: VIRAGE AMBULATOIRE Virage Paradigmatique, Virage Éthique. In G. P. a. D. Côté (Ed.), *Le Virage Ambulatoire: Défis et Enjeux* (pp. VII-XIV). Montréal: Presse de l'Université du Québec
- Lin, B., & Umoh, D. (2002). E-healthcare: A vehicle of change. *American Business Review*, 20(2), 27-32.
- Lindkvist, L. (2006). Knowledge communities and knowledge collectivities. A typology of knowledge work in groups. *Journal of Management Studies*, 42(6), 1189-1210.

- Liu, S., & Wang, L. (2016). Influence of managerial control on performance in medical information system projects: The moderating role of organizational environment and team risks. *International Journal of Project Management*, 34(1), 102.
- Lo Presti, A., Manuti, A., De Rosa, A., & Elia, A. (2022). Developing a sustainable career through discourse: a qualitative study on a group of Italian project managers. *International Journal of Managing Projects in Business*, 15(8), 1-18. doi:10.1108/IJMPB-12-2020-0376
- Lotfi, R., Kargar, B., Gharehbaghi, A., Hazrati, H., Nazari, S., & Amra, M. (2022). Resource-constrained time–cost-quality-energy-environment tradeoff problem by considering blockchain technology, risk and robustness: a case study of healthcare project. *Environmental Science and Pollution Research*, 29(42), 63560-63576. doi:10.1007/s11356-022-20334-7
- Löw, M. (2008). The Constitution of Space The Structuration of Spaces Through the Simultaneity of Effect and Perception. *European Journal of Social Theory*, 11(1), 25-49.
- Lundin, R. A., & Söderlund, J. (1995). A theory of the temporary organization. *Scandinavian Journal of Management*, 11(4), 437-455.
- Mac Donald, K., Rezanian, D., & Baker, R. (2020). A grounded theory examination of project managers' accountability. *International Journal of Project Management*, 39, 27-35.
- Manning, S. (2008). Embedding projects in multiple contexts – a structuration perspective. *International Journal of Project Management*, 26(1), 30-37.
- Mansfield, E., Bhattacharyya, O., Christian, J., Naglie, G., Steriopoulos, V., & al, e. (2018). Physicians' accounts of frontline tensions when implementing pilot projects to improve primary care. *Journal of Health Organization and Management*, 32(1).
- Mantzavinos, C. (2013). Le cercle herméneutique : de quel type de problème s'agit-il ? *L'Année sociologique*, 63(2), 509-527. doi:10.3917/anso.132.0509
- Marquer, B. (2017). Broussais, François Joseph Victor. *Dictionnaire des naturalismes*.
- Marty, F. (2007). L'institution de soin : un espace psychique interne. *Psychotropes*, 13(1), 99-113.
- Mathrani, A., Wickramasinghe, S., & Jayamaha, N. (2022). An evaluation of documentation requirements for ISO 9001 compliance in scrum projects. *TQM Journal*, 34(5), 901-921.
- May, T., & Perry, B. (2017). *Reflexivity*: Thousand Oak : Sage publishing.

- McGill, U. (2023a). Faculté de médecine et des sciences de la santé *Admissions aux études médicales de premier cycle*. Retrieved from <https://www.mcgill.ca/medadmissions/fr/programmes/mdcm>
- McGill, U. (2023b). Faculté de médecine et des sciences de la santé Études médicales de premier cycle.
- McGill, U. (2023c). RUISSS McGill Établissements partenaires.
- McGill University. (2019). Études médicales de premier cycle / MDCM et programmes doubles / Structure du programme.
- McGuire, M. (2002). Managing Networks: Propositions on What Managers Do and Why They Do It. *Public Administration Review*, 62(5), 599-609.
- McIntosh, B., Sheppy, B., & Cohen, I. (2013). Illusion or delusion-Lean management in the health sector. *international Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(6), 482-492.
- Menzies, H. (1999). Digital Networks: The Medium of Globalization, and the Message. *Canadian Journal of Communication*, 24(4), 1-16. doi:10.22230/cjc.1999v24n4a1125
- Mercier, J. (2007a, 20-21 octobre). Assemblée générale de l'Association des omnipraticiens de l'Ouest du Québec- La pénurie va durer au-delà de 2016. *Le Droit* p. 4.
- Mercier, J. (2007b, 20 21 janvier, 2007). La coalition L'Outaouais à l'urgence renaît de ses cendres. *Le Droit*.
- Mercier, J. (2008). L'UQO pourrait se passer de McGill *Le Droit*
- Mercier, J. (2010a, 13 avril, 2010). Campus santé Outaouais engouement pour la formation médicale *Le Droit*
- Mercier, J. (2010b, 13 avril, 2010). Campus santé Outaouais engouement pour la formation médicale. *Le Droit*
- Mercier, J. (2010c, 29 avril, 2010). Dix médecins résidents à l'Unité de médecine familiale de Gatineau. *Le Droit*
- Mercier, J. (2012). Le CSSSG signe une entente avec l'UQO et McGill *Le Droit*, p. 2.
- Mercier, J. (2016a, 7 septembre, 2016). IMPLANTATION D'UNE FACULTE SATELLITE EN OUTAOUAIS Une formation médicale complète. *Le Droit*
- Mercier, J. (2016b, 22 septembre, 2016). LE DÉBAT SUR LA FACULTÉ DE MÉDECINE REBONDIT À QUÉBEC La CAQ «exige» le français. *Le Droit*

- Mercier, J. (2018, 3 novembre, 2018). LANGUE D'ENSEIGNEMENT À LA FACULTÉ SATELLITE DE MÉDECINE DE L'OUTAOUAIS Impératif français accuse McGill de « mentir » *Le Droit*
- Mercier, J. (2020a, 10 février, 2020). L'année préparatoire désormais Des étudiants de la faculté satellite de médecine de McGill passeront par l'UQO *Le Droit*
- Mercier, J. (2020b, 1 août, 2020). LES COURS DE LA FACULTÉ SATELLITE DE MÉDECINE DÉBUTENT LE 24 AOÛT Fébrilité médicale en Outaouais *Le Droit*
- Mercier, J. (2020c, 19 février, 2020). Une formation médicale en français de A à Z en Outaouais *La Tribune numérique*. Retrieved from <https://www.latribune.ca/2020/02/10/une-formation-medicale-en-fra...s-de-a-a-z-en-outaouais-c0eeb3457d84e9b1c99b78b7ae9d9bce?nor=true>
- Mercier, J. (2021, 3 mai, 2021). Le GMF universitaire de Gatineau s'installe dans ses nouveaux locaux. *Le Droit*. Retrieved from <https://www.ledroit.com/2021/05/03/le-gmf-universitaire-de-gatineau-sinstalle-dans-ses-nouveaux-locaux-e5441ad3a04e0ea3c810a924e96127a3/>
- Méthot, P.-O. (2016). «Introduction : Les concepts de santé et de maladie en histoire et en philosophie de la médecine», *Philosophie de la médecine. Revue Phares*, 16(Hiver 2016), 9-41.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2020). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook* (4e édition ed.): SAGE Publications.
- Miller, R. H., & Miller, B. S. (2007). The Santa Barbara County Care Data Exchange: What Happened? *Health Affairs*, 568-580.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *L'organisation et ses engagements* Québec: Gouvernement du Québec Retrieved from <https://www.quebec.ca/gouvernement/ministere/sante-services-sociaux/mission-et-mandats>
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2019). Portrait organisationnel du réseau.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux; Rochon, Jean*. Québec: Publications du Québec
- Mintzberg, H. (2011). *Le management Voyage au centre des organisations* (É. d'Organisation Ed.). Paris, France: Eyrolles.

- Mor, V., Piette, J., & Fleishman, J. (1989). Community-Based Case Management for Persons with AIDS. *Health Affairs*, 8(4), 139-153.
- Morris, P. W. G. (2010). Research and the future of project management. *International Journal of Managing Projects in Business*, 3(1), 139-146.
- Morris, P. W. G. (2013). *Reconstructing Project Management*. Chichester, Angleterre: Wiley-Blackwell.
- MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*. Québec: Gouvernement du Québec Retrieved from <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000020690.pdf>
- MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1998). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Rapport Rochon)*. Québec: Gouvernement du Québec
- MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2000). *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Les solutions émergentes. Rapport et recommandations (rapport Clair)*. Québec: Gouvernement du Québec
- MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec: Gouvernement du Québec
- MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009). *Regard sur le système de santé et des services sociaux du Québec*. Québec: Gouvernement du Québec
- Muir, J. (2014). Neoliberalising a divided society? The regeneration of Crumlin Road Gaol and Girdwood Park, North Belfast. *Local Economy*, 29(1-2), 52-64. doi:10.1177/0269094213516279
- Müller, R., & Jugdev, K. (2012). Critical success factors in projects: Pinto, Slevin, and Prescott – the elucidation of project success. *International Journal of Managing Projects in Business*, 5(4), 757-775. doi:10.1108/17538371211269040
- Müller-Doohm, S. (2018). *Jürgen Habermas. Une biographie*. Paris: Gallimard.
- Narayan, R., & Tidström, A. (2021). Leveraging resource ecologies for sustainability transitions – a waste management case. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 36(6), 881-892. doi:10.1108/JBIM-12-2019-0516
- Nietzsche, F. (1982). *Le gai savoir*. Paris: Gallimard.

- Nocker, M. (2006). The contested object: on projects as emergent space. In D. H. S. Cicmil (Ed.), *Making projects critical*. New York: Palgrave Macmillan.
- Nordenfelt, L. (2007). Understanding the concept of health In P. Nilsen (Ed.), *Strategies for health* (pp. 4-15).
- Nutting, P. A., Crabtree, B. F., Miller, W. L., Stange, K. C., Stewart, E., & al., e. (2011). Transforming Physician Practices To Patient-Centered Medical Homes: Lessons From The National Demonstration Project. *Health Affairs*, 30(3), 439-445.
- Obradovic, V., Jovanovic, P., Djordjevic, N., Beric, I., & Jovanovic, F. (2012). Using project management as a way to excellence in healthcare. *HealthMed*, 6(6), 2100-21007.
- Olsen, R. P. (1971). Can Project Management Be Defined? *Project Management Quaterly*, 2, 12-14.
- Organisation Mondiale de la Santé, O. (1948). Constitution de l'OMS. Retrieved from <https://www.who.int/fr/about/accountability/governance/constitution>
- Oseland, N., Marmot, A., Swaffer, F., & Ceneda, S. (2011). Environments for successful interaction. *Facilities*, 29(1-2), 50-62. doi:10.1108/026327711111101322
- Ott, K. M., Haddock, K. S., Fox, S. E., Shinn, J. K., Walters, S. E., Hardin, J. W., . . . Harris, J. L. (2009). The Clinical Nurse Leader: impact on practice outcomes in the Veterans Health Administration. *Nursing economic*, 27(6), 363-370.
- Ouimet, R. (2021, 27 décembre, 2021). La lutte pour un hôpital à Gatineau. *Le Droit numérique*. Retrieved from <https://www.ledroit.com/2021/12/27/la-lutte-pour-un-hopital-a-gatineau-a944df2bad047ba3bb9d789f2039e20c>
- Outaouais, U. d. Q. e. (2016, 6 septembre 2016). McGill et l'UQO signent une entente de collaboration pour le développement de programmes de formation en santé en Outaouais. Retrieved from <https://uqo.ca/nouvelles/12084>
- Ovretveit, J., Mittman, B., Rubenstein, L., & Ganz, D. A. (2017). Using implementation tools to design and conduct quality improvement projects for faster and more effective improvement. *international Journal of Health Care Quality Assurance*, 30(8), 755-768.
- Paavola, T. (2007). Justifying IT system investments. *International Journal of Healthcare Technology & Management*, 8(1).
- Packendorff, J. (1995). Inquiring into the temporary organization: New directions for project management research. *Scandinavian Journal of Management*, 11(4), 319-333. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/095652219500018Q>

- Paquette, J. (2018, 5 novembre, 2018). FACULTÉ SATELLITE DE MÉDECINE McGill manque de transparence selon Santé Outaouais -- *Le Droit*
- Paradis, J., & Gauthier, J.-B. (2018, juin). *Epistemological Foundations of the Objet-À-Projet as a Factor in the Definition of Projects. The Case of Project Management in the Health Services Sector*. Paper presented at the Congrès de l'EURAM 2018 - Research Methods & Research, Reykjavik, Islande.
- Paradis, J., & Gauthier, J.-B. (2019). *Health projects examined through the magnifying glass of Lefebvre and Heidegger's space-time architecture*. Paper presented at the Congrès de la 9e édition du Making Project Critical, Västerås, Suède.
- Parsons, T. (1964). The definition of health and illness in the light of American values and social structure. In *Social Structure and Personality* (pp. 339-357). New York: The Free Press.
- Parsons, T. (1975). The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 53(3), 257-278.
- Parsons, T. (1991). *The Social System*. London: Routledge.
- Patterson, T. E., Dinkin, D. R., & Champion, H. (2017). Team sponsors in community-based health leadership programs. *Leadership in Health Services*, 30(2), 171-183.
- Pedersen, E., & Huniche, M. (2011). Determinants of lean success and failure in the Danish public sector. *international Journal of Public Sector Management*, 24(5), 403-420.
- Peltokorpi, A., Alho, A., Kujala, J., Aitamurto, J., & Parvinen, P. (2008). Stakeholder approach for evaluating organizational change projects. *international Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(5), 418-434.
- Pénisson, G. (2008). *Le vivant et l'épistémologie des concepts Essai sur Le normal et le pathologique de Georges Canguilhem*. Paris: L'Harmattan.
- Perreault, J.-P., Laporte, M., Bouchard, E., & Allard, P. (2016). Non à McGill en Outaouais! *Le Devoir*. Retrieved from <https://www.ledevoir.com/opinion/libre-opinion/484183/non-a-mcgill-en-outaouais>
- Peters, D. H., Paina, L., & Schleimann, F. (2013). Sector-wide approaches (SWAps) in health: what have we learned? *Health Policy and Planning*, 28(8), 884.
- Phaneuf, M. (2013). L'approche « Lean » entre louanges et questionnements Margot Phaneuf. *Prendre soin*, 15.
- Pinto, J. K., & Slevin, D. P. (1988). Critical success factors across the project life cycle. *Project management journal*, 19(3), 67-74.

- Pinto, J. K., & Slevin, D. P. (1988a). Project success: Definitions and measurement techniques. *Project management journal*, 19(1), 67-72.
- PMI. (2017). *A Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBok Guide)* (5e édition ed.). Newtown Square, États-Unis: PMI.
- Pool, E., Poole, K., Upjohn, D., & Hernandez, J. (2019). 'AGILE' HELPING MAYO IMPROVE ITS PROJECTS. *Physician Leadership Journal*, 6(2), 34-38.
- Poursoltan, M., Masmoudi, M., & Albert, P. (2022). Application of Risk Management for Discrete Event Simulation Projects in Healthcare Systems. *Engineering Management Journal*, 34(1), 24-36.
- Povey, D., & Peach, N. (2013). Understanding and implementing strategic asset management at the University of Southern Queensland. *Facilities*, 31(7-8), 343-356.
doi:10.1108/02632771311317484
- Pradeau, J.-F. (1996). Des conceptions de l'espace. *Espaces Temps*, 62-63(Penser/figurer L'espace comme langage dans les sciences sociales), 50-58.
- Priest, K. C., Lobingier, H., McCully, N., Lombard, J., Hansen, M., & al., e. (2016). Expanding Continuous Quality Improvement Capacity in the Medical Intensive Care Unit: Prehealth Volunteers as a Solution. *Quality Management in Health Care*, 25(2), 79.
- Project Management Institute. (2021). *Project Management Body of Knowledge* (7th ed ed.). Newton Square PA, USA: Project Management Institute (PMI).
- Pronovost, P. J., Weaver, S. J., Berenholtz, S. M., Lubomski, L. H., Maragakis, L. L., & al., e. (2017). Reducing preventable harm: observations on minimizing bloodstream infections. *Journal of Health Organization and Management*, 31(1), 2-9.
- Provencher, O. (2016). Définir la santé et la maladie : le naturalisme de Boorse et l'analyse conceptuelle. *Revue Phares*, 16(Hiver 2016), 43-67.
- Pugalis, L. (2009). A Conceptual and Analytical Framework for Interpreting the Spatiality of Social Life. *FORUM Ejournal*, December 2009, 77-98.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Éditeur officiel du Québec, c. S-4.2 Cong. Rec. 266 (2023).
- Radio-Canada. (2014a). L'Outaouais pourrait avoir sa faculté de médecine en 2016. *Santé*. Retrieved from <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/651977/outaouais-faculte-medecine>

- Radio-Canada. (2014b, 31 janvier, 2014). L'Outaouais pourrait avoir sa faculté de médecine en 2016. *Santé*. Retrieved from <https://ici.radio-canada.ca/amp/651977/outaouais-faculte-medecine>
- Radio-Canada. (2020). « Une inauguration en deux temps » pour la Faculté de médecine de McGill en Outaouais. *Éducation*.
- Raisinghani, M. S. (2014). An Interview With Jonathan Overton, Director, Program Management Office, Cook Children's Health Care System, Fort Worth, Texas. *Journal of information technology case and application research*, 16(3-4), 168-171.
- Raphael, B. (2011). Multi-criteria decision making for collaborative design optimization of buildings. *Built Environment Project and Asset Management*, 1(2), 122-136.
- Ratnasingam, P. (2007). The Role of Project Management in a Small Business IT Firm: A Case Study. *Journal of Cases on Information Technology*, 9(3), 91-106.
- Renaud, M. (1981). Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État « narcissique. In R. Bozzini, Gaucher et Llambias-Wolf (Ed.), *Médecine et société. Les années 80*. Montréal: Les Éditions coopératives Albert Saint-Martin.
- Renaud, M. (1981). Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État « narcissique ». In L. E. d. c. r. A. S.-. Martin (Ed.), *Médecine et société. Les années 80* (pp. 513-549).
- Rheinhardt, A., Kreiner, G. E., Gioia, D. A., & Corley, K. G. (2018). The SAGE Handbook of Qualitative Business and Management Research Methods: History and Traditions. In. doi:10.4135/9781526430212
- Rioux Soucy, L. M. (2007, 5 juin). Santé: un statut particulier accordé à l'Outaouais *Le Devoir* p. A2.
- Riva, G., & Gramatica, F. (2003). From stethoscope to ambient intelligence: the evolution of healthcare. *International Journal of Healthcare Technology & Management*, 5(3), 268-283.
- Robinson, J., & Lefort, W. (2000). Costing clinical audit: preparing for clinical governance. *international Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(3), 111-117.
- Rocher, G. (1972). *Talcott Parsons et la sociologie américaine* (L. P. u. d. France Ed.). Paris, France.
- Rohani, M., Shafabakhsh, G., Haddad, A., & Asnaashari, E. (2018). Strategy management of construction workspaces by conflict resolution algorithm and visualization model. *Engineering, Construction and Architectural Management*, 25(8), 1053-1074. doi:10.1108/ECAM-08-2016-0183

- Rojot, J. (1998). La théorie de la structuration. *Gestion des ressources humaines*, 26-27, 5-19.
- Rosa, H. (2012). *Aliénation et accélération : vers une théorie critique de la modernité tardive*. Paris: La Découverte
- Sabourin, B. (2020, 17 octobre 202). Futur centre hospitalier affilié universitaire Un « mégahôpital » en Outaouais avant 2030 *Le Droit*
- Sage, D., Justesen, L., Dainty, A., Tryggestad, K., & Mouritsen, J. (2016). Organizing space and time through relational human–animal boundary work: Exclusion, invitation and disturbance. *Organization*, 23(3), 434-450. doi:10.1177/1350508416629449
- Saldana, J. (2016). *The coding manual for qualitative researchers* (L. A. Sage Ed.).
- Sanche, G., Audétat, M.-C., & Laurin, S. (2012). L'admission au programme de résidence en médecine familiale. *Le Médecin du Québec*, 47(9), 85-87.
- Santé et Services Sociaux du Québec. (2018, 05 avril 2018). Modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal - CHUM, CUSM, CHU Sainte-Justine.
- Sarriot, E., & Story, W. (2022). On learning about efforts to strengthen (and reduce harm to) systems for health. *Health Policy and Planning*, 37(4), 535-538.
- Schatzki, T. R. (1991). Spatial Ontology and Explanation. *Annals of the Association of American Geographers*, 81(4), 650-670.
- Schatzki, T. R. (2005). The Sites of Organizations. *Organization Studies*, 26(3), 465-484.
- Schatzki, T. R., Knorr-Cetina, K., & Savigny, E. (2001). *The Practice Turn in Contemporary Theory*. Retrieved from Retrieved from <https://proxybiblio.uqo.ca:2097/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=134021&lang=fr&site=ehost-live>
- Schepman, S., Valentijn, P., Bruijnzeels, M., Maaijen, M., de Bakker, D., & al., e. (2018). Do project management and network governance contribute to inter-organisational collaboration in primary care? A mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 18.
- Schepper, B., & Hébert, G. (2021). *Portrait des inégalités d'accès aux services de santé en Outaouais*. Retrieved from Montréal:
- Schlichter, B. R. (2010). Development of Trust During Large Scale System Implementation. *Journal of Cases on Information Technology*, 12(2).

- Schot, J., & Geels, F. W. (2008). Strategic niche management and sustainable innovation journeys: theory, findings, research agenda, and policy. *Technology Analysis & Strategic Management*, 20(5), 537-554. doi:10.1080/09537320802292651
- Schultze, U. (2014). IT project governance at Worthington Health-Care System. *Journal of Information Technology Teaching Cases*, 4(1), 1-10.
- Scott, J. (1990). *A matter of record : documentary sources in social research* Cambridge: Polity Press.
- Selg, R. A. (1993). Hazardous waste cost control management. *Cost Engineering*, 35(8).
- Sherer, S. (2012). St. Luke's University Health Network: Strategic Use of Health Information Technology. *Journal of Cases on Information Technology*, 14(2).
- Sherman, R. O. (2008). Factors Influencing Organizational Participation in the Clinical Nurse LeaderSM Project. *Nursing Economics*, 26(4), 236-241.
- Siden, H., & Urbanoski, K. (2011). Using network analysis to map the formal clinical reporting process in pediatric palliative care: a pilot study. *BMC Health Services Research*, 11, 343.
- Singhania, M., & Sharma, M. (2014). North DMC Medical College: innovative project management and new paradigm of development. *Decision*, 41(1), 117-134. doi:10.1007/s40622-014-0033-5
- Sinsky, C. A., Sinsky, T. A., Althaus, D., Tranel, J., & Thiltgen, M. (2010). 'Core Teams': Nurse-Physician Partnerships Provide Patient-Centered Care At An Iowa Practice. *Health Affairs*, 29(5), 966-968.
- Small, N., & Mannion, R. (2005). A hermeneutic science: health economics and Habermas. *Journal of Health Organization and Management*, 19(3), 219-235.
- Srinivasan, M. M., Best, W. D., & Chandrasekaran, S. (2007). Warner Robins Air Logistics Center Streamlines Aircraft Repair and Overhaul. *Interfaces*, 37(1), 7-21. doi:10.1287/inte.1060.0260
- Staber, U., & Sydow, J. (2002). Organizational Adaptive Capacity A Structuration Perspective. *Journal of management Inquiry* 11(4), 408-424.
- Stake, R. (1995). *he art of case study research*: Sage publishing.
- Story, W., Pritchard, S., Hejna, E., Olivas, E., & Sarriot, E. (2021). he role of integrated community case management projects in strengthening health systems: case study analysis in Ethiopia, Malawi and Mozambique. *Health Policy and Planning*, 36(6), 900-912.

- Sturiale, A., Chicca, L., & Gerosa, S. (2017). Don't Gamble With Uncertainty. *PM Network*, 31(10), 30-31.
- Swarnakar, V., Bagherian, A., & Singh, A. (2022). Modeling critical success factors for sustainable LSS implementation in hospitals: an empirical study. *The International Journal of Quality & Reliability Management*, 39(5), 1249-1280.
- Sweeting, P. (2002). Designing robotic systems for the healthcare industry. *The Industrial Robot*, 29(1), 15-19.
- Sydow, J. (2006). Managing projects in network contexts: a structuration perspective. In S. C. D. Hodgson (Ed.), *Making projects critical*. New York: Palgrave Macmillan.
- Tay, H. L., Singh, P. J., Bhakoo, V., & Al-Balushi, S. (2017). Contextual factors: assessing their influence on flow or resource efficiency orientations in healthcare lean projects. *Operations Management Research*, 10(3-4), 118-136.
- Thériault, C. (2007, 9 mai, 2007). Québec! On existe en Outaouais! . *Le Droit*
- Thor, J., Herrlin, B., Wittlov, K., Skar, J., & al, e. (2004). Getting Going Together: Can Clinical Teams and Managers Collaborate to Identify Problems and Initiate Improvement? *Quality Management in Health Care*, 13(2), 130-142.
- Timmermans, S., & Haas, S. (2008). Towards a sociology of disease. *Sociology of Health & Illness*, 30(5), 659-676.
- Timmermans, S., & Tietbohl, C. (2018). Fifty years of sociological leadership at Social Science and Medicine. *Social Science & Medicine*, 196, 209-215.
- Tomkins, L., & Simpson, P. (2015). Caring Leadership: A Heideggerian Perspective. *Organization Studies*, 36(8), 1013-1031.
- Tremblay, G., Pellerin, M., Asselin, G., Coulombe, M., & Rhains, M. (2018). *L'approche gériatrique globale pour une clientèle d'aînés fragilisés hospitalisés*. Retrieved from
- Trottier, S. (1991). La réforme Coté et les organismes communautaires. *Nouvelles pratiques sociales*, 4(1), 142-147.
- Trudel, M.-C., Paré, G., & Laflamme, J. (2012). Health information technology success and the art of being mindful: Preliminary insights from a comparative case study analysis. *Health Care Management Review*, 37(1), 31.
- Turgeon, J., Jacob, R., & Denis, J.-L. (2011). Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010). *Les Tribunes de la santé* 30(1), 57-85.

- Turner, J. R., & Müller, R. (2003). On the nature of the project as a temporary organization. *International Journal of Project Management*, 21, 1-8.
- Ullah Tareen, E., & Abu Omar, M. (1997). Community entry - an essential component of participation. *Health Manpower Management*, 23(3), 97-99.
doi:10.1108/09552069710166625
- Usher, S., Denis, J.-L., Breton, M., Côté-Boileau, E., & Prével, J. (2019). Un historique des réformes du système de santé au Québec Les instruments et leur impact. In *l'État québécois: où en sommes-nous?* (pp. 580). Robert Bernier Presses de l'Université du Québec.
- Vaishnavi, V., & Suresh, M. (2021). Assessment of readiness level for implementing lean six sigma in healthcare organization using fuzzy logic approach. *International Journal of Lean Six Sigma*, 12(2), 175-209.
- Vaishnavi, V., Suresh, M., & Dutta, P. (2019). Modelling the readiness factors for agility in healthcare organization: a TISM approach. *Benchmarking*, 26(7), 2372-2400.
- van der Hoorn, B. (2016a). The project-space model: visualising the enablers and constraints for a given project. *International Journal of Project Management*, 34, 173-186.
- Varul, M. Z. (2010). Talcott Parsons, the Sick Role and Chronic Illness. *Body & Society*, 16(2), 72-94. doi:10.1177/1357034x10364766
- Veitch, C., Lincoln, M., Bundy, A., Gallego, G., Dew, A., & al., e. (2012). Integrating evidence into policy and sustainable disability services delivery in western New South Wales, Australia: the 'wobbly hub and double spokes' project. *BMC Health Services Research*, 12, 70.
- Wakefield, J. (1992). The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *The American Psychologist*, 47(3), 373-388.
- Walter, M., Jousset, D., Traisnel, C., Berrouguet, C., & Lemey, C. (2019). Les racines philosophiques du « rester en lien » : la clinique du souci. *L'Encéphale*, 45, s3-s6.
- Walters, B. H., Adams, S. A., Nieboer, A. P., & Bal, R. (2012). Disease management projects and the Chronic Care Model in action: baseline qualitative research. *BMC Health Services Research*, 12, 114.
- Wellmer, A. (2014). On Critical Theory. *Social Research*, 81(3), 705-734.
- Whitehead, D. (2005). Project management and action research: two sides of the same coin? *Journal of Health Organization and Management*, 19(6), 519-531.

- Wilson, A. (2004). Hard hat heaven. *Journal of Property Management*, 69(7), 30-34.
- Wollan, G. (2003). Heidegger's philosophy of space and place *Norwegian journal of geography*, 57, 31-39.
- Yin, R. K. (2017). *Case Study Research and Applications* (T. Oaks Ed. 4th ed.). CA: Sage publishing
- Yoka, G. R. (2008). *Bulletin mensuel sur le marché du travail, région de l'Outaouais*. Retrieved from Québec
- Zawada, M., & Gaęała, D. (2021). An analysis of certification processes for Good Clinical Practice and project management competencies. *Journal of Economics & Management*, 43, 179-205.

Appendice A

Schéma d'entrevue médecin

Entrevue Médecin précepteur

Section 1

1. *Dans quel(s) milieu(x) pratiquez-vous?*
2. *Depuis combien d'année pratiquez-vous au CISSSO (en incluant toutes les déclinaisons de fusions menant à la structure actuelle)?*
3. *Comment les différentes fusions orchestrées par le MSSS ont-elles modifiées votre pratique de la médecine?*
4. *Depuis combien d'année supervisez-vous des étudiants de médecine, peu importe leur provenance?*

Section 2 Campus Outaouais - conceptualisation du projet

5. *Qu'avez-vous imaginé que serait, lors de son annonce, le projet de formation décentralisée complète en Outaouais?*
6. *Qu'en pensez-vous maintenant?*
7. *Ce projet correspond-il aux attentes de la population?*
8. a- *Quelle signification donnez-vous au nouvel édifice du Campus?*

b- *Lorsque vous êtes rendus sur les lieux -si vous y êtes allés- qu'avez-vous pensé*
9. a- *En quoi correspond-il à un endroit propice ou incomplet à l'apprentissage de la médecine?*

b- *Que pensez-vous des aménagements physiques faits dans les hôpitaux en lien avec la formation des étudiants du Campus Outaouais de McGill (les petites salles aménagées sur 2 unités de soins dédiées pour l'enseignement)*
10. *Comment le projet du Campus Outaouais comme pilier de la santé en Outaouais change-t-il la dynamique des projets dans le CISSSO?*

Section 3 Conceptualisation de la santé

11. *Quelle est votre définition de la santé?*
12. *Est-ce la même que vous donneriez à un étudiant que vous supervisez? Sinon, laquelle donneriez-vous?*

13. *Comment définissez-vous la maladie?*
14. *Est-ce la même que vous donneriez à un étudiant que vous supervisez? Sinon, laquelle donneriez-vous?*
15. a- *Que pensez-vous de la définition de l’OMS? – en faire la lecture*
- b- *Comment est-elle en phase avec le système de soin au Québec? en Outaouais?*
16. *Comment le Projet du Campus Outaouais peut-il améliorer la santé de la population en Outaouais?*
17. *Comment est-ce que le Projet du Campus Outaouais s’arrime-t-il à votre définition de la santé? De la maladie?*

Section 4 Relation de soin

18. *Qu’est-ce qu’un patient?*
19. *Quelle est votre conception de l’enseignement de la médecine?*
20. *Quelle place occupe le patient dans votre conception de l’enseignement de la médecine?*
21. *Pensez-vous que votre pratique de la médecine n’existe que parce qu’un malade vient vous consulter?*
22. *Décririez-moi en quoi consiste les grands principes qui gouvernent vos pratiques de soins?*
23. *Comment l’enseignement de la médecine change-t-elle cette pratique ?*
24. *Quels sont les principes qui gouvernent votre relation en tant que médecin avec votre patient?*
25. *Comment l’enseignement de la médecine module vos relations en tant que médecin avec vos patients?*
26. *Comment votre pratique est-elle modulée par la présence d’étudiants?*
27. *Décrivez-moi, en contexte de soin, le triangle que forment, le patient, l’étudiant et vous.*

Appendice B

Schéma d'entrevue gestionnaire

Guide d'entrevue semi-structurée
Gestionnaire

Quelle est votre occupation au campus Outaouais: _____

Section 1 Généralités

1. Depuis combien d'année êtes-vous dans le réseau de la santé?
2. Depuis combien d'année travaillez-vous au campus Outaouais?
3. Comment le projet a-t-il changé votre quotidien?

Section 2 Campus Outaouais impact organisationnel

1. Pouvez-vous me dire comment la venue de 24 étudiants de première année a entraîné une réorganisation au CISSSO?
2. Quelle importance donnez-vous au nouvel édifice du Campus?
3. En quoi ces espaces contribuent à l'attraction de nouveaux candidats?
4. Comment le projet s'aligne-t-il avec les politiques du CISSSO? Du MSSS?

Section 3 Sens à donner au nouvel édifice

1. En quoi le campus est-il une extension de l'hôpital?
2. Quelles stratégies sont mises en place pour que les étudiants s'approprient les lieux?
3. En quoi les espaces contribuent-ils à l'implantation d'une culture liée à l'éducation, la recherche et l'innovation afin de mieux desservir la population de l'Outaouais?
4. De quelle façon l'étudiant peut-il faire le lien entre ces espaces et le soin au patient?

Appendice C

Formulaire de consentement médecin



Case postale 1250, succursale Hull
Gatineau (Québec) J8X 3X7
www.uqo.ca/ethique
Comité d'éthique de la recherche



**Formulaire de consentement
(Médecins précepteurs)**

Le projet de soin et la structuration des relations entre le médecin et son patient: le cas du Campus McGill-Outaouais

**Johanne Paradis
Chercheur et étudiante au programme de doctorat en gestion de projet**

**Jacques-Bernard Gauthier, Ph.D.
Professeur, département des sciences administratives, directeur de thèse**

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre qui poursuit deux objectifs. Le premier objectif consiste à bâtir un cadre théorique qui rend compte de l'influence des projets de soin sur la relation entre le médecin et son patient. Afin de soumettre à l'épreuve des faits les fruits du premier objectif, nous proposons un second (2) objectif : explorer empiriquement les effets levier du projet de soin à la création de relations entre le médecin et son patient. Nous sollicitons votre participation en vue d'atteindre le second objectif de la recherche. Les participants ciblés pour cette recherche sont les précepteurs des étudiants en médecine de même que des gestionnaires qui ont pris part au développement du Campus Outaouais. Le seul critère d'inclusion pour pouvoir prendre part à cette recherche est d'encadrer ou d'avoir encadré, à titre de précepteur un étudiant en. Nous espérons recruter 20 médecins.

Votre participation au projet de recherche consiste à prendre part à un entretien d'environ quarante-cinq (45) minutes. Les entrevues se feront dans le respect des règles liées au Covid-19 émises par l'Université du Québec en Outaouais, et la Direction de l'enseignement, des relations universitaires et de la recherche du CISSS de l'Outaouais. Elles pourraient donc se dérouler par rencontre virtuelle par Zoom, ou par téléphone, le tout selon la convenance du participant.

Seulement l'audio de ces entrevues sera enregistré avec l'application Dictaphone de Apple version 2.1 puis retranscrit. La collecte de l'information (entrevue et retranscription) sera réalisée par la chercheuse. La confidentialité des données 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 Outaouais*. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification. En effet, les informations recueillies auprès des participants, seront identifiés par un code numérique. Seule la chercheuse connaîtra l'identité du participant associé aux codes numériques. Les enregistrements audio seront effacés du disque dur du chercheur une fois la retranscription des verbatim terminée.

* Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au *Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications*.

Les résultats seront diffusés à par l'entremise d'une thèse, mais également d'articles et de conférences. Les données numériques recueillies seront conservées sur l'ordinateur de la chercheuse qui est protégé par un mot de passe. Cet ordinateur, tout comme le reste des données sur support papier, seront conservés dans le bureau de la chercheuse. Une fois la recherche terminée, les données seront archivées électroniquement et conservées 5 ans dans le bureau de la chercheuse. Au terme des 5 années, les données électroniques seront effacées définitivement du disque sur lequel elles auront été archivées. Les données sur support papier seront déchiquetées. Les données électroniques seront effacées définitivement du disque sur lequel elles auront été archivées à l'aide de l'application : ~~FonsPaw MacMaster~~.

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. Le cas échéant vos données numériques seront détruites définitivement des supports électroniques et les données en format papier seront déchiquetées. Les risques associés à votre participation sont minimaux : les informations recueillies ne seront utilisées qu'aux fins de l'atteinte des objectifs poursuivis par la recherche. Conséquemment, il n'est nullement question que les informations acquises au cours de la recherche servent à un autre contexte (évaluation de performance, appréciation de la qualité de votre travail, etc.) que celui du présent projet de recherche. Le seul inconvénient est le temps passé à participer à l'entrevue, soit environ 45 minutes. Votre contribution servira à l'avancement des connaissances sur la gestion des projets en santé ainsi que sur les changements clinico-organisationnels et les relations entre le médecin et son patient qu'ils peuvent médiatiser.

Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée

Ce projet de recherche a reçu l'approbation des comités d'éthique de la recherche (CER) de l'Université du Québec en Outaouais, et du CISSS de l'Outaouais. Ces comités d'éthiques assureront un suivi auprès du projet et approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement ainsi qu'au protocole de recherche. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Johanne Paradis 819-966-6200 poste 335066 ou johanne.paradis@ssss.gouv.qc.ca. Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec André Durivage (andre.durivage@uqo.ca), président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, avec le bureau d'éthique de la recherche du CISSSO (07_Cisssso_CRecherche@ssss.gouv.qc.ca; téléphone : 819 966-6171 poste 333823).

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant 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 aux coordonnées suivantes :

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais 105, boulevard Sacré-Cœur

Gatineau (Québec) J8X 1C5

819 771-4179 (sans frais : 1 844 771-4179) Tel :819 771-7611

commissairesauxplaintes@ssss.gouv.qc.ca.

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. Si vous souhaitez la destruction de vos données, prière de communiquer

avec Johanne Paradis par courriel johanne.paradis@ssss.gouv.qc.ca. Le cas échéant vos données numériques seront détruites définitivement des supports électroniques à l'aide de l'application ~~FonePaw~~ ~~MacMaster~~.

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.

Je consens à l'enregistrement audio de l'entrevue avec le chercheur :

Oui

Non

Le formulaire est signé en deux (2) exemplaires et j'en conserve une copie.

CONSENTEMENT À PARTICIPER AU PROJET DE RECHERCHE :

Nom du participant : _____ Signature du participant : _____

Date : _____

Nom du chercheur : _____ Signature du chercheur : _____

Date : _____

Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il 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 et datée au participant.

Signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

Appendice D

Formulaire de consentement gestionnaire



Case postale 1250, succursale Hull
Gatineau (Québec) J8X 3X7
www.uqo.ca/ethique
Comité d'éthique de la recherche

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de l'Outaouais

Québec

Formulaire de consentement (Gestionnaires)

Le projet de soin et la structuration des relations entre le médecin et son patient: le cas du Campus McGill-Outaouais

Johanne Paradis
Chercheur et étudiante au programme de doctorat en gestion de projet

Jacques-Bernard Gauthier, Ph.D.
Professeur, département des sciences administratives, directeur de thèse

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre qui poursuit deux objectifs. Le premier objectif consiste à bâtir un cadre théorique qui rend compte de l'influence des projets de soin sur la relation entre le médecin et son patient. Afin de soumettre à l'épreuve des faits les fruits du premier objectif, nous proposons un second (2) objectif : explorer empiriquement les effets levier du projet de soin à la création de relations entre le médecin et son patient. Nous sollicitons votre participation en vue d'atteindre le second objectif de la recherche. Les participants ciblés pour cette recherche sont les étudiants de première année de médecine au Campus Outaouais, les médecins précepteurs du cours *d'expérience longitudinale de la médecine familiale*, de même que des gestionnaires qui ont pris part au développement du Campus Outaouais. Nous espérons recruter 3 gestionnaires dont le seul critère d'inclusion à l'étude est d'avoir participé au développement du Campus Outaouais, soit au niveau académique ou administratif.

Votre participation au projet de recherche consiste à prendre part à un entretien d'environ quarante-cinq (45) minutes. Les entrevues se feront dans le respect des règles liées au Covid-19 émises par l'Université du Québec en Outaouais, la faculté de Médecine de McGill, la Direction de l'enseignement, des relations universitaires et de la recherche du CISSS de l'Outaouais. Elles pourraient donc se dérouler par rencontre virtuelle par Zoom ou par téléphone, le tout selon la convenance du participant.

Seulement l'audio de ces entrevues sera enregistrée avec l'application Dictaphone de Apple version 2.1 puis retranscrit. La collecte de l'information (entrevue et retranscription) sera réalisée par la chercheuse. La confidentialité des données 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 Outaouais*. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification. En effet, les informations recueillies auprès des participants, seront

* Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au *Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications*.

identifiés par un code numérique. Seule la chercheur connaîtra l'identité du participant associé aux codes numériques. Les enregistrements audios seront effacés du disque dur du chercheur une fois la retranscription des verbatim terminée.

Les résultats seront diffusés à par l'entremise d'une thèse, mais également d'articles et de conférences. Les données numériques recueillies seront conservées sur l'ordinateur de la chercheuse qui est protégé par un mot de passe. Cet ordinateur, tout comme le reste des données sur support papier, seront conservés dans le bureau de la chercheuse. Une fois la recherche terminée, les données seront archivées électroniquement et conservées 5 ans dans le bureau de la chercheuse. Au terme des 5 années, les données électroniques seront effacées définitivement du disque sur lequel elles auront été archivées. Les données sur support papier seront déchetées et les données électroniques seront effacées définitivement du disque sur lequel elles auront été archivées à l'aide de l'application : ~~FonePaw MacMaster~~.

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. Le cas échéant vos données numériques seront détruites définitivement des supports électroniques et les données en format papier seront déchetées selon le protocole de recherche. Les risques associés à votre participation sont minimaux : les informations recueillies ne seront utilisées qu'aux fins de l'atteinte des objectifs poursuivis par la recherche. Conséquemment, il n'est nullement question les informations acquises au cours de la recherche servent à un autre contexte (évaluation de performance, appréciation de la qualité de votre travail, etc.) que celui du présent projet de recherche. Le seul inconvénient est le temps passé à participer à l'entrevue, soit environ 45 minutes. Votre contribution servira à l'avancement des connaissances sur la gestion des projets en santé ainsi que sur les changements clinico-organisationnels et les relations entre le médecin et son patient qu'ils peuvent médiatiser.

Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée

Ce projet de recherche a reçu l'approbation des comités d'éthique de la recherche (CER) de l'Université du Québec en Outaouais, de l'Université McGill et du CISSS de l'Outaouais. Ces comités d'éthiques assureront un suivi auprès du projet et approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement ainsi qu'au protocole de recherche. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Johanne Paradis 819-966-6200 poste 335066 ou johanne.paradis@ssss.gouv.qc.ca. Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec André Durivage (andre.durivage@uqo.ca), président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, avec le bureau d'éthique de la recherche du CISSSO (07_Cisso_CRecherche@ssss.gouv.qc.ca; téléphone : 819 966-6171 poste 333823) ou avec le Bureau de soutien aux opérations Campus Outaouais Faculté de médecine et des sciences de la santé (819 966-6525 poste 352540). Pour toute question concernant vos droits en tant que participant 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 aux coordonnées suivantes :

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais 105, boulevard Sacré-Cœur
Gatineau (Québec) J8X 1C5
819 771-4179 (sans frais : 1 844 771-4179) Tel :819 771-7611
commissairesauxplaintes@ssss.gouv.qc.ca.

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. Si vous souhaitez la destruction de vos données, prière de communiquer avec Johanne Paradis par courriel johanne.paradis@ssss.gouv.qc.ca. Le cas échéant vos données numériques seront détruites définitivement des supports électroniques à l'aide de l'application ~~FonePaw~~ ~~MacMaster~~.

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.

Je consens à l'enregistrement audio de l'entrevue avec le chercheur :

Oui

Non

Le formulaire est signé en deux (2) exemplaires et j'en conserve une copie.

CONSENTEMENT À PARTICIPER AU PROJET DE RECHERCHE :

Nom du participant : _____ Signature du participant : _____

Date : _____

Nom du chercheur : _____ Signature du chercheur : _____

Date : _____

Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il 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 et datée au participant.

Signature du chercheur responsable du projet de recherche Date

