UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN GESTION DE PROJET

PAR

ABDULLAH AFZAL

LE PROJET CLINIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC – ÉTAT DE LA SITUATION DIX ANS APRÈS ET LEÇONS À TIRER POUR LES RÉFORMES À VENIR

DÉCEMBRE 2015

Table des matières

Liste des figures iv
Liste des tableaux v
Liste des acronymes et abréviations vi
Remerciements vii
Résumé viii
INTRODUCTION 1
1. Le système de santé au Québec : retour sur la réforme de 2004 pour mieux envisager les réformes à venir 3
2. Le Projet Clinique 8
2.1 Cadre logique et Projet Clinique (projet clinique) 15
2.1.1 Finalité du Projet Clinique 16
2.1.2 Buts du Projet Clinique 18
2.1.3 Principaux Extrants – Biens livrables. 21
2.1.4 Les intrants 32
2.2 Parties prenantes 34
2.3 Enjeux du Projet Clinique 39
3. Objectif général de la recherche 43
CHAPITRE I - PROBLÈME SPÉFICIQUE DE LA RECHERCHE 45
1. Recension des écrits 46
1.1 Recensions des écrits scientifiques sur la gestion de projet dans le secteur de la santé 47
1.2 Articles supprimés 50
1.3 Technologie de l'information (TI) 54
1.4 Administration hospitalière 62
1.5 Soins et services de santé clinique, services de santé publique et services sociaux ... 70
1.6 Construction 75
1.7 Les grands principes de gestion de projet et leur applicabilité au secteur de la santé 81
2. Spécifications de l'objectif de la recherche 88
CHAPITRE II - CADRE DE RÉFÉRENCE THÉORIQUE 96

1. Project Management Institute et son PMBOK 97
2. La gestion de projet et le secteur de la santé au Québec 99
3. Concepts théoriques mobilisés dans la présente recherche 100
4. Objectif du projet clinique - ACCESSIBILITÉ 107
5. Objectif du projet clinique – CONTINUITÉ 120
6. Objectif du projet clinique - QUALITÉ 131
7. Les livrables du projet clinique et les connaissances en management de projet 147
CHAPITRE III - CADRE MÉTHODOLOGIQUE 151
1. Démarche méthodologique 152
1.1 L'analyse documentaire comme approche de recherche 152
1.2. Les rapports annuels de gestion des centres de santé et services sociaux (CSSS) (matériaux de recherche) 155
1.3 Un échantillonnage des rapports annuels de gestion des CSSS 156
1.4 Traitement du matériau 159
CHAPITRE IV – RÉSULTATS ET INTERPRÉTATIONS 162
1. Projet Clinique – État de la situation provinciale 164
1.1 Objectifs suivis par le Projet Clinique (Accessibilité, Continuité, Qualité) 167
1.2 La gestion des projets cliniques et les domaines de connaissances du PMI 172
1.2.1 Management de l'intégration 175
1.2.2 Management du contenu 176
1.2.3 Management de la qualité 178
1.2.4 Management des ressources humaines 180
2.3.4 Management des communications 181
1.2.5 Management des parties prenantes - Planifier le management des parties prenantes 183
1.2.6 Les domaines de connaissances manquantes dans les rapports annuels des CSSS 185
CHAPITRE V - DISCUSSION 188
CONCLUSION 201
RÉFÉRENCES 215

Liste des figures

Figure 1. Liens entre mécanismes, approches et modèles 24

Figure 2. Recension des écrits - Catégories d'articles 49

Figure 3. Recensions des écrits – Pourcentage des articles par catégories 50

Figure 4. Découpage régional sociosanitaire du Québec 157

Figure 5 Comptes rendus de la gestion des Projets Cliniques au fil du temps 165

Figure 6. Projet clinique dans les régions sociosanitaires.....167

Liste des tableaux

Tableau 1. Projet Clinique (Cadre logique)……...12

Tableau 2. Indicateurs de la performance du système de santé et services sociaux ……17

Tableau 3. Description des programmes-services (source : MSSS, 2004A)……31

Tableau 4. Articles supprimés……52

Tableau 5. Technologie de l'information……58

Tableau 6. Administration hospitalière ……67

Tableau 7. Soins et services de santé clinique/services de santé publique/services sociaux ……73

Tableau 8. Construction ……79

Tableau 9. Les grands principes de gestion de projet et leur applicabilité au secteur de la santé……86

Tableau 10. Domaines de connaissances en management de projet et processus de base (Le Guide PMBOK, 2013)……103

Tableau 11. Objectif du projet clinique - ACCESSIBILITÉ……118

Tableau 12. Objectif du projet clinique – CONTINUITÉ ……130

Tableau 13. Objectif du projet clinique – QUALITÉ……145

Tableau 14. Domaine de connaissances en gestion de projet et les livrables du projet clinique ……150

Tableau 15. Gestion du projet clinique vs objectifs ciblés……168

Tableau 16. Références faites aux domaines de GP dans les rapports selon les livrables ……174

Liste des acronymes et abréviations

ASSS : Agence de la santé et des services sociaux

CH : Centre hospitalier

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

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaires

CSBE : Commissaire à la santé et au bien-être

IOV : Indicateurs de performance objectivement vérifiables

MDV : Moyens de vérification

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

PMI : Project Management Institute

RLS : Réseau local de services de santé et de services sociaux

Remerciements

Ce mémoire a pu être réalisé grâce à l'aide de nombreuses personnes à qui je tiens à exprimer mes sincères et profonds remerciements.

Ma reconnaissance et ma gratitude s'adressent en tout premier lieu à Monsieur le professeur Jacques-Bernard Gauthier, mon Directeur de mémoire. Il m'a consacré un temps précieux et m'a encouragé à aller plus loin et toujours pousser ma pensée. Ses conseils, ses connaissances et sa rigueur m'ont aidé à réaliser ce mémoire avec succès. Mille mercis pour ce soutien indéfectible.

Je remercie tous les professeurs et le personnel à l'Université du Québec en Outaouais qui m'ont procuré les outils nécessaires pour réussir mes études ainsi que mon mémoire. J'adresse un remerciement tout spécial aux professeures Julie Bérubé et Ana Davila-Gomèz qui ont consacré de leur temps à l'évaluation de mon mémoire.

Je remercie Mademoiselle Stéphanie Guérin et Madame Danielle Lefrançois pour leur soutien et pour leur lecture assidue et leur travail de correction tout au long de la rédaction de mon mémoire.

Je voudrais aussi exprimer ma reconnaissance envers les membres de ma famille, mes amis et mes collègues qui m'ont apporté leur support moral et intellectuel tout au long de ma démarche.

Enfin, un grand merci affectueux à mon épouse, Myriam Guérin, pour son soutien et sa patience dans toutes les étapes de mes études. Merci milles fois.

Résumé

En 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec (réforme 2004) prend un tournant dans le domaine de la santé en proposant le projet et la gestion de projet comme levier à l'aboutissement de ses objectives. La présente recherche vise à comprendre comment les connaissances produites en gestion de projet (Project Management Institute) peuvent constituer un levier dans l'atteinte des objectifs stratégiques des politiques en santé du gouvernement du Québec (accessibilité, continuité, qualité) tout en augmentant l'efficacité et l'efficience du système de santé québécois. Il est question de l'état de la situation dix ans après la réforme de 2004 et tire également des leçons pour la réforme de 2015. Un total de 324 rapports annuels de 81 CSSS (2008-2009 à 2011- 2012) ont été analysés. Le projet clinique est abordé dans 65 % des rapports (210 sur 324). Seulement 10 % de ces rapports font référence directement à l'utilisation d'une ou plusieurs méthodes de gestion de projet comme le décrit le Project Management Institute. Depuis dix ans, les CSSS ont de la difficulté à implanter le projet clinique. Il est autant plus évident que les méthodes de gestion de projet pour mener le projet clinique sont presque inexistantes. Le gouvernement du Québec est loin d'atteindre les objectifs stratégiques des politiques en matière de santé qui sont souhaités depuis 2004. Il est proposé, pour la réforme à venir (2015), d'établir des politiques, des procédures et un cadre de référence incluant les méthodes adéquates de gestion de projet afin d'atténuer les risques et d'atteindre les objectifs du Projet Clinique.

INTRODUCTION

La société d'aujourd'hui se tourne grandement vers la protection des droits et libertés de toute la population. Cela est aussi vrai en ce qui concerne l'accès aux services assurant les besoins fondamentaux de l'existence comme la santé. De fait, les exigences de la population en ce qui a trait au bien-être social et au bien-être global de la population se font de plus en plus grandissantes. En même temps, la population demande aux organisations publiques ou privées d'être de plus en plus efficaces pour répondre aux demandes et besoins de cette dernière. Peu importe le secteur concerné, une organisation doit sa raison d'être aux produits ou aux services qu'elle s'applique à fournir. Dans les dernières années, plusieurs organisations ont favorisé la gestion de projet et le projet comme mode de gestion afin d'atteindre efficacement leurs objectifs. Le projet devient alors un atout, un levier et un moyen qu'utilisent les différentes formes d'organisations pour atteindre une efficacité et productivité plus grandes, le tout motivé par une mondialisation accrue. De plus, l'approche projet est le véhicule par lequel les organisations mettent en œuvre le changement (Chiocchio, Beaulieu, Boudrias, Rousseau, Aubé, et Morin, 2010). En somme, la gestion de projet gagne en popularité dans les pays occidentaux, et dans la foulée du ''Nouveau Management Public'', le secteur de la santé n'échappe pas à cette tendance.

1. Le système de santé au Québec : retour sur la réforme de 2004 pour mieux envisager les réformes à venir

Au Canada, et plus spécifiquement au Québec, les gouvernements, toutes juridictions confondues, sont préoccupés par l'augmentation des dépenses de l'État, ceci étant particulièrement vrai en ce qui concerne les services sociaux et de santé. De fait, le budget de 2012-2013 du ministère de la Santé et des Services sociaux s'élève à 30 milliards de dollars. C'est donc dire qu'au Québec 43 % de toutes les dépenses du gouvernement sont consacrées aux programmes de services sociaux et de santé. Plus de 10 % de la main-d'œuvre active du Québec travaille dans l'ensemble du secteur sociosanitaire (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). Plusieurs types de ressources sont nécessaires (humaines, matérielles, techniques et financières) dans la mise en œuvre de la production et de l'utilisation des services du réseau de la santé dans un environnement changeant. La façon de faire évolue en santé et les changements nous forcent à mettre à profit la participation des différents acteurs concernés pour arriver à offrir à une population déterminée des services sociaux et de santé adaptés à ses besoins de plus en plus complexes et variés. Ainsi, les obstacles et les problématiques propres au secteur de la santé au Québec sont nombreux.

L'accroissement des dépenses dans le réseau des services de santé et des services sociaux durant les années 90 et le début des années 2000 a amené le gouvernement du Québec à reformuler sa vision et ses objectifs afin de répondre aux nombreux problèmes qui touchent les services et le financement. Dès lors, la « modernisation » du système de

santé, une révision de la gouvernance et l'affiliation avec le secteur privé pour certains services deviennent incontournables (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000). L'adoption de la *Loi sur la santé publique* a eu pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place des conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population en général (*Loi sur la santé publique, 2001*). La surveillance continue, la prévention, la promotion et la protection de la santé de la population deviennent les nouveaux objectifs du gouvernement du Québec. Avec le projet de loi 25 (présenté en 2003), la responsabilité et l'imputabilité des institutions deviennent des enjeux de premier plan, et la réforme de 2004 « marque une avancée de la décentralisation du système au profit du palier local, pour la première fois clairement institué » (Fleury, Tremblay, Nguyen et Bordelau, 2007, p.12).

Des actions concrètes ont été posées en fonction de cette approche appelée « populationnelle ». En effet, en 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a modifié substantiellement l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux afin de rapprocher les services de la population, de faciliter le cheminement des patients, et enfin, d'assurer une meilleure prise en charge des gens dans le besoin. Selon Fleury *et al.*, (2007, p. 12), « la réforme [2004] visait à résoudre des problèmes criants du réseau sociosanitaire, depuis longtemps identifiés, reliés à l'accessibilité et à la continuité des services à la population, et ciblant particulièrement la clientèle vulnérable ». Le Projet Clinique a été conçu comme étant un moyen d'atteindre des objectifs ciblés; ainsi, il est le pivot stratégique de la réforme du système de santé au Québec de 2004.

La *Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* de 2004, loi supplantée par la *loi 10* en 2015, décernait la responsabilité aux agences de santé (18 agences réparties dans toute la province) de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région basé sur des réseaux locaux de services (RLS). De plus, la création de 94 centres de santé et de services sociaux (CSSS) résultant de la fusion des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans certains cas, de centres hospitaliers (CH) se voulaient la fondation des RLS, qui de leur part assuraient l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population d'un territoire donné (MSSS, 2004a).

Les fusions des institutions visaient à assurer une meilleure intégration et une synchronisation accrues de l'offre des soins et des services en santé au Québec. En effet, une planification et une coordination permettent de rationaliser l'offre de services, d'éliminer les dédoublements et les chevauchements, de réduire la fragmentation, d'améliorer l'efficience et la cohérence du système de santé au Québec (Fleury *et al.*, 2007). Conséquemment, la performance organisationnelle (accessibilité, continuité et qualité des services de santé) ainsi que la réponse aux besoins locaux et au bien-être de la population passent forcément par l'intégration des services. En 2004, le projet clinique est alors promu comme modalité d'intégration des services de santé. Autrement dit, jusqu'à la réforme Barette de 2015, le projet clinique constituait une modalité aux besoins locaux et au bien-

être de la population[1] et, par le fait même, devait servir de véritable levier à la performance du système de santé.

À l'époque, cette nouvelle façon de faire semblait de plus en plus s'imposer, compte tenu du fait que les besoins de la population prenaient graduellement le pas sur les enjeux structuraux du système de santé, et ce, particulièrement avec le Projet Clinique. Afin d'entamer la restructuration de 2004, l'élaboration du Projet Clinique avait été privilégiée afin de faire des choix en fonction des besoins de la population : les résultats positifs de ce virage reposant sur l'intégration et l'actualisation adéquate des structures et des approches (Fleury *et al.,* 2007, p. 32). C'est ainsi que la politique gouvernementale, la transformation institutionnelle et le mode organisationnel dans le domaine sociosanitaire prenait un tournant avec le mandat pour chaque CSSS de produire un projet clinique[2] (MSSS, 2004a) arrimé aux besoins de santé et de bien-être de la population de son territoire respectif. Il va de soi que les CSSS devaient s'entourer et s'assurer de la participation des partenaires (publics et communautaires) de son réseau local de service (RLS) pour ce qui était de la définition et de la réalisation du projet clinique. En somme, le projet clinique était une

---

[1] En vue d'assurer que le projet clinique soit conçu en lien avec les besoins effectifs de la population, quatre profils de clientèles ont été distingués. La population générale en santé (besoins ponctuels et nécessitant des soins aigus); la population générale ayant une pathologie chronique mais stable; la clientèle vulnérable ou personne présentant des risques particuliers de problèmes sociaux et de santé et finalement les clientèles particulières présentant une problématique complexe de santé ou sociale exigeant de la réadaptation ou de l'intégration sociale (MSSS, 2004b).

[2] Le Projet Clinique du MSSS devait concrétiser sur le plan local en projets (cliniques) ancrés à des contextualités territoriales spécifiques. L'utilisation de majuscules permet de ponctuer la différence entre le projet au plan national (Projet Clinique) et le projet au plan local (projet clinique).

démarche « […] qui vise à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population du territoire à partir de divers modes de prestation de services adaptés aux réalités locales, articulés entre eux et qui englobent l'ensemble des interventions relatives à la promotion-prévention de la santé et du bien-être, le diagnostic, les interventions ou traitements, le suivi, l'adaptation et le soutien à l'intégration sociale, la réadaptation et le soutien en fin de vie » (MSSS, 2004a, p.12).

Pour l'heure, il est impossible de présager de la place occupée par le projet dans la réforme 2015 du ministre Barette. Le rôle du projet en santé sera-t-il en continuité avec la réforme de 2004 ou si, désormais, celui-ci prendra-t-il une nouvelle figure ? Tirer des leçons de la réforme passée s'impose. Voilà pourquoi le Projet Clinique nous apparait être un cas d'étude particulièrement approprié et riche eu égard à la gestion des projets futurs dans le secteur de la santé. Le travail analytique au cœur du présent mémoire est d'autant plus important sachant le peu d'attention portée par la documentation à la gestion des projets en santé (nous y reviendrons au chapitre 1). Dans le champ disciplinaire de la gestion de projet, le Projet Clinique (clinique) demeure un objet à définir. C'est à ce travail que nous consacrons la prochaine section.

2. Le Projet Clinique

De toute évidence, en 2004, le MSSS prenait un tournant décisif dans le domaine de la santé et des services sociaux en proposant le projet et la gestion de projet comme étant les pierres angulaires de leur nouvelle structure organisationnelle qui leur permettra l'atteinte de leurs objectifs. Toutes les réformes précédentes à celle de 2004 n'ont aucunement considéré le projet ou la gestion de projet comme un moyen d'atteindre leurs objectifs. À l'exception d'initiatives locales (projets pilotes), peu, voire aucune d'entre elles au Québec n'a pris la forme d'un projet sur le plan institutionnel dans le domaine de la santé et des services sociaux. Pourtant, et comme nous l'avons déjà souligné plus haut, la réforme du MSSS de 2004 a choisi de faire du projet l'enjeu stratégique et central dans le développement et l'organisation de la prestation de services de santé et sociaux. Cependant, la documentation présentant et décrivant le projet clinique pour les RLS, les CSSS, les académiciens, les gestionnaires de projet ou encore les citoyens n'a pas été fondée et n'a été nullement présentée avec les outils ou les modèles de gestion de projet connus dans le monde de la gestion de projet.

Par ailleurs, dans des documents parus en 2004, le MSSS (2004c, p. 4) précise que « le Projet Clinique porte sur la démarche globale, formée des deux volets complémentaires, le volet *organisationnel*, le plus connu et déjà en cours, et le volet *clinique*, que les CSSS ont le mandat de mettre en route ». En vue de l'élaboration et de la mise en œuvre des Projets Cliniques, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a produit un cadre de

référence pour orienter et soutenir les CSSS. Les documents que contient le Projet Clinique, *Projet Clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (document principal et Résumé, 2004)* seront ici utilisés pour mieux résumer et appréhender le Projet Clinique dans des termes propres à la gestion de projet. Dans ces documents, le MSSS présente et décrit les orientations générales ainsi que les mesures à prendre, autant selon les objectifs poursuivis, que pour la finalité et la logique, les mécanismes, les approches, les modèles, les outils de soutien ou encore le suivi des projets cliniques. Partant de cela, les CSSS ont dû à leur tour concevoir et réaliser des projets afin de répondre à l'objectif final du Projet Clinique de santé et de bien-être de la population.

Bien qu'en 2004 le Ministère faisait la promotion de la gestion de projet, on note l'absence de modèle ou d'outil explicatif de gestion de projet dans les documents de référence sur le Projet Clinique. Ceci nous amène à produire, à exposer et à comprendre le Projet Clinique à partir des approches reconnues en gestion de projet. Pour ce faire, nous favoriserons un cadre logique incluant une analyse des parties prenantes pour expliquer le projet clinique. Cet exercice, qui n'a à notre connaissance jamais été fait à ce jour, nous permettra de mieux concevoir et comprendre ce en quoi consistait le Projet Clinique (ou les projets cliniques), ses implications pour chaque CSSS, ainsi que les enjeux généraux qui en découlaient pour le système de soins et de santé au Québec. Le projet clinique, tel que décrit par le MSSS en 2004, se situe dans la phase initiale du cycle de vie d'un projet. En effet, le projet clinique que les CSSS devaient s'efforcer à implanter se trouve tout juste à l'étape de la conception, qui est en amont de la planification et de la réalisation d'un projet. Plusieurs

approches ou outils sont disponibles pour bien planifier et ainsi aider le projet à son éventuel succès. « This is not to say that some project design and planning is not required; in fact, although planning does not guarantee project success, lack of planning will probably guarantee failure » (Dvir, Raz, et Shenhar, 2003, cité par Ika et Lytvynov, 2011, p.91). Ceci dit, il est donc essentiel de formuler un plan et d'avoir une vue d'ensemble afin de bien « asseoir » le projet. À cette étape de la conception, l'on devrait être en mesure de définir et d'analyser le projet en profondeur afin de prendre une décision quant à son acceptation ou à son refus (O'Shaughnessy, 2006). C'est pour cette raison que nous avons choisi le cadre logique incluant une analyse des parties prenantes afin de rendre le projet clinique plus explicite en termes de gestion de projet. Puisque ces analyses surviennent préalablement à l'exécution du projet (et c'est exactement là où se trouvait le projet clinique à l'aube de la réforme Barette de 2015), ce cadre logique nous permettra d'avoir une vision systémique de ce qu'était l'environnement du projet clinique. Concrètement parlant, dans un cadre logique, l'on identifie et décrit brièvement les objectifs spécifiques du projet, les résultats attendus pour les objectifs, les activités indispensables pour y parvenir et, finalement, l'allocation des indicateurs pour exécuter les activités, et ce, tout en considérant les impacts sur les résultats à venir. Dans un cadre logique, il est également important de détailler les hypothèses sur lesquelles repose le projet, tout en prenant en considération les facteurs et l'environnement externes afin d'identifier les risques potentiels auxquels s'expose le projet (O'Shaughnessy, 2006). Dans notre cadre logique, les risques potentiels auxquels s'exposait le projet clinique sont pris en charge par une analyse et une identification des parties prenantes. Le système de santé ne peut pas fonctionner sans l'appui et l'aide de tous

les intervenants directs ou indirects des prestations de services en soins de santé. C'est pour cette raison que les risques, tout comme le succès des projets cliniques, reposaient grandement sur les différents intervenants ou instances (gouvernementaux, municipaux, communautaires ou régionaux) du système de santé québécois. Au Tableau 1, nous présentons le cadre logique du Projet Clinique (clinique) que nous expliciterons dans la prochaine sous-section.

Tableau 1[3]

Projet Clinique (Cadre logique)

Niveaux descriptifs du projet	**Indicateurs de performance objectivement vérifiables (I.O.V)**	**Moyens de vérification (MDV)**	**Conditions critiques (Parties prenantes)**
Finalité (Project Clinique) Améliorer la santé et le bien-être de la population et mettre en place une offre de service plus intégrée en santé et services sociaux dans le système de santé au Québec	Indicateurs de performance du système de santé et de services sociaux du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) – Voir Tableau 2	-Rapport annuel de gestion du MSSS -Plan Stratégique du MSSS -Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux	- MSSS établit clairement les priorités et attentes en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population. -L'Agence de santé et des services sociaux aide et guide les CSSS en partenariat avec les cliniques et les cabinets privés de médecin et les organismes communautaires.
Buts (Projet Clinique) (1) Rapprocher les services de soins et de santé à la population ayant besoin des services de santé et de services sociaux.	Atteindre des objectifs d'**accessibilité**, de **continuité** et de **qualité** des services en santé et services sociaux pour toute la population.	-Rapport Annuel de gestion des ASSS -Rapport Annuel de gestion des CSSS	Il faut que les CSSS, en collaboration mutuelle avec les centres hospitaliers, centres de réadaptation, établissements privés, centres de protection de l'enfance et de la jeunesse, travaillent ensemble pour garantir l'implantation et le succès de projets cliniques.

[3] Bien qu'il s'agisse du cadre logique d'un projet du passé, nous avons choisi de conjuguer dans ce tableau les verbes au mode présent pour ne pas en alourdir la lecture.

(2) Intégrer les services de soins et de santé afin de faciliter le cheminement de la population dans le réseau.	Privilégier le principe de la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation dans l'offre de service.	-Rapport Annuel de gestion des ASSS -Rapport Annuel de gestion des CSSS	-Engagement collectif de tous les intervenants en santé envers la population. -Mettre en place un plan d'action afin de structurer et améliorer la prestation de services.
Principaux Extrants (projet clinique) 1) Volet clinique (pour chacun des CSSS) se décline en 11 Livrables. L'atteinte de ces livrables cible les 3 objectifs nationaux d'accessibilité, de continuité et de qualité et conséquemment l'atteinte des buts du Projet Clinique.	Identification des mécanismes, approches et modèles du projet clinique.	-Rapport Annuel de gestion des CSSS (suivi du projet clinique) -Rapport : projet clinique des CSSS (section conception et planification d'un ou plusieurs projets cliniques)	- Que toutes les organisations chapeautées par le CSSS (CH, CHSLD, services communautaire) et les partenaires locaux (Cabinet, pharmacies communautaires, etc.) soient prêts à accepter les nouvelles méthodes de prestation de services en santé et services sociaux sur leur territoire. -Qu'il y est une mobilisation des acteurs autour d'un même projet visant la réponse aux besoins réels de la population locale.
2) Volet organisationnel des CSSS pour identifier les modalités d'organisation des ressources et services (ou activité)	-Programme-service pour organiser les services et les ressources en : Santé publique; services généraux-activités cliniques et d'aide; perte d'autonomie liée au vieillissement; déficience physique; déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement; jeunes en difficulté (0-17 ans); dépendances; santé mentale; santé physique. -Offrir des services cliniques et organisationnels à partir des	-Rapport Annuel de gestion des CSSS -Rapport : projet clinique des CSSS (sections de conception, planification, évaluation et résultats)	Que les instances de services en soins et santé aient la capacité humaine, matérielle/technique et financière pour offrir des programmes-services dépendant de la réalité locale en soins et santé.

	prestations adaptées aux réalités locales : -Prévention-promotion santé et bien-être; évaluation et diagnostic; traitements; suivi.		
Intrants Volet organisationnel des CSSS – **Ressources** - Humaines -Matérielles -Financières -Informationnelles de support **Activités** -Comité d'élaboration de projet clinique-organisationnel -Plan de communication pour diffusion des modèles d'organisation de service	-Recrutement et formation des intervenants -Matériel disponible pour les prestations de services -Budget adéquatement alloué par le MSSS / ASSS -Support adéquat en information de la technologie	-Rapport annuel de gestion des CSSS (Reddition de compte, suivi et évaluation des projets cliniques / programme-services) - État financier des CSSS et des ASSS - Rapport Annuel de gestion du MSSS (niveau national / régional / local)	-CSSS - Disponibilité des ressources humaines, professionnelles et administratives. - Le financement adéquat disponible dans les délais prévus

2.1 Cadre logique et Projet Clinique (projet clinique)

Un cadre logique suit deux logiques. La première, la logique verticale (lecture de bas en haut), comprend les niveaux descriptifs et l'ensemble des conditions critiques à satisfaire pour atteindre les divers niveaux d'objectif du projet (O'Shaughnessy, 2006). On retrouve la finalité vers laquelle tend le projet, les résultats ou buts du projet (le motif donnant naissance au projet), les extrants et, enfin, les ressources affectées au projet (moyens, activités et ressources). La logique horizontale porte, pour sa part, sur la compréhension et les diverses composantes relatives à la performance du projet. Nous pouvons identifier des indicateurs objectivement vérifiables (IOV) qui « doivent exprimer concrètement les résultats attendus et porter sur des critères mesurables et tangibles en terme de quantité, de qualité, de temps ou de coût » (O'Shaughnessy, 2006, p. 92), et les moyens de vérification (MDV) qui font appel à des preuves pour répondre à la question : quels sont les indicateurs qui nous permettront de valider ou non l'atteinte des objectifs? Finalement, nous trouvons une description des conditions critiques ou des risques susceptibles de mettre en cause l'atteinte des différents niveaux d'objectifs dans un projet. Pour nous, cette description se traduit par une analyse des parties prenantes, car, comme nous l'avons relevé plus haut, elles jouaient un rôle primordial dans l'atteinte des objectifs du Projet Clinique et, en même temps, elles avaient le potentiel d'être des obstacles ou des risques potentiels dans l'aboutissement de celui-ci.

2.1.1 Finalité du Projet Clinique. La finalité du Projet Clinique, qui était d'améliorer la santé et le bien-être de la population ainsi que de mettre en place une offre de services plus intégrée en santé et services sociaux dans le système de santé au Québec, s'inscrivait dans les principales orientations du gouvernement du Québec en matière de santé. Par l'entremise du projet de loi sur les services de santé et les services sociaux, le MSSS visait à garantir et offrir des services cliniques et organisationnels à partir des prestations adaptées aux réalités régionales et locales pour toute la population. Pour ce faire, toutes les instances des services sociaux et de santé devaient dans leur vision et leur mission inclure (ou sous-entendre) les indicateurs de performance à atteindre, comme l'a stipulé le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Ce dernier a pour mission d'apporter un éclairage approprié au débat public et à la prise de décision gouvernementale dans le but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population québécoise. Le Commissaire à la santé et au bien-être présente des indicateurs pour dresser le portrait du système de santé et de service sociaux. Nous retrouvons quatre indicateurs de performance du système de santé et de services sociaux: l'adaptation; la production; le maintien et développement; et atteintes des buts – pour plus de détails et une description de chaque indicateur, voir le Tableau 2.

Tableau 2

Indicateurs de la performance du système de santé et services sociaux

Indicateur	Description
Adaptation	• dépenses de santé • taux de ressources humaines • taux de lits de soins par population • disponibilité d'appareils d'imagerie et de radio-oncologie • taux d'hospitalisation • proportion de couverture populationnelle • rétention et attraction de la clientèle
Production	• volumes de services rendus • durée du séjour moyen dans les établissements de santé • nombre de personnes en attente de services • délais d'obtention des services • taux de consultations médicales • réception de services par des sous-groupes de la population • degré de consommation de services • occurrence de certains événements indésirables
Maintien et développement	• statut d'emploi des professionnels du réseau • heures consacrées à la formation • heures supplémentaires travaillées • absentéisme • taux de départ du personnel
Atteinte des buts	• mesures d'efficacité dans l'atteinte de résultats en santé globale • facteurs de risque • santé maternelle et infantile • santé mentale • traumatismes et blessures accidentelles • satisfaction globale à l'égard des soins reçus

(Source : Commissaire à la santé et au bien-être, 2013 - Repéré à : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2013/PerformanceGlobale)

Pour nous, ces indicateurs s'inscrivent dans IOV de notre cadre logique (Tableau 1) puisque c'est à partir de ces indicateurs que le système de santé au Québec se régule ou s'ajuste sur le plan local et national. Ces indicateurs deviennent alors des principes qui permettent d'atteindre la finalité qui consiste à améliorer la santé et le bien-être de toute la population, tout en la rapprochant aux services offerts et à un service mieux intégré de la part des prestataires.

Moyens de vérification des finalités - Le recours aux *Rapports annuels de gestion et les plans stratégiques du MSSS* et au *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux* du CSBE sont les moyens ou la documentation à utiliser afin de vérifier si les indicateurs de performance ont été bien implantés et suivis dans le système de santé québécois. Ces rapports seront utilisés lors de l'analyse afin de voir les efforts déployés pour atteindre les indicateurs de performance et, en même temps, ils nous permettront de dégager des leçons quant à la gestion des projets dans un système de santé en constante évolution.

2.1.2 Buts du Projet Clinique. Il y a deux buts principaux que le Projet Clinique se devait atteindre. D'une part, celui de rapprocher les services de soins et de santé à la population et, d'une autre, d'intégrer les services de soins et de santé afin de faciliter le cheminement de la population dans le réseau. Le rapprochement des services de soins et de santé est rendu possible par l'atteinte de trois objectifs nationaux (les IOV du cadre logique – Tableau 1) soit l'amélioration constante de (i), l'accessibilité (ii), la continuité et (iii) la qualité des services offerts à la population. C'est ainsi que ces objectifs en sont venus à faire parties intégrantes dans l'élaboration et la réalisation des projets cliniques des CSSS.

L'accessibilité comprend plusieurs dimensions, dont la géographie, l'optimisation des mécanismes de référence, la proximité des services, la dimension temporelle, l'accès dans le système de soins, la réduction des inégalités et de l'acceptabilité. L'atteinte du présent objectif est une responsabilité que se partageaient les CSSS et les partenaires des Réseaux locaux de services (RLS).

La continuité est le passage sans rupture entre les différents niveaux de services et d'interventions, et cela, à l'intérieur des institutions sociosanitaires et entre les dispensateurs des services sociaux et sanitaires. Subséquemment, la responsabilité incombe à toutes les organisations, individuellement et collectivement, de favoriser la continuité.

La qualité renvoie à la notion que les intervenants et les organismes sociosanitaires sont tenus par la loi de veiller à offrir des services de qualité. La qualité des services se définit par trois facteurs ou principes. La *qualité technique* qui renvoie à la notion de services sécuritaires, donnés par du personnel compétent; elle fait également appel à la pertinence des interventions offertes par les intervenants, évitant ainsi la sur ou la sous-utilisation (MSSS, 2004a). La *qualité normative* concerne le respect par les intervenants des normes professionnelles et l'application des meilleures connaissances disponibles. Enfin, la *qualité qualitative* se réfère aux qualités personnelles et relationnelles des intervenants dans la prestation des services. Pour y arriver, la contribution de la population en général et des usagers en particulier à l'évaluation des services est essentielle.

Le deuxième but du Projet Clinique appelait les CSSS à prendre la responsabilité d'intégrer les services de soins et de santé dans le but de faciliter le cheminement de la population dans le réseau. Autrement dit, il fallait s'assurer qu'une personne était acheminée correctement entre la première et la deuxième ligne, mais également que les références entre les services de la deuxième ligne et les services surspécialisés étaient respectées. Précisément, quand une personne était prise en charge, elle devenait la responsabilité des CSSS afin qu'elle soit envoyée ou dirigée de façon efficiente (hiérarchisation des services

– pour faciliter le cheminement de la population entre les niveaux de services) et efficace (établir des mécanismes de référence entre l'intervenant - 1re ligne aux services surspécialisés) dans le système de santé afin d'améliorer sa santé et son bien-être. Ce but du Projet Clinique reposait sur deux grands principes (les IOV du cadre logique – Tableau 1), *la responsabilité populationnelle* et *la hiérarchisation des services*, qui façonnent la conception du modèle d'organisation de services. La *responsabilité populationnelle* appelle un engagement collectif de tous les intervenants en santé envers la population. Ainsi, il faut rendre accessible une gamme de services le plus complets possible et assurer la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé, tout en favorisant la convergence des efforts pour le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population et des communautés. De plus, et sous ce principe, les projets cliniques devaient donner une priorité à certaines personnes présentant des problèmes particuliers ou qui faisaient partie d'une clientèle vulnérable (en santé ou besoins ponctuels, à risque vulnérable, conditions stables, clientèle particulière). La *responsabilité de la hiérarchisation* quant à elle vise à assurer une meilleure accessibilité et prise en charge. En lien avec ce principe, il était exigé des CSSS une complémentarité des services de soins et de santé pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de service (1re ligne - services généraux à la 3e ligne – services surspécialisés) et cela suivant les mécanismes de référence entre les intervenants.

Moyens de vérification des buts - Les deux buts façonnaient le fonctionnement des Projets Cliniques. Cette réorganisation des services peut être évaluée et démontrée à travers les

Rapports annuels de gestion des Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) ou encore par les *Rapports annuels de gestion* des CSSS. À l'aide de ces rapports, il est possible de déterminer l'importance qui a été donnée aux objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité. Nous pouvons également évaluer ce qui s'était fait pour améliorer l'accès et la prise en charge (continuité) de la population dans le réseau de la santé et des services sociaux. Par l'entremise de ces rapports, il est également possible de saisir les défis et les obstacles qui ont dû être relevés dans chaque région, et ce, dans le but d'atteindre les objectifs du Projet Clinique.

2.1.3 Principaux Extrants – Biens livrables. La finalité et les buts étaient de l'ordre national et les livrables étaient de l'ordre territoriaux. Les CSSS devaient produire et élaborer deux extrants, un projet clinique et un projet organisationnel (traités à la prochaine section) pour le territoire qu'ils desservaient. L'élaboration du projet clinique devait articuler un ensemble de mécanismes, d'approches et de modèles privilégiés par les CSSS selon les besoins de santé et bien-être de la population à desservir (les IOV– Tableau 1). En d'autres mots, et selon les besoins de la population de son territoire, les CSSS déterminaient les livrables, tout en tenant compte des orientations nationales d'amélioration continue de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services.

Principaux Extrants (projet clinique) - **Volet clinique**

Plus spécifiquement, les CSSS étaient appelés à élaborer et à réaliser des projets cliniques (livrables) pour chaque objectif du Projet Clinique (accessibilité, continuité, qualité).

Plus précisément nous retrouvions quatre livrables pour l'**accessibilité** :

1) D'offrir des services et de déployer des interventions adaptées de santé publique pour l'ensemble de sa population;

2) De fournir une gamme équilibrée de services généraux et spécialisés adaptés pour une clientèle particulière;

3) D'accueillir et de diriger les personnes vers les services de santé et les services sociaux pertinents;

4) D'assurer l'accès aux services et le suivi des listes d'attente (MSSS, 2004a).

Quant à la **continuité** des services, elle comprenait :

1) Prendre en charge le processus de services, accompagner et soutenir les personnes en vue de favoriser la continuité entre les épisodes de soins et les interventions sociales à l'intérieur du réseau;

2) Définir et mettre en place des mécanismes de référence et de transfert;

3) Conclure des ententes avec les divers dispensateurs de services (MSSS, 2004a).

Finalement, et pour parvenir à l'amélioration de la **qualité**, les CSSS avaient la responsabilité :

1) D'adopter une stratégie d'amélioration continue de la qualité des services;

2) D'établir des collaborations intersectorielles;

3) D'informer et de consulter la population (MSSS, 2004a)

Afin d'atteindre ces livrables, les CSSS devaient mettre en place différents mécanismes, approches et modèles. Des **mécanismes** devaient être mis en place pour supporter un objectif (accessibilité, continuité, qualité) afin d'atteindre un fonctionnement d'ensemble. Cela dit, un mécanisme (standardisation ou coordination) était choisi selon l'objectif que l'on voulait atteindre. Par exemple, pour cibler l'amélioration de l'accessibilité, la standardisation était privilégiée, et ainsi de suite. Une fois un ou des

mécanismes choisis (en lien avec l'objectif suivi, rappelons-le), une **approche** devait être sélectionnée. L'objectif visé par les CSSS déterminait l'approche en question.

De la combinaison des approches et des mécanismes devaient prendre forme divers **modèles** privilégiés par les CSSS. Les approches devant servir de base pour fixer le choix des modèles cliniques de sorte à cibler l'atteinte des trois objectifs nationaux mentionnés précédemment. Les modèles sont les façons ou les manières par lesquelles devaient être rendues les prestations de soins et services, plus particulièrement afin de répondre aux besoins des différents types de clientèles (population générale; en santé ou besoins ponctuels; à risque ou vulnérable; condition stable; particulière, en état instable). En d'autres mots, les modèles étaient les outils qui permettaient aux processus d'opérationnalisation de la prestation de services en soins et de santé d'être planifiés et mis en place dans les CSSS. La *Figure 1* montre le croisement ou les liens entre les mécanismes, les approches et les modèles.

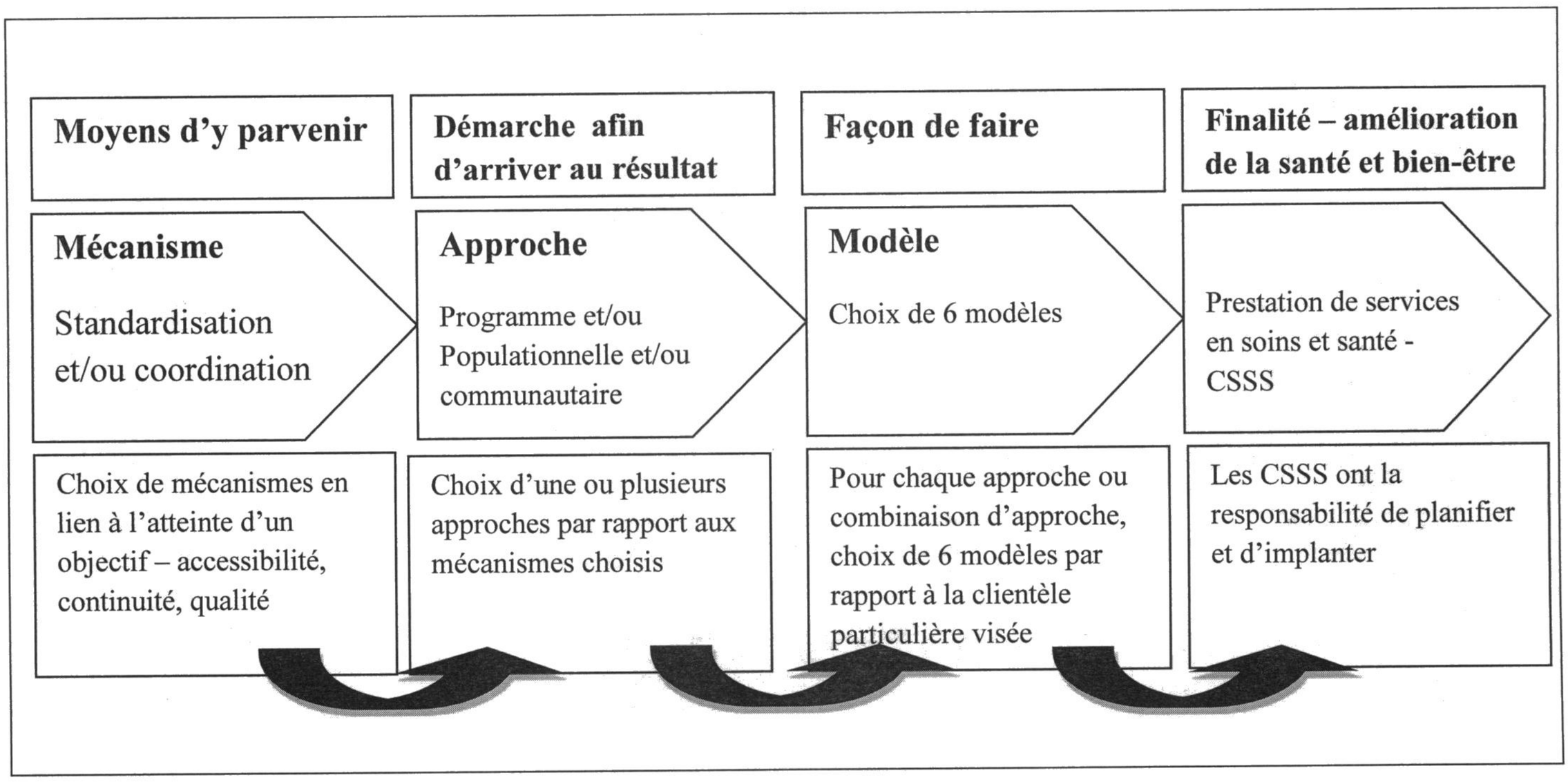


Figure 1 – Liens entre mécanismes, approches et modèles

En 2004, la *standardisation* et la *coordination* étaient les deux mécanismes avancés par le MSSS afin de soutenir les buts du projet clinique. La standardisation faisant appel à un alignement des pratiques avec des normes et des standards reconnus, tout en implantant des protocoles ou lignes directrices fondées sur des données probantes ou des meilleures pratiques. Elle ciblait l'établissement des trajectoires de soins et de services ou de cheminement clinique d'une personne ayant besoin de services de soins et de santé. Pour sa part, la coordination venait en renforcement à l'intégration des prestations de services en soins et services de santé. Cette coordination devenait possible (les CSSS, conjointement avec les intervenants du réseau et hors réseau) en assurant une mise en œuvre des moyens de partage d'information ainsi qu'une complémentarité des rôles et responsabilités de tous

les intervenants. Ce travail en équipe contribuait et aboutissait au but de la continuité tout en cherchant à éviter qu'il y ait des dédoublements, des incohérences ou des lacunes dans le système de services de soins et de santé.

Dans l'élaboration des projets cliniques, les CSSS devaient avoir une **approche** afin d'arriver aux buts fixés ou résultats souhaités. Les mécanismes renvoyaient aux moyens alors que les approches étaient liées à la démarche pour atteindre les résultats fixés. En 2004, le MSSS définissait les approches comme des actions à prévoir et à mettre en place pour arriver à répondre aux objectifs du projet clinique. Trois approches étaient préconisées : a) l'approche par programme, b) l'approche communautaire et c) l'approche populationnelle. L'*approche par programme* repose sur l'organisation des services et des ressources visant à améliorer l'accessibilité et la qualité par la standardisation. Pour ainsi répondre aux besoins de la population dans son ensemble et à ceux des clientèles spécifiques. Quant à l'*approche communautaire*, elle suppose une organisation des soins primaires et de partenariats avec le milieu communautaire afin d'améliorer l'accessibilité et de réduire les inégalités en matière de santé. Enfin, l'approche *populationnelle* renvoie à la « dimension géographique qui vise à confier une responsabilité clinique et financière à un réseau, par le biais du centre de santé et de services sociaux, pour une population d'un territoire bien délimité » (MSSS, 2004a, p.28).

Les approches choisies façonnent l'articulation entre les divers **modèles** requis pour fournir des services appropriés et répondre aux besoins de l'ensemble de la population. Ainsi, les modèles étaient en quelque sorte des outils auxquels devaient avoir recours les

CSSS pour planifier et implanter les prestations de services en soins et en services de santé. Toujours en gardant le cap sur les objectifs (accessibilité, continuité, qualité), les modèles devaient permettre aux établissements de mieux réaliser ses objectifs sans compromettre l'efficience du réseau de santé local. En lien avec la ou les approches choisies, les CSSS devaient choisir des modèles qui venaient directement répondre aux besoins de la population dans le but d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. La sélection des approches était possible seulement après avoir connu l'état de la santé d'une population sur un territoire. Afin de mieux établir les besoins de la population et les améliorations qui s'imposaient, les CSSS devaient moduler les modèles tout en considérant les cinq catégories ou clientèles de la population. Les modèles pouvaient être choisis afin de répondre, le plus directement possible, aux besoins de la population par rapport à leurs profils: la population générale, les individus en santé ou ayant besoin de services ponctuels, des individus à risques vulnérables (risques particuliers de problème de santé ou de services sociaux), la population avec conditions stables (pathologie chronique, mais stable) et la clientèle particulière (problèmes multiples et complexes). Pour chaque catégorie de la population, des modèles sont avancés parmi lesquels les CSSS pouvaient choisir. En 2004, le MSSS décrivait *les modèles centrés sur la personne* comme étant ceux qui s'adressent à la population générale en santé ayant des besoins ponctuels : services individualisés, accessibles et misant sur une responsabilisation des patients (besoins ponctuels, généraux, spécialisés). *Les modèles de soins et services coordonnés* quant à eux ont été présentés comme visant à garantir la continuité des soins et services : modèles devant impliquer « un style de gestion novateur qui valorise la coordination et le temps consacré à la personne »

(MSSS, 2004b, p. 14). Pour être viable de tels modèles exigent un travail en équipe, des mécanismes coordonnés dans le réseau, des suivis systématiques des clientèles vulnérables et, enfin, des réponses aux besoins de services spécialisés. Toujours en 2004, le MSSS voyait dans *les modèles communautaires* une avenue permettant d'aider les communautés à établir des priorités et à utiliser les ressources en fonction de celles-ci. Pour assurer le bon fonctionnement de ce modèle, une continuité, une réduction des inégalités, et une compatibilité avec les établissements d'ententes de services et les partenaires locaux étaient primordiaux (MSSS, 2004a). *Les modèles de gestion de la maladie (disease managment) ont été dépeints comme un moyen* d'améliorer « des processus cliniques pour s'assurer que les meilleures pratiques soient incorporées avec un minimum de variations sur tout le continuum d'interventions et pour tous les aspects d'une condition allant de la prévention au soutien en fin de vie » (MSSS, 2004a, p.35). Ces modèles visaient toute la population en état instable et font appel aux services en soins et santé de deuxième et troisième ligne. Pour le MSSS, *les modèles de soins et services intégrés* étaient la solution à l'établissement des liens entre les secteurs de santé sociaux et communautaires. Plus précisément, en reposant sur la création de réseaux intégrés et en ayant recours à la gestion de cas, ces modèles sont apparus être une façon de viser la qualité des soins et des services pour la clientèle ayant de multiples problèmes (MSSS, 2004b). Avec ces modèles, les CSSS devaient cibler un continuum de services tout en se rendant imputables aux effets des interventions ou des activités mises en place. Enfin, *les modèles de collaboration* ont été vu par le Ministère comme un moyen de mettre de l'avant la notion de la concertation puisqu'ils mettent « en action la coopération en vue d'obtenir des résultats caractérisés par un objectif partagé, une

meilleure coordination des services ou un développement de projets de partenariats » (MSSS, 2004a, p.39). La coopération, la communication, la continuité ainsi que l'implantation et l'intégration de tous les modèles sont présenté dans leurs documents de travail de 2004 comme des leviers à l'atteinte des objectifs d'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Moyens de vérification des extrants – Biens livrables 1 - La production, les choix et l'implantation de ces livrables peuvent être identifiés et évalués en consultant les rapports annuels de gestion des CSSS ou encore le document projet clinique que les CSSS ont élaboré. En effet, à partir de ces publications, il est possible de faire un suivi de l'évolution des projets cliniques tout en mettant en évidence sa pertinence dans le but d'atteindre les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité ciblée par le Ministère lors de la réforme de 2004. C'est à partir de ces rapports qu'il est possible de voir si les modèles choisis ont répondu à l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes sur un territoire donné.

Principaux Extrants (projet clinique) **- Volet organisationnel**

Le deuxième **extrant** consistait à élaborer un projet organisationnel allant de pair avec le projet clinique. Si le projet clinique devait guider la manière d'améliorer la santé et le bien-être (avec les mécanismes, approches et modèles), le projet organisationnel, quant à lui, a été pensé comme devant organiser et réaliser les prestations de services, entre autres, par l'entremise des neufs (9) programmes-services et activités, tout en allouant efficacement

les ressources nécessaires afin que les interventions et la réponse aux besoins de la population en soins et en santé soient comblées. Les programmes-services étaient et sont toujours, pour l'heure, un ensemble de services ou d'activités organisés afin de répondre aux besoins de la population en général ou encore aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune. C'est dans cette perspective que le ministère de la Santé et des Services sociaux identifie neuf programmes-services (les IOV du cadre logique) afin de répondre aux besoins de la population en général et, surtout, de la population vulnérable. Une plus grande description des 'programmes-services' se trouve dans le Tableau 3 où nous mettons en évidence la portée de chaque programmes-services. Deux programmes répondent à des besoins de l'ensemble de la population, soit la santé publique et de services généraux-activités cliniques et d'aide. Les sept autres programmes s'adressent à des clientèles vulnérables ou aux prises avec des problématiques particulières : perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience physique (dont le cancer, les personnes nécessitant des soins palliatifs), déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, jeunes en difficulté (0-17 ans), dépendances, santé mentale et santé physique. En 2004, l'idée avancée était de traduire ces programmes-services en un projet organisationnel et clinique.

Toujours dans le but d'améliorer la santé et le bien-être de la population, le volet organisationnel des CSSS, en conjoncture avec le projet clinique, devait englober et organiser les modes de prestation de services d'un ensemble d'intervention qui vise toute la population. Dans l'élaboration du volet organisationnel, les CSSS étaient appelés à prévoir

et organiser des interventions ou activités relatives à la promotion-prévention de la santé, aux diagnostics, aux traitements, aux suivis, à l'adaptation et au soutien à l'intégration sociale et au soutien en fin de vie. Ces derniers sont devenus en quelque sorte les indicateurs de performance (les IOV du cadre logique) que tout CSSS devait accepter en vue de leur offre de service à la population de leur territoire établi selon les programmes-services identifiés et choisis.

Tableau 3

Description des programmes-services (source : MSSS, 2004a)

Programmes-services	But	Description
Santé publique	La Santé publique remplit quatre fonctions essentielles : 1. la surveillance continue de l'état de santé de la population 2. la promotion de la santé et du bien-être 3. la prévention 4. la protection de la santé	Vise un grand objectif social : améliorer la santé et le bien-être général de la population (ensemble de la population) par des actions qui se situent, la plupart du temps, avant que les problèmes ne surviennent
Santé et services généraux-activités cliniques et aide	Regroupe les services qui possèdent les caractéristiques suivantes : • services qui s'adressent à l'ensemble de la population • services de proximité, c'est-à-dire services accessibles localement à partir d'un établissement, du cabinet du médecin ou du groupe de médecine familiale • services généralement individuels destinés à répondre aux besoins des personnes présentant des problèmes ponctuels et aigus	Le programme comprend uniquement les services généraux qui sont des activités cliniques et d'aide. Il exclut donc les activités de promotion-prévention
Perte d'autonomie liée au vieillissement	S'adresse à toutes les personnes qui sont en perte d'autonomie, principalement due à l'avancement en âge, et ce, peu importe la cause : perte d'autonomie fonctionnelle, problèmes cognitifs (ex. : maladie d'Alzheimer)	Destinés aux personnes en perte d'autonomie et à leur entourage, que ces services soient dispensés dans un établissement, à domicile ou ailleurs
Déficience physique	Les services prévus pour les personnes ayant une maladie dégénérative et présentant un profil de besoins du type déficience physique (ex. : sclérose en plaques)	Répondre aux besoins des personnes ayant une incapacité significative et persistante, peu importe leur âge, ainsi qu'à leur entourage
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	Les services visent à : • garantir l'accès des personnes présentant une déficience intellectuelle aux services destinés à l'ensemble de la population et soutenir la famille et les proches • développer les capacités des personnes présentant une déficience intellectuelle • assurer l'intégration socioprofessionnelle et résidentielle des personnes présentant une déficience intellectuelle	Répondre aux besoins des personnes qui ont un fonctionnement cognitif général significativement inférieur à la moyenne, accompagné de difficultés d'adaptation apparaissant pendant l'enfance. Les services de ce programme permettent de réduire l'impact de la déficience, de compenser les incapacités et de soutenir l'intégration sociale
Jeunes en difficulté	Le programme comprend des services destinés aux familles des jeunes concernés de même que des services spécialisés comme l'adoption, le placement et la réadaptation sociale	Destinés aux jeunes (petite enfance à l'âge adulte) qui présentent des problèmes de développement ou de comportement ou qui ont des difficultés d'adaptation sociale (délinquance, violence, suicide, etc.)
Dépendances	Comprend des services de réadaptation et de réinsertion sociale, des services de désintoxication ainsi que des services ayant pour but la réduction des méfaits (aussi pour familles et proches des personnes)	Répondre aux besoins de toutes les personnes aux prises avec des problèmes d'abus ou de dépendances, quel que soit leur âge (alcoolisme et de toxicomanie; jeu compulsif; cyberdépendance, etc.)
Santé mentale	Les services sont destinés : • personnes qui présentent des troubles mentaux sévères • personnes qui vivent des troubles mentaux transitoires, source d'une détresse psychologique importante, qu'une aide appropriée, prodiguée au moment opportun, peut ramener à un niveau de fonctionnement psychologique et social antérieur	Permet à toute personne, dont la santé mentale est perturbée, d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation
Santé physique	Les services comprennent : les urgences; les épisodes de soins aigus, les visites spécialisées et sur-spécialisées en service ambulatoire; les soins palliatifs; les services de santé physique destinés aux malades qui ont besoin d'un suivi systématique et qui doivent recevoir des services en continu.	Prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme nécessitant des soins et des traitements spécialisés et sur-spécialisés

Moyens de vérification des extrants – Biens livrables 2 - Comme pour l'élaboration du projet clinique, le projet organisationnel peut être examiné et étudié en ayant recours au *Rapport annuel de gestion* des CSSS. À l'aide de celui-ci, nous pouvons voir et comprendre le choix des programmes-services et ainsi relever quelles interventions ou activités sont privilégiées pour répondre aux besoins de la population en général ou d'une population vulnérable. À partir des informations contenues dans les sections de conception, de planification, d'évaluation et de résultats de fin d'année du (document) *Projet Clinique* des CSSS, il est possible de constater si les choix faits répondent réellement aux résultats à atteindre.

2.1.4 Les intrants. Les ressources qui ont été allouées au projet clinique et organisationnel doivent être rangées sous le volet organisationnel de chaque CSSS. Nous le répétons, le projet clinique a été conçu autour des modalités d'organisation et en réponse aux besoins de santé et bien-être de la population, tandis que le volet organisationnel a été pensé en fonction des modalités d'organisation des ressources et services pour mettre en œuvre et offrir les services nécessaires. Pour ce faire, en 2004, le MSSS a établi les grandes orientations et a alloué les ressources budgétaires en conséquence. Les Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) planifiaient régionalement les services et soins de santé selon les besoins spécifiques de la population et avaient à gérer les ressources ainsi que l'allocation budgétaire aux établissements. Finalement, c'est aux CSSS qu'a été confiée la gestion de la totalité des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles

disponibles afin d'offrir les services en santé et services sociaux. Quel que soit la réforme entreprise, l'offre de services, l'atteinte des objectifs et la performance du système de soins et du système de santé dépendent grandement de la performance et du rendement du corps professionnel de la santé, qu'il soit administratif ou professionnel. Ces deux entités deviennent ainsi essentielles à la mise en œuvre de toute réforme et à l'atteinte des objectifs fixés par le MSSS. Voilà pourquoi les intrants retrouvés au Tableau 1 sont les producteurs de services; ainsi, les ressources humaines, financières et matérielles dépendent grandement de la disponibilité de ces derniers (en quantité et qualité suffisantes), de leur répartition géographique adéquate, et des conditions dans lesquelles ces ressources sont allouées pour accomplir les différentes tâches.

En ce qui concerne les indicateurs objectivement vérifiables du cadre logique (Tableau 1), nous retiendrons l'importance de la disponibilité du personnel professionnel et administratif pour fournir les services et les prestations nécessaires en soins et santé. Il va de soi que le gouvernement, dans ses stratégies en santé, doit mettre tous les moyens en place pour favoriser une formation ainsi qu'une accréditation adéquate afin de recruter le plus grand nombre de professionnels de la santé. Par ailleurs, pour ce qui concerne plus spécifiquement la réforme de 2004, il était impératif que les CSSS aient le matériel (bloc opératoire, instruments de diagnostic, etc.) nécessaire pour offrir les services auxquels s'attend la population. Ceci est possible dans la mesure où un budget adéquat était alloué par le MSSS aux CSSS.

Moyens de vérification des intrants - Les moyens de vérification pour les intrants du projet clinique sont nombreux. Tous les CSSS avaient l'obligation de rédiger des rapports annuels de gestion où se retrouvent des sections portant sur la reddition de compte, sur le suivi et sur l'évaluation des projets cliniques et des programmes-services. De plus, les états financiers permettent de comprendre où l'argent alloué au CSSS a été dépensé et si cela a été suffisant pour l'offre de services que le CSSS s'efforçait d'offrir. D'autre part, les Rapports annuels de gestion du MSSS et ASSS peuvent aider à voir et à comprendre l'allocation des budgets aux établissements (CSSS) d'une manière globale, régionalement et localement. Il serait même possible, à travers ceux-ci, de mieux comprendre la logique du financement que le MSSS, par l'entremise des ASSS, privilégiait dans la province.

2.2 Parties prenantes

La conception et la réalisation d'un projet interpellent et affectent de nombreuses personnes. Les parties prenantes peuvent à leur tour avoir un impact sur le projet dépendamment de la façon dont elles sont affectées par celui-ci et selon l'intérêt qu'elles y portent. Elles peuvent contribuer à sa réussite ou, au contraire, y entraver ou en changer le cours. Il est donc essentiel de comprendre les préoccupations des principaux acteurs d'un projet et d'en tenir compte si l'on veut s'assurer de leur soutien lors de sa conception et sa réalisation. Dès lors, l'identification et la présentation des parties prenantes dans le cadre logique prennent une importance considérable.

Plus précisément, les parties prenantes peuvent être constituées de personnes, groupes ou organismes qui ont eu ou ont des préoccupations envers un enjeu public. Dans notre cas, le Projet Clinique (et les projets cliniques) s'exposait à toutes sortes d'intéressés, externes, mais surtout internes au système de santé, ce qui comprenait tous les intervenants qui œuvrent directement et indirectement dans la prestation des services de soins et de santé. Bien sûr, le degré d'influence change d'un acteur à l'autre, mais celui-ci reste néanmoins considérable.

Dans la logique du Projet Clinique et de la prise de décision qui mise sur la participation de la population, les partenaires et les producteurs de services de santé et services sociaux étaient appelés à nouer des partenariats avec la population de leur territoire. Des mécanismes de collaboration, des modes d'information et de consultation devaient être élaborés par chaque CSSS. Les usagers étaient également destinés à jouer un rôle central dans l'implantation des projets cliniques. Ces derniers avaient le potentiel d'identifier des problèmes et proposer des solutions et, ainsi, faire connaître leurs attentes à l'égard des services qui leur étaient fournis par leurs comités d'usagers (MSSS, 2004a). Les médecins, les pharmaciens, les professionnels, les services préhospitaliers d'urgence, les établissements à vocation régionale et suprarégionale offrant des services spécialisés et surspécialisés et les Réseaux universitaires intégrés de santé étaient tous les dispensateurs de services en soins, en santé et en services sociaux, et en conséquence, étaient des partenaires essentiels dans les projets cliniques. Finalement, les organismes gouvernementaux, les agences régionales et le ministère de la Santé et des Services sociaux

apportaient un soutien et guidaient les CSSS dans la mise en place et le fonctionnement des projets cliniques (MSSS, 2004a).

Afin d'atteindre la **finalité** du Projet Clinique, les risques devaient être considérés et même prévenus pour ne pas entraver l'avancement du projet. Le MSSS, avec tout le réseau de la santé québécois, ne devait pas changer d'orientation ou de stratégie, et se devait d'apporter, en tant que consultant, son soutien financier et informationnel. Le MSSS, qui établit les priorités et les stratégies en matière de santé, avait, comme c'est le cas encore aujourd'hui, un rôle déterminant à jouer. Comme nous l'avons relevé précédemment, la stratégie de recrutement et la formation des professionnels de la santé devaient soutenir le système de santé au Québec et devaient également être une priorité pour maintenir l'offre de services. Le Ministère et les agences (18 au total) régionales devaient fournir une série de mesures de soutien afin d'encourager la réalisation d'un projet clinique en conjoncture avec le volet organisationnel. Cela dit, il fallait nécessairement prévoir des moyens de participation, de coordination et de soutien à tous les niveaux pour tous les professionnels. Les instances gouvernementales devaient primordialement, en tant que parties prenantes importantes, s'assurer que les directives et les lignes directrices soient bien comprises et implantées par les CSSS. Le ministère de la Santé et des Service sociaux et les agences régionales devaient porter un grand intérêt à la réussite du projet clinique qui devait répondre aux différents indicateurs de performance prescrits par le Commissaire à la santé et au bien-être. C'est pour cette raison qu'ils devaient impérativement participer à la prise de décision et à la gestion des projets cliniques en donnant un soutien à titre de consultants,

de guides et de mentors afin d'assurer la réussite du projet clinique et, finalement, améliorer la santé et le bien-être de toute la population.

Afin d'atteindre les **buts** du Projet Clinique, nous pouvons identifier les CSSS, les organismes communautaires et les cabinets médicaux privés comme étant les acteurs qui ont été les plus importants dans la conception et la réalisation du projet clinique sur le plan local. Les CSSS étaient responsables d'offrir l'ensemble des services de première ligne à la population comprise dans son territoire. Ils devaient également s'assurer de la coordination et de la complémentarité des services de santé et des services sociaux afin de faciliter le cheminement de la population entre les services de première, de deuxième et de troisième ligne. Cela dit, il va de soi que les CSSS jouaient un rôle central dans la mise en œuvre et la réalisation (soit en offrant les services en soins et en santé) de leurs projets cliniques. Pour ce faire, chaque CSSS devait mobiliser les ressources du territoire autour d'un projet organisationnel et clinique ajusté aux besoins de la population de celui-ci. Les autres parties prenantes (cliniques médicales, groupes de médecine familiale, centres jeunesse, centres de réadaptation, organismes communautaires, centres hospitaliers universitaires, etc.) étaient appelées à collaborer mutuellement avec les CSSS afin d'optimiser les ressources disponibles pour offrir à toute la population un accès, une continuité et une qualité des services sociaux et de santé. Ceci dit, il incombait au CSSS de minimiser les risques potentiels que peuvent apporter les parties prenantes ne faisant pas partie intégrante des CSSS.

Les parties prenantes jouent un rôle primordial dans l'élaboration des livrables sur le plan local et pratique. Il était donc primordial pour réussir la réalisation des projets cliniques

que l'ensemble de l'organisation du CSSS ainsi que les partenaires locaux soient prêts à accepter les nouvelles méthodes de prestation de services en santé et services sociaux dans leur région. Ainsi, il devenait important de mobiliser les acteurs internes autour d'un même projet visant les besoins réels de la population. Les conditions de réalisation des projets cliniques passaient par le niveau local et régional. Au niveau local, afin d'assurer le fonctionnement optimal des nouveaux réseaux locaux, l'envergure du projet clinique devait prévoir des mesures, comme : « la compatibilité des valeurs, une culture commune qui favorise l'ajustement mutuel et la standardisation des normes ». Au niveau régional, il fallait « (…) un partage clair des rôles entre les paliers gouvernementaux, d'un niveau de financement adéquat, de la disponibilité des systèmes d'information, de la présence d'orientations et de lignes directrices, la disponibilité des ressources professionnelles, de l'intégration des services médicaux, de la révision des programmes d'enseignement » (MSSS, 2004a, p. 61).

En ce qui concerne les **intrants** ou les ressources du Projet Clinique, nous trouvons de nombreux enjeux qui étaient externes à celui-ci. Sur le plan national, le MSSS ou plus généralement le gouvernement du Québec devait, et doit toujours, de façon continue privilégier des stratégies de financement adéquates afin que les établissements de soins et de santé puissent répondre aux besoins de leur population. D'autre part, il fallait, et il faut toujours, assurer une continuité dans la formation des professionnels de la santé afin d'éviter une pénurie de main-d'œuvre qualifiée et ainsi offrir une disponibilité suffisante de ces derniers dans toutes les régions de la province. Sur le plan local, afin d'organiser, d'implanter et d'offrir les services à la population, les CSSS devaient détenir les ressources

humaines (professionnelles et administratives), matérielles, techniques et financières pour offrir les services identifiés et répondre aux besoins de la population, toutes catégories confondues, et ce, dans un territoire délimité. Ces risques qu'il fallait limiter pouvaient être une barrière sérieuse dans l'atteinte de l'objectif d'améliorer la santé et le bien-être. Le projet clinique et organisationnel étant au cœur même de la réforme 2004, les CSSS avaient donc une double tâche à remplir, soit d'élaborer un projet clinique pour le territoire et favoriser la collaboration avec tous ses partenaires pour sa conception et sa mise en œuvre. Ceci dit, une bonne gestion des ressources professionnelles et administratives des CSSS et des partenaires du réseau local était essentielle à la réussite de toutes les étapes du projet clinique. Cela se traduisait pour les CSSS en une gestion adéquate de leurs ressources humaines, financières et matérielles pour parvenir à réaliser toutes les interventions nécessaires afin de répondre aux nombreux besoins de leur population.

2.3 Enjeux du Projet Clinique

Le cadre logique nous dévoile la complexité du Projet Clinique établi avec le projet organisationnel. Partant du bas vers le haut dans le cadre logique (des intrants tout en allant à la finalité), nous trouvons de nombreux obstacles, de nombreux enjeux et de nombreuses parties prenantes à considérer. La réforme menée par le MSSS en 2004 a occasionné une transformation, altérant ainsi le mode de fonctionnement et l'aboutissement aux résultats visés dans les prestations des services en soins de santé au Québec. Dès lors, comme il a été soulevé dans le cadre logique, plusieurs mesures devraient être prises par chaque réseau

local de services (RLS) (incluant les CSSS) dans le but de réaliser, sur un plan pratique, les objectifs de la réforme. Il faut bien comprendre que l'élaboration du projet clinique et organisationnel n'était pas chose évidente. Les enjeux ou les défis à relever dans toutes les étapes des projets (de la conception à la réalisation) devaient être pris en compte afin de diminuer les risques qui leur sont associés.

Sur le plan régional (les RLS), il fallait concrétiser les actions, les activités et les orientations dans des ententes de partenariats entre tous les intervenants du système de santé (d'établissements publics, d'organismes communautaires, de ressources privées, d'entreprises d'économie sociale, etc.). Dans les RLS, tous les partenaires ou intervenants étaient autonomes et détenaient une mission ainsi que des valeurs propres à eux. C'est dans le respect de ces principes que les partenariats pouvaient être efficaces et ainsi contribuer au bon fonctionnement et à la réussite des projets cliniques et organisationnels. Un autre défi se situait au niveau de la mobilisation des partenaires dans un contexte coopératif, dans le but de les amener à travailler ensemble afin de réaliser la finalité du projet clinique et organisationnel. Il incombait aux CSSS de faire impliquer tous les acteurs et intervenants dans la prise de décision, dans les choix des orientations stratégiques ainsi que dans les processus de conception et de réalisation des projets. Ceci étant dit, il ne fallait négliger aucun acteur dans ce processus; il fallait plutôt mettre à contribution les partenariats déjà établis ainsi que les réalisations fructueuses préalablement accomplies. D'autre part, les réseaux locaux de services devaient tenir compte de la diversité de leur population, des groupes ou des institutions communautaires et des organisations bénévoles afin de respecter une représentativité des partenaires impliqués. C'est en tenant compte de tous ces éléments,

qu'une amélioration de la santé et du bien-être de la population était (et est toujours à notre avis) possible.

Sur le plan local, les CSSS devaient s'assurer de bien intégrer tous les établissements (CLSC, CHSLD, CH) prescrits par la loi. Une planification et une organisation des services devaient être harmonisées avec les nouveaux principes et orientations du MSSS. Vouloir réussir à modifier les façons de faire qui sont en place depuis bien longtemps déjà par l'implantation de nouvelles approches, modèles et mécanismes exigeait une organisation considérable. Une participation et une mobilisation des acteurs internes (professionnels médicaux et administratifs) étaient primordiales pour réussir les projets cliniques et organisationnels. Pour ce faire, il fallait s'assurer d'avoir un plan et une structure organisationnelle ouverte et participative. Il ne fallait pas oublier également la réalité « sur le terrain » en ce qui concerne la pénurie des ressources ; on se devait donc d'organiser les prestations de services en conséquence. Rappelons que les différents projets cliniques et organisationnels devaient s'élaborer en fonction de la réalité locale, plus précisément, selon une connaissance de l'état de la santé et du bien-être, des besoins sociosanitaires et des caractéristiques de la population. Pour que cela soit possible, il était nécessaire d'obtenir une participation des usagers et de la population afin d'influencer la prise de décision en matière d'organisation et de prestation de services en santé.

En dernier lieu, et comme il est identifié plus haut, il fallait porter une attention particulière aux parties prenantes, car elles pouvaient aussi bien faciliter la réussite du projet que lui nuire. En ce qui concerne le projet clinique et organisationnel, les parties prenantes

(MSSS, ASSS, CSSS, partenaires du RLS, organismes communautaires) devaient toutes s'entendre et s'orienter dans le but d'atteindre les objectifs pour améliorer la santé et le bien-être de la population. C'est une responsabilité que toutes avaient à se partager.

Pour atteindre les principaux objectifs et orientation du gouvernement (accessibilité, continuité et qualité), le MSSS a privilégié en 2004 la gestion de projet. Pour garantir le succès du projet clinique, il était primordial de faire une gestion de projet adéquate et de considérer tous les éléments clés du système de santé du Québec. Nous avançons que la gestion de projet s'avère un moyen efficace pour organiser les prestations de services en soins et en services de santé. Alors qu'une nouvelle réforme (Loi 10) est en marche[4], nous pouvons nous poser la question générale suivante, à savoir quels outils, procédures, techniques et domaines de connaissance en gestion de projet devraient être privilégiés pour atteindre les objectifs de projets d'ordre stratégique à un système de santé comme l'a été le projet clinique et organisationnel lors de la réforme de 2004.

---

[4] Pour le moment, la place faite au projet dans la réforme de 2015 reste à définir. Si cette réforme se veut en continuité avec celle de 2004, le projet sera un levier stratégique et, conséquemment, notre question générale est d'autant plus importante.

3. Objectif général de la recherche

Certes, le projet peut être un outil ou un levier à la performance organisationnelle, administrative et fonctionnelle du système de santé et à l'atteinte des indicateurs de performance d'accès, de continuité et de qualité, qui étaient des parties intégrantes du projet clinique. Comme il est décrit plus haut, toutes les réformes précédant celle de 2004 n'ont aucunement considéré le projet ou la gestion de projet comme moyen d'atteindre de tels objectifs. Sur le plan institutionnel, peu ou aucune initiative n'a été entreprise autour du projet dans le domaine de la santé et des services sociaux au Québec. Pourtant, la réforme de 2004 a fait du projet l'enjeu stratégique et central dans le développement et l'organisation de la prestation de services de santé et de services sociaux. Au cours des dernières décennies, plusieurs pays occidentaux ont pris des mesures pour accroître la performance, l'efficacité et l'efficience de leur système de santé. En 2004, le Québec s'est investi dans cette démarche en misant sur le projet clinique pour réduire les coûts des services et, au même moment, accroître l'efficience dans le but d'atteindre les objectifs fixés (d'accessibilité, de continuité et de qualité) de soins et de santé.

Cela dit, les projets dans le système de santé peuvent prendre différentes formes. L'amélioration de l'efficacité et de la performance du système de soins et de santé est un objectif dont l'importance est primordiale dans la société québécoise. L'augmentation des coûts, l'accès à un médecin, l'engorgement des urgences, la pénurie de médecins et d'infirmières, le vieillissement de la population, les coûts des médicaments et des nouveaux

traitements, ainsi que le besoin continuel de moderniser les équipements ne sont que quelques exemples des défis auxquels le système de santé québécois fait face. La finalité du Projet Clinique et du système de santé devait passer par l'atteinte des quatre indicateurs de performance (adaptation, production, maintien et développement, et atteinte des buts) soumis par le Commissaire à la santé et au bien-être qui englobe les quatre fonctions du système de santé au Québec (l'adaptation, la production, le maintien et le développement, et l'atteinte des buts) (Voir Tableau 2). C'est à partir de ces indicateurs que toutes les actions devaient être orientées et se concrétiser dans le but d'améliorer l'efficacité et l'efficience du secteur de soins et de santé dans toute la province. Pour améliorer la santé et le bien-être de la population, les projets cliniques étaient donc appelés à atteindre les indicateurs de performance par l'entremise de l'accessibilité, de continuité et de qualité des prestations de services en santé. Cela devait se faire en utilisant des moyens ou outils compatibles avec le système de santé. Ainsi, si le projet est privilégié comme véhicule stratégique à l'organisation d'un système de santé (comme le Québec l'a fait en 2004), il est alors impératif d'utiliser des moyens et des outils que requiert la gestion de projet pour atteindre les objectifs fixés.

Par conséquent, **l'objectif général** de la présente recherche est de comprendre comment les connaissances acquises en gestion de projet peuvent constituer un levier dans l'atteinte des objectifs stratégiques en matière de santé (accessibilité, continuité, qualité) et en même temps, augmenter l'efficacité et l'efficience du système de santé. Le projet clinique du Québec nous apparait comme un cas d'étude particulièrement approprié et riche en leçons à tirer eu égard à cet objectif général que nous poursuivons.

CHAPITRE I - PROBLÈME SPÉFICIQUE DE LA RECHERCHE

Afin de trouver des réponses à notre question générale de recherche – *comment les connaissances acquises en gestion de projet peuvent constituer un levier dans l'atteinte des objectifs stratégiques en matière de santé (accessibilité, continuité, qualité) et en même temps en augmenter l'efficacité et l'efficience du système ?* – nous avons effectué une recension des écrits scientifiques.

1. Recension des écrits

Les projets et la gestion de projet ont connu une expansion, et ce, au-delà des secteurs traditionnels (aéronautique et construction) et touchent maintenant presque toutes les formes d'entreprises dans nos sociétés et, comme nous l'avons démontré en introduction, le secteur de la santé n'y échappe pas.

Cela dit, de nombreux projets initiés dans le domaine de la santé sont uniques à plusieurs égards. Le secteur de la santé est complexe et fragmenté; en effet, nous trouvons plusieurs parties prenantes et les processus doivent accommoder une dynamique dans un environnement en constante évolution (Lee, 2010). Le secteur de la santé comprend toutes les personnes et toutes les actions dont l'objectif principal est l'amélioration de la santé et

du bien-être de la population. Contrairement aux industries traditionnelles qui recherchent le profit et où l'on se concentre sur le produit, les professionnels de la santé se focalisent plutôt sur la façon dont le client ou le patient se sentent et sur l'expérience de soins ou de services de santé (Shirley, 2011). À partir de là, et étant donné la place stratégique qu'occupe le projet dans certains systèmes de santé, le Québec est un bel exemple. Nous allons étudier le traitement qu'est fait du projet dans le secteur de la santé par la documentation scientifique. Dans une première partie, nous présenterons les résultats détaillés de la recension des écrits portant sur le projet et sa gestion dans le secteur de la santé. Les fruits de cette recension des écrits sont regroupés sous cinq grands thèmes, soit : technologie de l'information (TI) ; administration hospitalière; soins et services de santé clinique, services de santé publique et services sociaux; construction, ainsi que les grands principes de gestion de projet et leur applicabilité au secteur de la santé. En deuxième partie, et à partir de la recension des écrits, l'objectif spécifique de la présente recherche sera précisé et ainsi détaillé.

1.1 Recensions des écrits scientifiques sur la gestion de projet dans le secteur de la santé

La recension des écrits est un exercice fort important qui nous permet de présenter et de synthétiser les recherches scientifiques ou académiques les plus importantes et pertinentes portant sur la gestion de projet dans le domaine des services de santé. Pour y parvenir, la recension s'est faite à l'aide de la base de données *ABI/INFORM Complete*

(regroupant plus de 5 500 périodiques), qui est la référence dans le domaine de la santé et de la gestion de projet. Les mots-clés (sujet), la santé (*Health*) et la gestion de projet (*Project Management*), ont été employés afin de trouver les articles académiques traitant du projet et de sa gestion dans le secteur de la santé. La fonction « AND » a été utilisée entre les mots « santé » et « gestion de projet ». Également, lors de la recherche, il a été spécifié de ne pas inclure les articles qui traitent du sujet touchant la santé et la sécurité au travail (''Occupational health and safety''). Pour cela, la « fonction non » (NOT) a été utilisée et seules les publications académiques ont été retenues. De plus, le livre de Shirley (2011) traitant de la santé et de la gestion de projet dans le système de santé a été inclus pour compléter cette recension. En raison des embargos d'un an sur plusieurs publications, ce qui suit n'inclut pas les résultats du dépouillement pour l'année 2014. En tout, la recherche dans la base de données ABI / INFORM comprend soixante-neuf (69) articles académiques touchant la gestion de projet et la santé. Sur soixante-neuf (69) articles, sept (7) ont été supprimés – nous détaillerons les raisons plus bas –, ce qui représente dix pour cent (10 %). Au total, soixante-deux (62) documents ont été dépouillés. Aux Figures 2 et 3 est présentée la distribution des articles selon les différentes catégories.

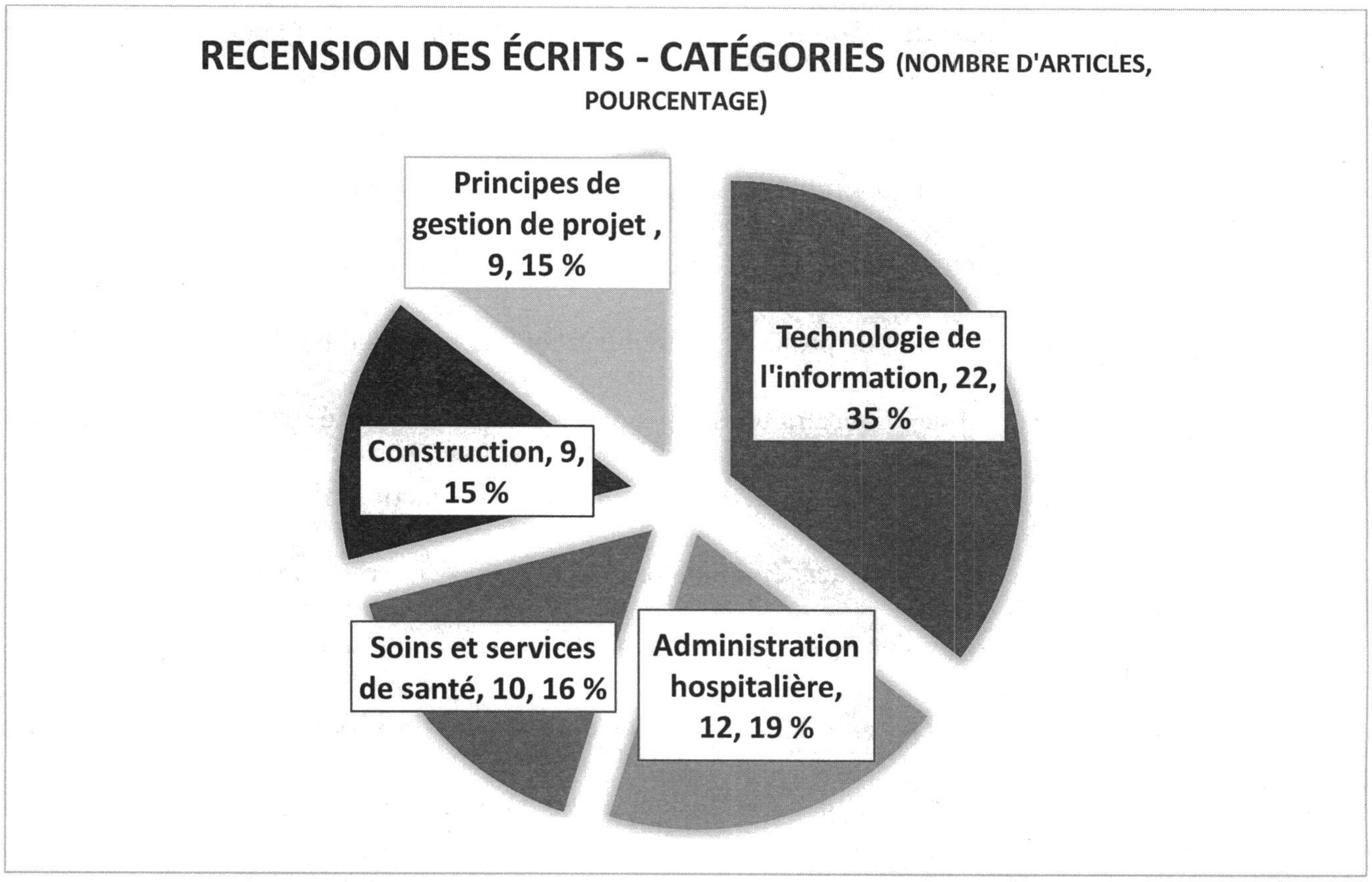


Figure 2. Recension des écrits - Catégories d'articles

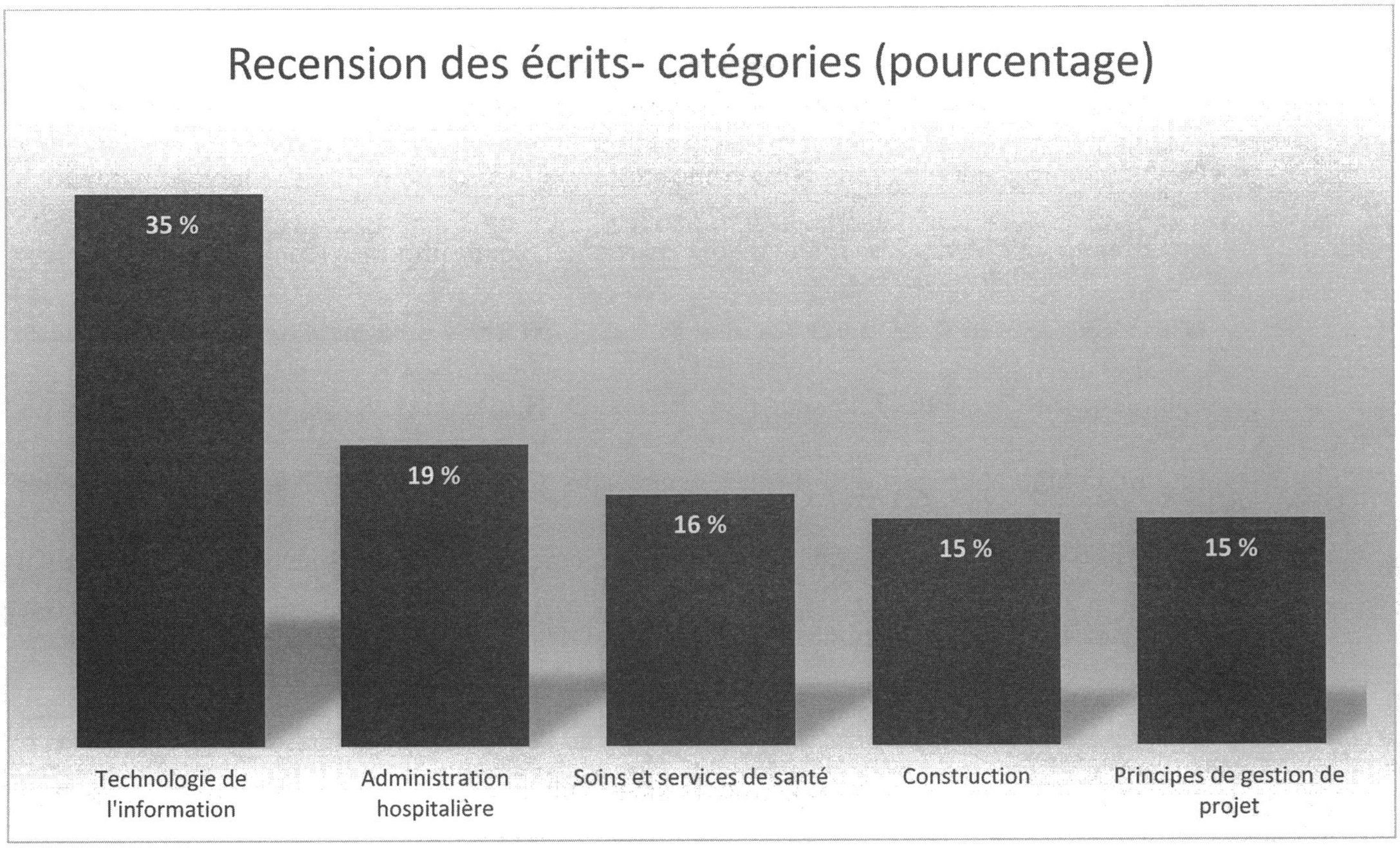


Figure 3. Recensions des écrits – Pourcentage des articles par catégories

1.2 Articles supprimés

Les articles supprimés abordent et traitent des ressources humaines, des approches utilisées dans le domaine de la santé et de la santé en général. Les auteurs parlent de la santé sans pour autant aborder un sujet qui nous préoccupe. Par exemple, les articles supprimés ne parlent aucunement des services dans un système de santé ou de la prestation des services. Guinan, Boudreau & Lakhani (2013) décrivent ce qu'il faut pour innover le processus d'innovation dans la recherche académique dans les départements médicaux de l'Université d'Harvard. Les leaders de l'Université veulent innover la façon ou le processus

de la sélection et du financement des recherches dans le domaine de la santé. L'approche utilisée, l'innovation ouverte (open innovation), a en effet donné de très bons résultats dont certains ont été adoptés sans compromettre la manière de faire traditionnel. L'innovation ouverte appelle tous les intéressés à participer, peu importe leur spécialité ou leur profession. Le but c'est d'amener une vue de l'extérieur pour innover un domaine aussi complexe que la santé. Pour leur part, Peters, D. H., Paina, L & Schleimann (2013) nous font un commentaire sur ce qui est devenu l'approche sectorielle (Sector-wide approaches (SWAps)) dans le domaine de la santé depuis sa création dans les années 1990. L'initiative prévoyait le développement des engagements et des stratégies cohérentes à long terme dans les institutions sanitaires et la réalisation des objectifs dans le domaine de la santé dans les pays du tiers-monde. Cependant, la réalité sur le terrain est aujourd'hui tournée vers le court terme et les initiatives globales de santé sont de plus en plus ciblées.

Par ailleurs, des auteurs étudient la santé du personnel dans le système de santé. On mesure, par la création d'un index d'implication de projet, les effets sur la santé mentale du personnel surtout dans des projets selon la structure de l'organisation (projet ou non-projet) (Chiocchio *et al.,* 2010). D'autres articles non retenus présentent des critiques de livre ou une description des prix gagnés lors des cérémonies de reconnaissance pour des projets innovateurs (Jacobsen (2008); Anderson (2004)). Le Tableau 4 fait une synthèse globale des thèmes ou objectifs des articles supprimés.

Tableau 4

Articles supprimés

Auteurs	Année	Titre du périodique	Mots-clés	Objectifs (ou thèmes)
Guinan *et al.*	2013	MIT Sloan Management Review	Open innovation, Academic research, Harvard medical school, Catalyst, Knowledge	Describes how Harvard Medical School started to rethink how research on health gets done. Working across many silos of Harvard medical school, the Harvard Catalyst chose to implement principals of open and distributed innovation
Peters *et al.*	2013	Health Policy and Planning	Sector-wide approaches, Health policy, International cooperation, Developing countries, Health reform, Health expenditures	Examine what has happened with Sector-Wide Approaches (SWAps) in the health sector since its origins. Draws lessons learned and implications for SWAps and donor relationships with national governments
Junior Water Prize Generates 2 Award-Winning Projects	2011	American Water Works Association Journal		Description of 2 water project award winners in 2010
Chiocchio *et al.*	2010	International Journal of Project Management	Projectized organisation, Non projectized organisation, Psychological distress, Well-being, Organizational structure	Examining the knowledge on the relationship between number of project and time spent on them with mental health measures

Tableau 4

Articles supprimés (suite)

Auteurs	Année	Titre du périodique	Mots-clés	Objectifs (ou thèmes)
Jacobsen	2008	Journal for Quality and Participation	Teamwork, Aircraft industry, Health care industry, Total quality, Chemical industry, Awards and Honors, Project Management	Describes 3 award winning International Team Excellence Award
Jaafari	2007	International Journal of Project Management	Project management audit, Project health checks, Project excellence model, Total quality management	Developing the theory and application of diagnostic concepts to assess the health of large projects or programs at any point in their life relative to the desired targets, project health check methodology
Anderson	2004	Australian Health Review	Health services, Social services, Project Management, Community development	Book review

1.3 Technologie de l'information (TI)

De prime abord, les articles académiques touchant le secteur de la technologie de l'information (TI) et la gestion de projet dans le milieu de la santé retiennent le plus d'attention parmi les chercheurs. En effet, trente-cinq pour cent (35 %) des articles, vingt-deux (22) sur les 62 dépouillés, touchent directement les projets de TI dans le domaine de la santé (les détails se trouvent dans le tableau 5).

La technologie de l'information est devenue un outil inévitable de performance dans le système de santé un peu partout dans les pays développés (Trudel, Paré, & Laflamme, 2012). Les investissements majeurs dans ces systèmes sont abondants. Ceci étant dit, les projets en TI dans le domaine de la santé doivent impérativement ajuster leurs actions et leurs prises de décision à la lumière du contexte particulier dans lequel s'implantent les projets. Ainsi, innover consciemment et se baser sur les résultats positifs du projet mèneront aux succès dans le contexte donné. À l'inverse, se baser sur les modes, les tendances ou les meilleures pratiques des projets en TI mènera inévitablement à des résistances humaines et un manque d'innovation qui est un élément si important pour la réussite d'un tel projet (Trudel *et al.,* 2012). De plus, l'informatisation des données des patients ou d'implémentation des projets en TI sous toutes ces formes est également étudiée. Les attributs et les compétences des médecins peuvent jouer un rôle important dans le succès des projets d'implémentation en TI; il s'agit donc de bâtir un modèle de gouvernance qui réponde aux préoccupations de tous les intervenants des projets en TI (Fickenscher et

Bakerman, 2011). D'autre part, les projets d'informatisation des données des patients sont privilégiés afin d'améliorer l'efficience des services de soins et de santé et ainsi réduire les coûts qui y sont reliés. Lee (2010), Frohlich, Karp, Smith & Sujansky (2007), Miller et Miller (2007) et Carr et Dimitrakakis (2003) se penchent sur les avantages d'informatiser toutes les données des patients afin de réduire les erreurs médicales, d'accéder aux informations en tout temps, et ce, par n'importe quel médecin, peu importe sa localisation ou l'heure, ce qui rendrait le système de santé plus efficient et efficace. Par exemple, cette informatisation aiderait à éviter de répéter plusieurs fois la prescription d'examens complémentaires. Dans d'autres cas, ces projets ont été confrontés à plusieurs échecs dans leur gestion, leur implémentation, leur gouvernance et la participation des acteurs du système de santé. Plusieurs articles proposent des cadres de référence (framework) ou lignes directrices, pour une meilleure gestion d'implémentation de projet en TI dans le secteur de la santé, dont l'amélioration du processus, de la qualité, des ressources humaines ou de la collaboration (Helfert 2009; Thielst 2007; Hougham 1996). L'importance de la phase d'implantation des projets en TI dans le système de soins et de santé est très complexe et difficile à saisir. Il est important d'avoir un plan d'exécution bien détaillé, d'une participation accrue de tous les paliers de l'organisation et ainsi que le soutien de la haute gestion. Subséquemment, le succès et l'échec des projets dépendent en grande partie de la collaboration des usagés (par exemple, infirmières et médecins) d'une part et de l'effet que peut avoir le nouveau système d'information sur le travail quotidien du personnel d'autre part (Kropf et Scalzi 2008; Lee et Hirshfield 2006; Carr et Dimitrakakis 2003). C'est dire que si le projet en TI est imposé sans vraies consultations, les chances de succès sont

minimes et le contraire est également vrai. Que cela soit la mise en œuvre d'un nouveau logiciel, le mode de gouvernance des projets en TI ou l'informatisation des données, il est convenu qu'une bonne gestion de projet et l'implication de la haute gestion sont essentielles à la réussite d'un projet en TI (Kropf et Scalzi, 2008). Par conséquent, les chercheurs se penchent spécifiquement sur les raisons de la réussite et de l'échec des projets en TI. D'autres chercheurs justifient et encouragent grandement les investissements dans les projets en TI dans le secteur de la santé. Des auteurs comme Paavola (2007) ou Lin et Umoh (2002) soutiennent que, pour réduire les coûts ou rendre le milieu de la santé plus efficient, l'informatisation et les projets en TI dans le domaine de la santé n'ont pas de prix à moyen et long terme. Guah (2008) nous démontre par exemple que des projets en TI sont plus enclins à la réussite quand ils impliquent une redevance monétaire potentiellement importante. Ces projets nécessitent un investissement à long terme afin de recevoir un gain. Les difficultés sont perçues comme des problèmes temporaires qui peuvent être surmontés. La gestion de projet est souvent blâmée pour l'escalade des projets en TI mais d'autres sérieux problèmes persistent dont le facteur social, les normes de cohérence et les obstacles organisationnels. Ceci dit, pour empêcher l'échec d'un projet en TI, des prises de décisions rationnelles doivent être envisagées (Guah, 2008).

Aujourd'hui, le domaine de la santé ne peut pas avancer de manière efficace ou efficiente sans le support ou les outils qui découlent du secteur de la technologie de l'information. Comme nous venons de le décrire, la TI touche toutes les sphères du système de santé, allant de l'informatisation des données des patients aux listes d'attente électroniques et aux logiciels spécialisés et utilisés par les médecins. Le secteur de la santé

au Québec ne peut échapper ou ignorer l'importance des projets en TI dans le but d'augmenter l'efficacité et l'efficience du système. La gestion de projet comme principe et domaine peut faciliter la planification jusqu'à l'implantation d'un projet en TI dans le domaine de la santé. Nous croyons qu'une bonne utilisation des outils en TI peut grandement faciliter une plus grande accessibilité, continuité et qualité des services en soins et en santé. Par exemple, l'informatisation des données des patients viendrait faciliter l'accès, car le patient peut se trouver partout au Québec et accéder aux services ou au dossier médical. Assurer la continuité des services sans pour autant perdre trop de temps dans le transfert de données d'un service à l'autre. Alors, l'utilisation des méthodes de gestion de projet pour mener les projets en TI dans le domaine de la santé doit constituer un levier dans l'atteinte des objectifs prescrits par le MSSS. Les projets en TI peuvent également réduire les coûts à long terme (Guah, 2008). C'est un investissement incontournable, d'où l'importance de mettre en place des mécanismes, des approches et des méthodes de gestion de projet pour favoriser l'adoption et l'implantation des projets en TI dans le système de santé. Le secteur du TI est important pour le système de santé en général, cependant elle ne permet pas de relever les défis de la gestion de Projet Clinique (clinique) en particulier.

Tableau 5

Technologie de l'information

Auteurs	Année	Titre du périodique	Mots-clés	Objectifs (ou thèmes)
Trudel *et al.*	2012	Health Care Manage Review	Technology Adoption, Decision Making, Health Care Industry, Information Technology, Project Management	Explore and describe the notion of mindfulness and to assess the extent to which, and how, innovating mindfully influences health IT project success
Fickenscher et Bakerman	2011	Physician Executive Journal	Healthcare Information Technology, Physicians' Medical Practice, Care of patients, Leadership, Governance	Focus on the attributes of physician leaders and models of governance for healthcare information technology projects
Lee	2010	OR/MS Today	IT, Healthcare, Non-centralized computerized patient list, Medical error	Presentation of problems facing the US healthcare system. Describing IT solution for research problems and improving the US healthcare system.
Helfert	2009	Business Process Management Journal	Case Studies, HR Management, Information Systems, Project Management, Public Administration	Outlining and developing a framework for designing and introducing healthcare process management projects. The system aims to standardize healthcare human resource and payroll for the Irish healthcare sector
Guah	2008	International Journal of Information Management	Decision making, Information Technology, Government agencies, Project Management, IT project escalation, Healthcare IT, National programme	Describing IT projects in UK. Focusing on success and failure due to project escalation

Tableau 5

Technologie de l'information (suite)

Auteurs	Année	Titre du périodique	Mots-clés	Objectifs (ou thèmes)
Kropf et Scalzi	2008	The Physician Executive	Project Management, Information Technology project management	Describing what and how healthcare organisations should organize themselves to successfully implement an IT project
Thielst	2007	Journal of Healthcare Management	Project management, Technology change, Implementation	Provide set of guidelines and directions on the best way of implementing technological change within an organisation.
Adler	2007	Family Practice Management	Electronic Health Record (EHR), Team, Tactics, Technology Leadership	How to successfully implement an electronic health record (IT/technology) into a health organisation
Miller et Miller	2007	Health Affairs	Care Data Exchange, Project Failure, US Healthcare system	Provides the history of the Santa Barbara project, compares its experience with that of two other functioning regional health information organisations and suggests some lessons learned.
Frohlice *et al.*	2007	Health Affairs	Health Information Exchange, Project Failure, US Healthcare system	Provide insight on the failure of the Santa Barbara Project and their implication for health information exchange in US Healthcare
Paavola	2007	International Journal of Healthcare Technology and Management	IT investments, productivity paradox, IT benefits, information technology, decision making, investment justification, healthcare technology.	Understanding phenomena and challenges involved in decision processes when justifying IT investments

Tableau 5

Technologie de l'information (suite)

Auteurs	Année	Titre du périodique	Mots-clés	Objectifs (ou thèmes)
Barlow *et al.*	2006	Technovation	Implementation, Telecare, Telemedicine, Healthcare, Service Innovation	Explores the way project complexity, organisational context and project management approach interacted during the planning and Implementation phases
Lee et Hirshfield	2006	The Health Care Manager	Project failure, Planning, software, IT infrastructure	Planning guide to increase the chances of success on health care software implementations
Carr et Dimitrakakis	2003	Nursing Management	Electronic Health Records, Project implementation, Hospitals	Description of the process and method of project management in implementing electronic health records for Queen Health Network in New York
Fraser	2003	International Journal of Health Care Quality Assurance	Project Management, Health services, Team work	Details of usefulness of storyboard and poster presentation in facilitating a project or organisation collaborative improvement
Riva *et al.*	2003	Intl. Journal of Healthcare Technology and Management	Ambient Intelligence, Project Management, Virtual reality, Healthcare	Describing the possible role of ambient intelligence in healthcare by focusing on both its technological and relational nature
Lin et Umoh	2002	American Business Review	Electronic Communication, Technology, E-healthcare, Healthcare System	Describing the advantages and disadvantage of e-healthcare system and the managerial implications

Tableau 5

Technologie de l'information (suite)

Auteurs	Année	Titre du périodique	Mots-clés	Objectifs (ou thèmes)
Sweeting	2002	The Industrial Robot	Automation, Robots, Systems, Project Management	Identifies incidence of unsatisfactory outcomes in complex automation projects. Specifying and designing automated system for the healthcare industry
Hutton et West	2001	Library Management	Libraries, Information technology, Research, Health care, Hybrid systems, Projects	Description of the rollout of HyLiFe for Health from being an eLib project to an operational service at the University of Northumbria, where HyLiFe for Health, the new hybrid library service for health studies students and practitioners
Kjaer et Madsen	1997	Information Technology & People	Systems Development, Customers, Cooperation, Radiology, Vendors, Project Management	Customer-vendor co-operation during a project dealing with the beta test of hardware and software for a picture archive and communication system at a radiology department
Hougham	1996	International Journal of Project Management	Business process reengineering, High technology, Ambulance services, Failure, Project Management, Information Systems	Illustrates the dangers of trying to implement high technology projects, without sufficient technical research and development, adequate management organisation and due regard to social factors
Weitzel et Andrews	1988	Management Information Systems Quarterly	Systems development, Medicare-US, Joint ventures, Expert systems, Insurance claims, Insurance companies, Project Management	A joint venture between a university-based research institute and a health insurance company to build a knowledge-based system to perform medical review of health insurance claims

1.4 Administration hospitalière

Dans cette catégorie de la recension des écrits, il y a douze (12) articles qui représentent dix-neuf pour cent (19 %) de tous les écrits qui sont directement liés à la gestion de projet comme outil facilitant l'administration hospitalière (voir tableau 6).

De Vries (2011) explore le processus de remodelage d'un système d'inventaire de médicaments dans un hôpital et analyse les parties prenantes lors de la restructuration ou la refonte des systèmes d'inventaire dans les services de santé. La réussite des projets de cette envergure repose sur la dynamique des relations et de l'interaction entre les diverses parties prenantes lors du projet. Le gestionnaire de projet doit impérativement être conscient des perceptions et des attentes que peuvent avoir ces dernières. Par conséquent, cela nécessite une intégration complète de tous les différents intérêts dans un ensemble d'objectifs qui concordent avec le projet du système d'inventaire dans le système de santé (De Vries, 2011).

Les techniques modernes de gestion de projet ont été de plus en plus utilisées dans une large variété d'organisations. La demande d'adoption et de succès de ces outils d'aide à la gestion en milieu hospitalier permettra une réduction des coûts et une meilleure qualité du projet. « La gestion de projet est un ensemble de disciplines de gestion et de pratiques qui, si bien exécutées, augmentent considérablement la probabilité qu'un projet donnera les résultats souhaités » (Buelow, Zuckweiller & Rosacker, 2010, p.10). Cela dit, les auteurs démontrent, suite à une recherche empirique, que les coûts et avantages et le soutien des cadres supérieurs ont été les deux méthodes d'évaluation des projets les plus souvent

utilisées par les directeurs d'hôpitaux. L'évaluation par les auteurs fournit la preuve que l'appui des cadres supérieurs est associé à la réussite ou au succès global du projet.

Gulliver, Uday, Joshi, & Michell (2013), quant à eux, se penchent et développent un cadre de référence (framework) sur la gestion des relations-clients afin de faciliter la création de valeurs et de caractéristiques dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée. Les auteurs démontrent clairement qu'un ensemble de valeurs ne peuvent pas toujours être applicable dans toutes les situations. C'est pour cette raison qu'ils proposent un cadre de référence (incluant 17 caractéristiques) qui peut être ajustable selon les situations et les exigences des centres d'hébergement en ce qui a trait à la gestion des relations-clients. Cela dit, le cadre peut être utilisé dans la phase de la planification de la gestion des relations-clients pour évaluer quelles caractéristiques peuvent donner et apporter plus de valeurs.

Dans d'autres écrits scientifiques, les auteurs examinent l'importance d'avoir un cadre de référence portant sur un plan de continuité d'activités (Business Continuity Management) pour des hôpitaux, et ainsi applicable dans presque toute l'industrie des services de santé. En somme, Geelen-Baass et Johnstone (2008) définissent un plan ou cadre de référence (framework) qui décrit quels questions ou problèmes doivent être pris en considération lors de l'écriture d'un plan de continuité. De plus, en utilisant une approche et les disciplines de la gestion de projet soutenues par la haute gestion, il serait possible d'établir un cadre pour la continuité des activités afin de répondre aux besoins d'une organisation de soins et de santé. Il est soutenu que l'importance d'un plan d'activités ne

s'avère nécessaire que lors de crises ou de problèmes majeurs dans la prestation des services de santé (Geelen-Baass et Johnstone, 2008).

Les outils de gestion de projet ont fait leurs preuves dans plusieurs organisations ainsi que dans le système de santé. GANTT, Critical Path Method (CPM) et Program Evaluation and Review Technic (PERT) en sont des exemples bien concrets. Côté et Daugherty (2000) décrivent précisément comment un petit hôpital rural a bénéficié d'une utilisation efficace des outils de gestion de projet. Ces outils et techniques ont aidé les administrateurs, les contrôleurs et les commis de compte à comprendre, à contrôler et à améliorer le processus de l'hôpital en ce qui concerne les rapports de fin de mois. Ces rapports sont ensuite utilisés pour mieux gérer les ressources financières et opérationnelles de l'hôpital. Un élément important pour nos auteurs dans leur étude de cas s'avère être le constat, voire l'évidence que la gestion de projet peut grandement améliorer un processus, et ce, tout en avantageant la communication entre toutes les parties prenantes. Dans le même ordre d'idées, l'importance d'une charte de projet est essentielle à la réussite de celui-ci. De fait, la charte vient encadrer et structurer le projet du début à la fin. Hayes (2000) nous décrit et expose un modèle de charte (Tryon and Associates Project Charter) qui est également adopté par des départements médicaux et des laboratoires de centres médicaux aux États-Unis. L'auteur démontre de quelle manière doit s'exécuter la gestion d'un projet des systèmes d'information dans les laboratoires et les centres médicaux qui utilisent une charte afin d'en tirer un maximum de profit et d'augmenter les chances de réussir de ce dernier. « This output begins to organize and document a project's need and expected outcomes at

the beginning of the project management process, and provides a foundation on which to base project decisions » (Hayes, 2000, p.22).

L'un des principes ou valeurs importants d'un des plus grands hôpitaux pédiatriques d'Italie est l'obtention des certifications de qualité ISO 9000 (International Standard Organisation). Tous les projets sont examinés à la loupe pour assurer la qualité des services médicaux offerts. L'on parle souvent de la qualité des services, sans toutefois en préciser la portée ou l'impact qu'elle a sur les patients. Les stratégies et les processus d'obtention des certificats de qualité sont rigoureux et ainsi définissent la qualité des services offerts par le corps médical aux patients. En obtenant les certifications de qualité ISO 9000, l'hôpital Bambino Gesu mise sur la garantie de la qualité des services qu'ils offrent à leurs patients. Ainsi, tous les départements de l'hôpital (les professionnels médicaux, techniques et de gestion) sont soumis également aux certifications de qualité (Ruscitti, Palchetti, Ciccarone, & Bernaschi, 2000).

L'administration hospitalière est un travail essentiel et primordial pour le bon fonctionnement des services cliniques à l'intérieur des établissements sociosanitaires. Encore une fois, des outils de la gestion de projet (charte de projet, cadre logique, GANTT, Critical Path Method, etc.) peuvent être d'un grand atout dans la prestation des services de soins et de santé. Comme nous venons de le voir dans les paragraphes ci-dessus, presque toutes les sphères organisatrices des établissements sont interpellées à utiliser des outils de gestion de projet pour ainsi améliorer les mécanismes de services (pour les clients), les relations (entre client et intervenant), la logistique (façon de rendre un service) et la coordination des travaux (contrats, administration interne, comptabilité, finances). Par

exemple, des cadres de référence (soutenus par les principes de gestion de projet) définissant les stratégies ou les processus à utiliser pour mener un projet d'envergure sont essentiels pour ne rien oublier lors du développement ou la réalisation d'un projet clinique ou administratif. Nous croyons que l'administration hospitalière des établissements sociosanitaires doit précisément utiliser de façon rigoureuse des outils et moyens de gestion de projet pour, d'une part, faciliter les tâches administratives et d'autre part, organiser et assurer la prestation de leurs services en soins et en santé. Encore une fois, en général, ce savoir est important pour le système de santé, mais ne permet pas de relever les défis ou les exigences de la gestion des projets cliniques en particulier.

Tableau 6

Administration hospitalière

Auteurs	Année	Titre du périodique	Mots-clés	Objectifs (ou thèmes)
Gulliver *et al.*	2013	Total Quality Management	Customer relationship management (CRM), Implementation, Framework, Nursing home, Value-characteristics	Describes that a 'one solution meets all characteristics' approach to customer relationship management (CRM) implementation within nursing homes is inappropriate. Provides a framework with 17 value characteristics that are most feasible/relevant to adding immediate value.
De Vries	2011	International Journal of Production Economy	Operations Research, Health services, Inventory Management, Project management	Describes how the outcomes of the inventory project can be explained by the dynamics of relation-ships and interactions between the stakeholders involved in hospitals' project
Buelow *et al.*	2010	Hospital Topics	Project Evaluation, Hospital Administration, Project Management, Project selection, Project success	Analysing empirical relationship between a portfolio of project evaluation methods actually utilized for a given project and several measures of perceived project success
Geelen-Baass et Johnstone	2008	Australian Health Review	Contingency planning, Business Continuity Management, Hospitals, Project Management	Assessing how using a project management approach supported by an executive sponsor, it is possible to establish a framework for Busniss Continuity Management to suit the needs of a health care organisation
Dey *et al.*	2006	Managing Service Quality	Healthcare service, Hospitals, Quality Management	Develop an integrated quality management model that identifies problems, suggests solutions, develops a framework for implementation and helps to evaluate the healthcare service performance model for hospital-based healthcare service

Tableau 6

Administration hospitalière (suite)

Auteurs	Année	Titre du périodique	Mots-clés	Objectifs (ou thèmes)
Whitehead	2005	Journal of Health Organization and Management	Action Research, Project Management, Organisational Structures, Organisational-Change Processes	Describing the viewpoint that organisational action research and project management research have shared priorities. Comparing AR and PM in relation to organisation management structures and strategies
Thor *et al.*	2004	Quality Management in Health Care	Project Management, Process Improvement Projects	Studying how clinical teams and managers at a university hospital in Sweden identified problems and defined aims as they initiated 24 process improvement projects
Allgar *et al.*	2001	Journal of Management in Medicine	Evaluation, Project Management, Doctors, General Practice, Contracts	Analyses the practice based contracts with Health Authorities and first year local evaluation report of the 14 first waves of personal medical services pilots
Côté et Daugherty	2000	Production and Inventory Management Journal	Advantages, Hospitals, Project Management	Describes how a small rural hospital benefited from the use of project management to help its administrator, controller, and data entry clerks understand, control and improve the hospital's month-end reporting process and in turn better manage the hospital's financial and operational resources
Hayes	2000	Project Management Journal	Studies, Laboratories, Hospitals, Planning, Information Systems, Project management	Evaluates the completeness and effectiveness of a project charter template as a project management tool

Tableau 6

Administration hospitalière (suite)

Auteurs	Année	Titre du périodique	Mots-clés	Objectifs (ou thèmes)
Obinson et Lefort	2000	International Journal of Health Care Quality Assurance	Clinical audit, Costing, Healthcare, Projects	Describing the Costing of Clinical Audit Project and its implication on audits in healthcare sector in the UK
Ruscitti et al.	2000	Total Quality Management & Business Excellence	Non-profit hospitals, Pediatrics, Quality standards, Project Management	Describing the quality assurance projects in a hospital in Italy. Describes process and standard sets of health services provided to obtain ISO 9000 Quality certification

1.5 Soins et services de santé clinique, services de santé publique et services sociaux

Dans notre examen de la documentation, dix (10) écrits académiques qui représentent seize pour cent (16 %) initient des recherches sur la gestion des projets de soins et de services de santé clinique, de services de santé publique ou encore de services sociaux (listes et détails des articles au tableau 7). Lavoie-Tremblay, Bonneville-Roussy, Richer, Aubry, Vezina, & Deme, (2012) s'intéressent à « l'effet levier » des bureaux de projets dans l'implantation des pratiques probantes en soins infirmiers. En effet, les auteurs nous expliquent l'importance des pratiques fondées sur les preuves (evidence-based practice). « Evidence-based practice is described as the application and normalization of health care practices based on scientific research and consensus of the field's stakeholders » (Lavoie-Tremblay *et al.*, 2012, p.155). Dans cette étude, les auteurs démontrent comment un bureau de transition (Transition Support Office) peut faire preuve de leadership en guidant et appuyant les gestionnaires, les cliniciens et leurs équipes à travers toutes les différentes phases d'un changement majeur de projet ou de programme dans le domaine de la santé. Lors de moments marqués par d'importants changements ou transformations, les pratiques adoptées sont évidemment vérifiées et choisies à partir d'études empiriques menées préalablement.

Claeyé et Jackson (2011) rapportent les résultats d'une étude sur l'écart entre les entrants (input) mondiaux dans la lutte contre le VIH/SIDA et la co-infection tuberculose, et les extrants (output) en termes de résultats obtenus. Les auteurs se penchent non seulement sur l'efficacité de la gestion des programmes et des projets (programmes et

projets de développement international), mais également sur l'inadéquation résultant de l'absence des questions touchant les liens et relations interculturels. L'analyse se penche sur les projets de prestation de services en santé dans les pays subsahariens. Ceci étant dit, même si l'environnement et le contexte dans lesquels naissent les projets de développement international en santé sont différents, les approches, les techniques et les outils de gestion de projet restent fortement similaires. En effet, nous avons pu voir que, tout comme le contexte, la culture, les traditions, les mœurs et l'organisation doivent être pris en considération dans les projets en TI, les projets de développement international doivent également s'y soumettre afin d'assurer le bon fonctionnement et le succès d'un projet. Par ailleurs, Agenbag et Lues (2009) analysent la gestion du personnel dans le milieu sanitaire afin de mieux contrôler et surveiller les normes et pratiques de la production du lait en Afrique du Sud. Bell et Christina (2006) quant à eux étudient la possibilité de réformer et l'organisation nécessaire pour moderniser les ressources humaines dans le système de santé ainsi que l'importance d'utiliser des outils spécifiques afin de mener à terme un projet.

Dans un autre ordre d'idées, Larrison (2003) décrit son expérience dans la réalisation d'un projet de services en santé de première ligne. Cependant, la description de ses réalisations n'est pas exhaustive, c'est-à-dire que l'auteur montre seulement comment il s'y prend pour aller de l'avant et instaurer un service de première ligne. Comment arriver à faire comprendre et à éduquer tous les intervenants du bienfait du projet et des bénéfices que l'hôpital peut en tirer. « Patience, persistence, and salesmanship are attributes vital to any project's success » (Larrison, 2003, p. 209). Pareillement, Sanders (2002) explique et décrit comment un programme de chirurgie endovasculaire a été développé et implanté dans un

hôpital communautaire. Le succès de ce programme a été le résultat des consultations et de l'implication de toutes les parties prenantes qui ont participé au projet. En fin de compte, avec le nouveau programme, l'hôpital a réduit le temps du traitement médical, ce qui lui a donc permis de faire des économies importantes. Tareen et Omar (1997) se penchent sur l'importance que peut avoir la participation de la communauté (community entry) dans le succès d'un partenariat et d'un projet de santé au Pakistan. Cela se fait surtout à l'aide des équipements de gestion de projet et des travailleurs participatifs. Il est nécessaire que la communauté agisse et travaille ensemble afin de garantir le succès de cette démarche.

Bien que le savoir sur les soins et services de santé clinique, services de santé publique et services sociaux soient important pour le système de santé en général, il ne permet pas de relever les défis de gestion des projets cliniques en particulier.

Tableau 7

Soins et services de santé clinique/services de santé publique/services sociaux

Auteurs	Année	Titre du périodique	Mots-clés	Objectifs (ou thèmes)
Lavoie-Tremblay *et al.*	2012	The Health Care Manager	Evidence-based practices, Health Care System, Organizational Performance, Transformation, Transition Office, Project Management Office	Explore the benefits of implementing evidence-based practice in health care industry through the Transition Support Office (TSO)/Project Management Office in time of organisational change.
Claeyé	2011	Journal of Health Organization and Management	Cross-cultural management, HIV, AIDS, Global health governance structure, Diseases, Management effectiveness, Project management, Sub Saharan Africa, South Africa	Reports the findings of a study on the possible gap in global inputs into the fight against HIV/AIDS and TB co-infection, and outputs in terms of results achieved. The research focus not only on the effectiveness of the managements of programs and projects, but rather the inappropriateness resulting from the lack of addressing cross-cultural issues
Lamichhane et Mangyo	2011	Journal of Health Economics	Infrastructure, Estimation bias, Children's health, Project management, Water supply	Examining the effect of water accessibility in terms of fetching water time on child health, addressing the endogeneity of fetching water time.
Agenbag et Lues	2009	British Food Journal	Milk, Hygiene, Environmental health and safety, Project Management	Assessing the availability and efficient management of resources for environmental health services, as well as the approach followed by all levels of government in allocating available resources to monitor and control the informal milk-producing sector in South Africa

Tableau 7

Soins et services de santé clinique/services de santé publique/services sociaux (suite)

Auteurs	Année	Titre du périodique	Mots clés	Objectifs (ou thèmes)
Ramani et Mavalankar	2009	Journal of Health Organization and Management	Health services, Management effectiveness, Maternity care, Children (age groups), Project planning	Presenting tools and framework to assess the management capacity to run and manage a health program, state or national wide in India.
Bell et Christina	2006	Systemic Practice and Action Research	Systemic, Planning, Project Management	Sets out some observations arising from on-going research into the use of systemic methods in the planning of complex projects within the National Health Service in the UK
Larrison	2003	Journal of Healthcare Management	Expansion, Rehabilitation, Nonprofits hospitals, Inpatient care, Project Management	Describes how a Hospital came about creating and improving patient care through the construction of rehab program specializing in traumatically injured patient which allows the opportunity to provide better continuity
Sanders	2002	Journal of Healthcare Management	Hospitals, Programme development, Endovascular surgery	Description how an endovascular surgery programme was developed and implemented in a community hospital.
Tareen et Omar	1997	Health Manpower Management	Community planning, Participation, Projects, Development agencies	Details of step to take in order to successfully take action with the community to get them to participate in a given project and in this case a hospital.
Abel et Cummings	1993	Journal of Behavioral Health Services&Research	Case management, Alcoholism, Homeless people, Drug abuse, Health services, Project Management	A Demonstration Program for Homeless Male Alcohol and Other Drug Abusers

1.6 Construction

La construction dans le domaine de la santé est un autre sujet qui retient l'attention des auteurs et chercheurs. En effet, huit (9) articles qui représentent quinze pour cent (15 %) de la totalité des articles explorent la construction dans le domaine de la santé (détails dans le tableau 8). La construction des établissements de soins et desanté est importante dans la mesure où il faut innover constamment en tenant compte des demandes et exigences futures (Barlow et Koberle-Gaiser, 2009). Elf, Engstorm et Wijk (2012) évaluent des '*briefs*' (plan ou document) qui devraient donner une perspective générale de tous les aspects d'un projet de construction dans le domaine de la santé. Les auteurs concluent que les ''briefs'' considèrent très peu les patients et presque aucunement les ''evidence-base-information'' pour mener les projets de construction. Dans le même ordre d'idées, Chandra et Loosemore (2011) se penchent sur l'importance du processus par lequel les connaissances culturelles sont échangées entre les membres du projet et les intervenants ou parties prenantes lors d'un nouveau projet de construction d'un hôpital, plus particulièrement lors de l'étape de l'information sur le projet (project briefing process). Ceci fournit des nouveaux aperçus sur les types de connaissances culturelles qui sont échangées et sur les obstacles qui se présentent. Les auteurs mettent en évidence l'importance de fournir un environnement adéquat et d'avoir suffisamment de temps pour l'interaction sociale et culturelle, ce qui favorise et encourage le partage des connaissances entre les nombreux acteurs conernés. La clé du succès d'un projet de construction d'un nouvel hôpital réside dans la confiance

mutuelle qui se crée par le partage de connaissances culturelles. Les intervenants arrivent à une compréhension commune des besoins et des caractéristiques du projet.

De leur côté, Pauget et Wald (2013) étudient comment les membres d'un projet créent, reproduisent et développent leur réseau et comment cette capacité contribue à la coordination des partenaires hétérogènes dans un réseau de projet temporaire, ce qui est appelé « compétences relationnelles » (relational competence). Les auteurs identifient trois types de compétences relationnelles soit le coordinateur (coordinator), le contrôleur (gatekeeper) et le médiateur ou le transmetteur (mediator/translator). Ces types correspondent à une position spécifique à l'intérieur du réseau et chacune joue un rôle prédominant au sein du projet temporaire. Leur étude démontre que, pour la majorité des membres du projet, leur position et les rôles dans le réseau de projet temporaire correspondent à celles prévues dans leur position formelle, c'est-à-dire dans leur poste d'attache au sein de leur organisation. Une combinaison des trois types de compétences relationnelles contribue à un travail ou projet efficace. Hegland et Kruger (2008), pour leur part, basent leurs recherches sur la construction d'un hôpital complètement numérique (électronique). L'importance de la réussite du projet est liée à l'adoption d'une culture particulière, d'un processus de gestion de projet bien défini et des outils pour tout le personnel. La construction d'un tel projet demande une planification importante et une vision bien orientée. Des valeurs et des principes guidant le projet ont été rédigés pour mener le projet à terme. L'adoption d'un nouveau processus de gestion de projet incluant tous les membres de l'équipe s'est avérée un succès. Des professionnels en gestion de projet ont

transmis des connaissances au personnel leur permettant de participer au développement et à l'augmentation des capacités pour l'amélioration des processus du projet et des opérations courantes de l'hôpital. Ensuite, l'utilisation de simulations reste un outil couramment utilisé pour développer de nouveaux services (Hegland et Kruger, 2008). Hosking (2005) nous présente sept principes-clés pour le succès de la construction d'un projet de remplacement d'hôpital. Plusieurs hôpitaux dont les infrastructures sont vieillissantes doivent être remplacés dans leur totalité. Pour ce faire, l'engagement de la haute direction et le leadership deviennent des atouts déterminants pour le succès et la réussite de tels projets. Disposer d'un temps de planification suffisant, voir grand, penser aux besoins de l'avenir, toujours essayer d'améliorer les objectifs d'opérations, les prises de décision adéquates et l'engagement de la communauté sont les principes garants du succès d'un projet de remplacement (Hosking, 2005).

Dans le même ordre d'idées, Campobasso et Hosking (2004) se penchent sur deux facteurs de succès d'un projet de construction d'hôpital. En effet, il faut être vigilant et répondre à des questions avant de faire ou entreprendre quoi que ce soit. Un facteur de succès repose sur le choix des membres de l'équipe, qui doit être précis et approprié, c'est-à-dire que rien ne doit être laissé au hasard. Les responsabilités et les rôles du gestionnaire de projet, de l'exécutif du projet et des consultants doivent être clairement établis dès le début du projet. Il est également primordial d'avoir un processus de gestion de projet très bien défini. L'un des éléments-clés sur lesquels il faut capitaliser est le principe selon lequel il faut avoir une vision claire et une compréhension du processus de gestion afin de passer de la phase de la conception à l'occupation (ou opération).

La construction des établissements sociosanitaires (hôpital, clinique, centre d'hébergement de longue durée, etc.) est une plateforme incontournable dans l'atteinte des objectifs et dans l'orientation désirée en santé dictés par le MSSS. Comme nous venons de le décrire, nombreux auteurs accordent une grande importance, pour la réussite d'un projet de construction, à l'adoption d'une interaction sociale et culturelle, d'un processus de gestion de projet bien défini et d'outils pour tout le personnel. Précisément, les professionnels en gestion de projet peuvent transmettre les connaissances ou les outils dans l'objectif de favoriser une participation de toutes les parties prenantes lors d'un projet de construction ou de réaménagement des établissements ou départements sociosanitaires. La participation de tous ceux qui sont concernés directement ou indirectement est essentielle au développement et à l'augmentation des capacités pour l'amélioration des processus du projet et des opérations courantes de l'hôpital (Hegland et Kruger, 2008). Il faut capitaliser sur les principes de partage des connaissances socio-culturelles (environnement, contexte financier, besoins et préoccupations de la population) et sur des processus de gestion bien définis afin de passer avec succès d'une phase à l'autre du projet (conception jusqu'à l'opération). Une fois de plus, le savoir sur la construction des établissements sociosanitaires est important pour le système de santé dans l'ensemble, cependant, et plus spécifiquement ce savoir ne permet pas de relever les défis de la gestion des projets cliniques dans le réseau de la santé et services sociaux québécois.

Tableau 8

Construction

Auteurs	Année	Titre du périodique	Mots-clés	Objectifs (ou thèmes)
Pauget et Wald	2013	International Journal of Project Management	Temporary organization, Project, Project network, Relational competence, Hospital, Construction, Network analysis, Complexity	Investigating relational competence in the network of a large construction project of a French hospital. Comparing the formal roles and positions of actors in the network to their actual roles and positions and analyze how relational competence promotes the coordination of project work
Elf, Engstrom et Wijk	2012	Construction Management and Economics	Assessment, briefings, building design, healthcare, quality improvement	Assess the content and quality of initial briefs created in early stages of briefing in construction of healthcare environment
Chandra et Loosemore	2011	Construction Management and Economics	Stakeholders, Content Analysis, Communication, Hospitals, Project Management, Corporate culture, Conflict, Knowledge, Facilities Management.	Explore the process by which cultural knowledge is exchanged between project members and hospital stakeholders during the briefing process in order to provide new insights into the types of cultural knowledge exchanged and the impediments/obstacles to this happening
Barlow et Koberle-Gaiser	2009	California Management Review	Healthcare, innovative constructions, adaptability	Understanding the relationship between Private Financial Initiative and innovation in the design of healthcare infrastructure to enable future adaptability
Cardno	2008	Civil Engineering	Sustainable design, Cost reduction, Building construction, Project Management, Hospitals	Describing a construction of a new hospital and the innovation that goes with it

Tableau 8

Construction (suite)

Auteurs	Année	Titre du périodique	Mots-clés	Objectifs (ou thèmes)
Hegland et Kruger	2008	Physician Executive	Start-ups, Success, Corporate culture, Project Management, Hospitals	Describing how a new built hospital also built its culture, adopted a new project management process, and developed new tools to help manage all aspects of the hospital
Bowerman	2006	Leadership in Health Services	Primary care, Architecture, Community planning, Community health centres	Assessing the process undertaken by Capital Health responsible for planning and developing a new primary care centre in an older urban, demographically mixed neighbourhood in Edmonton, Alberta
Hosking	2005	Journal of Healthcare Management	Facilities planning, Leadership, Guidelines, Hospitals, Project Management	Discussing the key elements that make a replacement facility (health) projects successful. The most important aspects remain senior management engagement and leadership
Campobasso et Hosking	2004	Journal of Healthcare Management	Building construction, Planning, Teamwork, Guidelines, Leadership, Hospitals, Project Management	Providing and detailing success factors in hospital construction. Team members are crucial to the outcome of the project

1.7 Les grands principes de gestion de projet et leur applicabilité au secteur de la santé

Dans cette catégorie de la recension des écrits, il y a neuf (9) documents (1 livre et 8 articles) qui représentent quinze pour cent (15 %) de tous les écrits qui sont directement liés à la gestion de projet dans le milieu du système de santé; la liste et les thèmes de tous les articles sont détaillés dans le tableau 9.

Le livre de Shirley (2011), qui a été inclus dans la présente recherche, traite directement de la gestion de projet et du secteur de la santé. L'auteur explique et avance plusieurs principes (par exemple : time-tested principles) de la gestion de projet qui peuvent contribuer au succès, à la réduction des coûts et à l'amélioration de la qualité des projets dans le système de soins et de santé. L'auteur explore la discipline de la gestion de projet dans la perspective de l'environnement des soins et de santé. Des outils et des techniques nécessaires pour planifier, exécuter et contrôler n'importe quel projet de santé sont détaillés. L'identification des parties prenantes pour rédiger un plan de projet semble primordiale, car l'utilité du plan aide l'exécution du projet dans les délais prévus, et rend possible le respect du budget et l'atteinte des objectifs de qualité. Plusieurs exemples et cas pratiques sont présentés ; cependant, ceux-ci relèvent du domaine de l'industrie pharmaceutique et médicale. Les processus et les meilleures pratiques retenues pour mettre des produits (pharmaceutiques ou objets médicaux) sur le marché sont conjointement comparés avec l'implémentation d'un projet de service dans le domaine de la santé, puisque la majorité du personnel de la santé aura inévitablement à se plier aux processus de gestion de projet et sera donc tenue d'interagir avec les industries pharmaceutiques et médicales. L'objectif du

livre est d'illustrer les bonnes applications d'outils et de techniques pour gérer les projets de santé le plus efficacement possible. Cependant, l'analyse de David Shirley reste vague et trop générale. En effet, les pratiques présentées sont le plus souvent applicables à la majorité des projets et leur valeur et leur utilité font l'objet d'un large consensus. Les outils et principes semblent intéressants en surface, mais, en réalité, il reste beaucoup à faire et à démontrer en ce qui a trait à l'efficacité sur le terrain, c'est-à-dire par rapport aux services de santé. Il faudrait peut-être appliquer les principes dans une panoplie de projets en santé et voir les avantages et bénéfices que l'on peut retirer des principes proposés par Shirley (2011).

Dans tout projet nous retrouvons des obstacles et des problèmes qui concerne tous les types de ressources (humaines, matérielles, financières). Hartmann (2013) présente une extension du problème d'ordonnancement de projet concernant la contrainte des ressources (le personnel). Il propose que la demande de ressources reliées aux activités et à l'approvisionnement d'un projet varie au fil du temps. Il démontre sa théorie à travers une étude de cas, un projet de recherche médicale dans le monde réel. L'auteur utilise une approche heuristique pour répondre au problème d'ordonnancement, où la méthode d'investigation rationnelle est basée sur une gamme de donnés qui sert à résoudre le problème. Par le fait même, Hartmann (2013) introduit une nouvelle priorité où l'approche heuristique est basée sur un mécanisme de sélection d'activité randomisée appelé tournois (tournaments). Alors, la disponibilité des ressources (personnelles et matérielles) et leurs demandes peuvent se faire au fil du temps ou du projet.

Yeow et Edler (2012) nous présentent l'importance des outils de gestion de projet comme étant une fin stratégique dans les domaines de contrats ou d'acquisition et d'innovation dans le secteur de la santé. Ils identifient le processus de contrat comme étant complexe et appellent à un ''projectification'', c'est-à-dire à une transformation de tout le processus en termes de projet. D'autre part, Hernandez, Aderton, & Eidem (2011) décrivent l'importance d'un gestionnaire de projet lorsque des grands projets sont menés dans le milieu de la santé. Les bienfaits d'avoir un gestionnaire de projet, préférablement accrédité par le *Project Management Institute* (PMI), est un atout non négligeable pour garantir le succès des projets de services de soins et de santé. L'importance d'un gestionnaire de projet devient primordiale dans un management ou lors d'une restructuration d'un département ou d'une clinique médicale, car ce dernier se préoccupe spécifiquement de contrôler les projets dans sa portée, dans les délais, les coûts et la qualité des objectifs fixés. Tout en ayant une connaissance du domaine de projet, le gestionnaire devrait venir de l'extérieur de l'organisation et sa tâche principale serait l'aboutissement du projet. « As physician leaders are asked to lead large projects in health care, they discover how valuable project managers can be in organizing and bringing complex projects to successful completion on time and on budget » (Hernandez *et al.,* 2011, p.62). Dans le même ordre d'idées, Datsenko et Schenk (2013) démontrent que les habilités ou caractéristiques interpersonnelles et relationnelles (soft skills) des gestionnaires sont très importantes. Les auteurs concluent que la communication effective reste une habilité primordiale pour mener un projet et l'équipe de projet vers le succès. D'après leurs études et après le sondage effectué auprès des leaders de

projet européens et américains, tous s'entendent pour dire qu'un bon leader de projet dans le domaine de la santé doit impérativement détenir une forte habileté en communication effective et avoir des objectifs précis et clairs ainsi qu'un style de travail proactif. MacLean, Berends, Hunter, Roberts, & Mugavin (2012) décrivent des catégories de barrières (barriers) et facilitateurs (enablers) qui entravent ou favorisent le succès dans des projets en santé liés à l'alcool et autres drogues. Ils concluent que les barrières et les facilitateurs des projets comprennent le partenariat avec les organisations externes, la communication, le recrutement du personnel et la planification du projet.

Pour Pinto et Pinto (1990), le domaine de la santé est un contexte instrumental qui permet d'étudier la communication, facteur de succès primordial pour la réussite des nouveaux projets en recherche et développement. Pinto et Pinto (1990) mettent en évidence que la communication fait partie intégrante du succès d'un nouveau projet dans les programmes de système de santé. Leurs recherches évaluent la relation entre les deux aspects de la communication (formels et informels, ainsi que la raison de la communication) et le niveau de coopération inter-fonctionnelle réalisé par une équipe de projet au sein des programmes dans les hôpitaux. Les résultats de leurs recherches ne sont pas surprenants, puisque les équipes avec un haut niveau de coopération réussissent plus efficacement leur projet, comparativement aux équipes dont la coopération est faible en termes d'utilisation accrue des méthodes informelles et formelles de communication. En d'autres termes, la coopération inter-fonctionnelle est un indicateur de réussite de certains projets (Vega-González, Hernández, Sánchez, & Ortega-Martinez, 2012; Pinot et Pinto, 1990).

Les connaissances et les principes du domaine de gestion de projet peuvent toucher tous les secteurs et les sphères du système de santé. Cela dit, pour comprendre comment les connaissances acquises en gestion de projet peuvent constituer un levier dans l'atteinte des objectifs stratégiques en matière de santé, il faut saisir et comprendre l'importance ou la contribution que ces connaissances peuvent concrètement apporter pour atteindre les objectifs. Comme le décrivent les auteurs que nous venons d'analyser, il est important que, pour augmenter les chances de réussite du projet, que les outils et les techniques servant à planifier, à exécuter et à contrôler un projet soient bien identifiés et compris par toutes les parties prenantes. Par exemple, un plan de projet bien déterminé et coordonné par un gestionnaire ayant des connaissances des principes de projet augmente les chances de réussite d'un projet tout en respectant les délais, les coûts et la qualité des services. Un bon gestionnaire (ayant des connaissances en gestion de projet), une bonne communication (information sur tout le projet et lors de toutes les phases) et la gestion des attentes des parties prenantes (surtout celles qui sont directement touchées) semblent être des atouts dans l'aboutissement des projets de soins et de santé. Les connaissances en gestion de projet peuvent aider les établissements sociosanitaires à un meilleur contrôle des finances, des ressources humaines, de la productivité et de la qualité des projets entrepris pour atteindre tous les objectifs dictés par le MSSS. C'est précisément, ce savoir (les grands principes de gestion de projet et leur applicabilité au secteur de la santé) qui est important pour relever les défis de la gestion des Projets Cliniques (cliniques). Il est donc important de miser, de comprendre et l'implanter dans la gestion et la réalisation des projets cliniques des CSSS.

Tableau 9

Les grands principes de gestion de projet et leur applicabilité au secteur de la santé

Auteurs	Année	Titre du périodique	Mots-clés	Objectifs (ou thèmes)
Hartmann	2013	Flexible Services and Manufacturing Journal	Project management, Project scheduling, Temporal constraints, Resource constraints, Priority rule, Tournament heuristic, Computational results	Discusses an extension of the classical resource-constrained project scheduling problem in which the resource availability as well as the resource request of the activities may change from period to period. Provides a new priority rule heuristic that is based on a randomized activity selection mechanism which makes use of so-called tournaments
Datsenko et Schenk	2013	Applied Clinical Trials	Clinical research, Soft skills, Project leader, effective communication	Examining the interpersonal characteristics (soft skills) of executive clinical project leaders involved in the development of programs encompassing a range of highly complex clinical trials
Yeow et Edler	2012	Journal of Public Procurement	Public procurement, innovation procurement, healthcare, project management	Considering the use of project management as a strategy for the procurement of innovations that do not yet exist. Projectification of the procurement process when dealing with innovation as a way of overcoming capacity, capability and resource issues as well as containing and managing risk.

Tableau 9

Les grands principes de gestion de projet et leur applicabilité au secteur de la santé (suite)

Auteurs	Année	Titre du périodique	Mots-clés	Objectifs (ou thèmes)
MacLean et al.	2012	Australian & New Zeland Journal of Public Health	Heath services research, health planning guidelines, capacity building, community health services	Studies empirically-based categories of barriers and enablers to project implementation.
Vega-Gonzalez et al.	2012	International Journal of Management	Biological tissue cut laser, project management, innovation, propriety technology	Case study of the development project of a biological tissue cut laser system for the cardiac bioprosthese for hospital in Mexico - the importance of project management to succeed in the multi-team project.
Shirley	2011	CRC Press (Livre)	Project Management, Healthcare, Care facility, Process,	Exploring the discipline of project management from the perspective of healthcare environment.
Hernandez et al.	2011	Physician Executive Journal	Credentialing, Physicians, Project Management, Hospitals	Describing how physician leaders are asked to lead large projects in health care and how valuable project managers can be in organizing and bringing complex projects to successful completion on time and on budget.
Gray	2005	Project Management Journal	Associations, Medical ethics, History, Hospitals, Project Management	Description the application of the ethics utilized in the profession of Project Management (PMI) to a healthcare organization
Pinto et Pinto	1990	Journal of Product Innovation Management	Managers, Cooperation, Teamwork, Communication, Effects, Roles, Hospitals, Project Management	Assessing the relationship of two aspects of project team communication (formal vs informal modes and reason for it) with the level of cross-functional cooperation actually achieved within a hospital project team charged with developing a new program

2. Spécifications de l'objectif de la recherche

La catégorisation et l'analyse de la recension des écrits, décrites plus haut, démontrent où l'effort est déployé dans la recherche scientifique en gestion de projet dans le milieu de la santé. Plus particulièrement, les académiciens et les chercheurs étudient principalement les infrastructures (TI, construction) et l'administration hospitalière, c'est-à-dire la gestion des ressources humaines, la gestion des laboratoires, la gestion des départements de soins et de santé, l'évaluation du rendement, la gestion des finances et de la comptabilité. En effet, la grande majorité (67.50 %) des publications portent sur les infrastructures : la technologie de l'information et de construction représente vingt-neuf (29) articles ou 49 % des textes recensés, et l'administration des hôpitaux occupe l'attention d'onze (11) articles représentant 18.5 % de la totalité des écrits recensés. Seulement, dix (10) articles ou 17 % des productions ont pour thème la gestion de projet qui concerne l'un ou l'autre des aspects de la mission et des objectifs du système de santé comme celui du Québec, c'est-à-dire offrir des soins et des services de santé (cliniques ou publics) et des services sociaux.

Le constat est très évident : les objectifs visés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec d'accessibilité, de continuité et de qualité compris dans le projet clinique n'ont pas fait spécifiquement l'objet de recherches ou d'études scientifiques et académiques. Les articles de Lavoie-Tremblay *et al.* (2012); Dey, Hariharan & Brookes (2006); Thor, Herrlin, Wittlöv, Skår, Brommels & Svensson (2004); et Ruscitti *et al.* (2000) se penchent sur la notion de la qualité sans essentiellement cibler les soins en

santé. Un (1) seul article s'intéresse à la notion de continuité (Geelen-Baass et Johnstone, 2008), mais encore une fois sans réellement se pencher sur les soins et services dans le système de santé. En effet, ces derniers soulignent l'importance d'avoir en place un plan de continuité (Business Continuity Management) pour les institutions hospitalières et de soins de santé afin de ne pas rompre avec les services offerts lors d'un évènement majeur. L'objectif d'accessibilité ne retient l'attention d'aucun article recensé.

La prestation des services de soins et de santé est un élément essentiel dans le domaine de la santé. Il est difficile d'évaluer la performance d'un centre ou d'une institution en santé sans considérer l'efficacité des offres de service et, ultimement, les soins donnés à la population en général et à ceux dans le besoin. La mission globale dans un système de santé devrait être établie selon les objectifs fixés par le gouvernement ou les institutions de soins de santé et services sociaux. Dans la présente recherche, ce qui nous intéresse est précisément les orientations dictées par le MSSS. Cela dit, dans le cas des projets cliniques de la réforme de 2004, l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et des services de santé sont au cœur des enjeux du projet au Québec. De toute évidence, et comme nous venons de le démontrer par la recension des écrits, un important travail reste à faire en ce qui concerne les objectifs visés par le MSSS pour l'ensemble du territoire québécois. En 2004, le projet a été explicitement choisi comme fondement stratégique à l'amélioration du système de santé québécois, d'où l'importance de faire une étude afin d'analyser la situation et l'état du projet clinique de sorte à tirer des leçons pour les réformes en cours et à venir.

De plus, la recension des écrits dévoile timidement l'importance que peut avoir la gestion de projet dans le domaine de la santé. Les auteurs ne s'attaquent pas directement à l'apport que peut avoir la gestion de projet dans le « succès » de la prestation de services de soins et de santé. Parallèlement, la recension nous n'indique en rien comment la discipline de la gestion de projet peut aider à l'atteinte des objectifs fixés par le MSSS dans le projet clinique tout en augmentant la performance du système de santé au Québec. Un travail est d'autant plus à faire dans le champ de la gestion de projet, puisque seulement trois (3) des cinquante-quatre (54) articles retenus ont été publiés dans l'une ou l'autre des revues principales en gestion de projet. Dans le *Project Management Journal*, Gray (2005) nous décrit la conformité des principes d'éthique des professionnels en gestion de projet (certifiés par le PMI) et les organisations de soins et de santé. Hayes (2000) évalue la complétude et l'efficacité que peut avoir un modèle de charte de projet comme un outil de gestion lors de l'élaboration d'un projet. Dans l'*International Journal of Project Management,* Houghman (1996) expose les dangers qui se manifestent dans un projet de technologie, sans toutefois avoir fait une recherche pour bien comprendre les facteurs sociaux qui s'y rattachent. Ce dernier n'a également pas approfondi les questions entourant les développements technologiques d'un projet, ou encore l'importance d'une gestion organisationnelle adaptée à celui-ci. La nécessité de faire une étude dans le domaine de gestion de projet est donc sans équivoque. Comprendre et expliquer le projet et la gestion de projet dans le domaine de la santé est d'autant plus d'actualité du fait que plusieurs organisations, notamment en santé, privilégient ce moyen afin d'arriver à l'atteinte de leurs objectifs, comme c'est le cas pour le système d'organisation sociosanitaire québécois.

Subséquemment, et face au manque flagrant de recherches scientifiques sur le projet et la gestion de projet dans les services de soins et de santé, le gouvernement du Québec, et plus particulièrement les MSSS, a fait du projet un levier, voire un principe fondamental et central de sa dernière réforme. De plus, les objectifs du Projet Clinique devaient être organisés et livrés par des projets dans le secteur de la santé (MSSS, 2004a). La réforme du secteur de santé de 2004 a privilégié un modèle de gestion par projet afin d'atteindre les objectifs fixés d'accessibilité, de continuité et de qualité : « Les modèles de gestion de projet ou de gestion par projet sont identifiés comme des modèles porteurs ». Il était «… suggéré que les centres de santé et de services sociaux se dotent d'une telle structure de projet et mettent à contribution leurs ressources professionnelles, médicales et cadres les plus convaincues et convaincantes de leur organisation » (MSSS, 2004a, p.162). Les projets cliniques que devaient concevoir tous les CSSS du réseau local comprenaient une démarche qui visait à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population du territoire à partir de divers modes de prestation de services adaptés aux réalités locales, articulés entre différents intervenants communautaires et qui englobaient un ensemble d'interventions (la promotion et la prévention de la santé, le diagnostic, les traitements, le suivi, l'adaptation et le soutien à l'intégration sociale et le soutien en fin de vie). Le projet clinique et sa gestion étaient appelés à intégrer les dimensions sociales et de santé en tenant compte de la diversité des interventions et des services sociosanitaires à offrir à une population définie. Ainsi, les CSSS étaient tenus de fournir les services requis à la population, tout en respectant les modes d'organisation et les contributions convenues avec les différents partenaires (privés, publics et communautaires). Évidemment, tous les projets cliniques, de leur conception à

leur réalisation, devaient être en harmonie avec les orientations ministérielles et régionales, dans le respect des différents standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, et ce, selon les ressources disponibles. Comme décrite dans les paragraphes ci-dessus, la planification d'un projet clinique devait tenir compte de deux composantes fondamentales afin de guider les CSSS, soit de passer d'une logique de production de services à une logique visant à améliorer la santé et le bien-être de la population, ainsi que de travailler en réseau intégré de services avec les divers intervenants et partenaires du réseau local, tout en lien avec les niveaux régionaux et provinciaux (MSSS, 2004a).

Comme l'objectif du Projet Clinique était l'offre de services en santé améliorée, ce projet s'inscrivait bien dans la réforme du système de santé de 2004 qui, contrairement à la *Loi 10* (réforme Barrette), promouvait la décentralisation vers les régions et les usagers. En effet, elle incitait la participation des usagers et de la population nécessaire à la prise de décision en matière d'organisation des services de santé et sociaux dans les régions. Conséquemment, le Projet Clinique était porteur de changement, car, pour la première fois au Québec, le mode d'organisation de la prestation des services en santé était réformé pour favoriser l'utilisation du projet dans le but d'augmenter l'efficacité et l'efficience du secteur de la santé et, ainsi, résoudre les problèmes majeurs qui subsistaient. C'est aussi par cette avenue que le MSSS espérait atteindre les objectifs légiférés et souhaités depuis la réforme de 2004. Cependant, nous avons constaté lors de la recension des écrits qu'aucune recherche ne soulève les mérites de la démarche avancée par le Projet Clinique qui venait corriger les problèmes ou les lacunes du système de santé et, subséquemment, augmenter la

performance des soins et services de santé. Ce manque criant de recherches sur le projet en santé comme levier de développement stratégique est une occasion que nous saisissons et qui nous permettra, dans le cadre de notre recherche, de mieux comprendre comment le Projet Clinique peut s'inscrire dans l'évolution d'une amélioration tant attendue d'un système de santé en difficulté. Il reste néanmoins que le maître du jeu, soit le MSSS, dicte les fondements principaux et les directives de l'organisation des services de santé et services sociaux du Québec[5]. Il s'agit d'un processus politique qui consiste à trouver un équilibre entre les influences et les exigences sociétales dont nous ne pouvons aujourd'hui ignorer l'importance, tant sur le plan électoral que moral. Cela implique d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques en gardant toujours la même orientation stratégique, soit de délimiter et de corriger les évolutions non souhaitées et les anormalités ou, encore, de se doter d'une législation.

Lors de la réforme de 2004, l'organisation des soins de santé et des services sociaux faisait référence à une nouvelle forme d'organisation qui misait sur la gestion par projet. Évidemment, les facteurs de succès devaient impérativement être maîtrisés. Les CSSS étaient ainsi appelés à miser sur :

---

[5] En effet, si en 2004 la réforme a pris le virage de la décentralisation, en 2015 c'est l'orientation de la centralisation qui devient la nouvelle priorité (Castonguay, 2015).

- ✓ L'effet de mobilisation et d'entraînement qu'apportait la mise en marche de plusieurs projets qui étaient menés conjointement, ainsi que l'équilibre à garder pour que leur grand nombre « n'écrase pas » l'organisation ;
- ✓ L'implication de plusieurs interlocuteurs de divers secteurs, notamment dans la phase initiale de diagnostic de l'organisation et de la détermination du but à atteindre;
- ✓ Le rôle de chef d'orchestre de la haute direction dans la définition des « pourquoi » et de son rôle d'accompagnateur dans la recherche des « comment » ;
- ✓ L'identification d'équipes de projet et de leaders qualifiés qui feraient éventuellement la mise en œuvre du projet ;
- ✓ La reconnaissance par tous que l'organisation devait être en phase d'apprentissage - un apprentissage devant être soutenu par la formation et l'acceptation par tous du droit à l'expérimentation (MSSS, 2004a, 67).

De toute évidence, en 2004, le MSSS s'attendait à pouvoir trouver dans le champ de la gestion de projet les connaissances nécessaires à la gestion des projets cliniques sur le plan local. La création des projets cliniques, ici employés pour piloter des changements stratégiques, était certes innovante, mais les résultats escomptés restaient à être prouvés. Le projet est un élément nouveau dans le système de soins et de santé au Québec. Historiquement, et cela est vrai jusqu'à la réforme de 2004, le projet ne faisait aucunement partie des orientations législatives ou stratégiques en santé au Québec. Comme il est mentionné précédemment, la gestion de projet est une discipline en pleine expansion, et nous le constatons avec son introduction dans le domaine de la santé au Québec.

Le PMI présente dix (10) domaines de connaissances en gestion de projet qui sont essentiels dans l'aboutissement et la réussite d'un projet, que celui soit d'ordre stratégique (comme l'était le projet clinique) ou non. Cependant, la recension des écrits ne nous dévoile aucunement la portée que peut avoir la gestion de projet dans la prestation des services de première ligne ou encore par rapport à des aspirations plus stratégiques telles que l'augmentation de la performance de l'ensemble du système de santé au Québec. De plus, peu d'études et de connaissances sur le projet (sa gestion) et la santé sont connues au Québec. Les 94 CSSS au Québec ont eu le mandat de produire un rapport annuel de gestion qui devait inclure leurs progrès et l'état de la situation en lien avec les projets cliniques. Ces rapports seront plus détaillés et expliqués dans les prochaines sections. Cela nous amène à l'objectif spécifique de cette recherche qui est **de décrire, de façon rétrospective, l'état de la situation des projets cliniques des centres de santé et de service sociaux relativement aux domaines de connaissances du *Projet Management Institute.*** De facto, deux questions se posent : Comme l'a promue le MSSS en 2004, la gestion de projet est-elle une approche efficace pour la conduite de projets stratégiques pour le système de santé tels que les projets cliniques au Québec ? Si tel est le cas, quelle approche de gestion de projet fallait-il privilégier pour les projets cliniques? Répondre à ces deux questions nous amène à nous en poser une troisième, soit : quelle place peut prendre les domaines de connaissances en gestion de projet du *Project Management Institute* dans l'atteinte des objectifs de projets stratégiques en santé ?

CHAPITRE II - CADRE DE RÉFÉRENCE THÉORIQUE

1. Project Management Institute et son PMBOK

La gestion ou le management de projet comme domaine d'étude, et surtout comme pratique, s'est concrétisé depuis une quarantaine d'années avec la création du *Project Management Institute* (PMI) aux États-Unis (Morris, 2013). Le PMI offre des certifications reconnues à travers le monde qui se basent sur les connaissances et l'expérience professionnelle en gestion de projet. De plus, l'Institut s'est consacré à développer des standards reconnus internationalement, tout en proposant des principes, des domaines de connaissances ou compétences, des processus de management de projet des meilleures pratiques pouvant s'appliquer à une panoplie de projets, peu importe le secteur de l'industrie (services gouvernementaux, soins et santé, TI, ingénierie, construction, etc.). Les standards reconnus comprennent les connaissances et les processus essentiels afin de gérer des projets dans les meilleures conditions possibles. Les connaissances et les processus peuvent être appliqués, pratiqués et utilisés pour aider généralement toute personne qui travaille de près ou de loin en management ou en gestion de projet.

Le *Guide du corpus des connaissances en management de projet* (Guide PMBOK, 5e Édition, 2013) publié par le PMI regroupe et décrit une panoplie de connaissances, de processus et de bonnes pratiques de management de projet. Ce dernier est structuré autour

de cinq (5) groupes de processus de management de projet[6]. Chaque processus est décrit en termes d'intrants, d'extrants et d'activités. Chacune des activités comporte des outils et techniques applicables en management de projet (tous projets et types d'industries confondus). Les groupes de processus sont : le démarrage, la planification, l'exécution, le contrôle et la clôture du projet. D'autre part, le Guide PMBOK (2013) aborde dix (10) domaines de connaissances en management de projet : management de l'intégration; du contenu; des délais; des coûts; de la qualité; des ressources humaines; des communications; des risques; des approvisionnements et, enfin, management des parties prenantes (stakeholders). Chaque domaine de connaissances comprend des processus de base qui incluent des éléments de données d'entrée, des outils et techniques, et des données de sortie. Par exemple, le management de l'intégration comprend le processus d'élaboration de la charte de projet. Pour élaborer cette dernière, une étude économique sera nécessaire (données d'entrée), le jugement des experts est une technique qu'il faut utiliser (outils et techniques) et enfin l'extrant sera la charte de projet (données de sortie).

---

[6] « Un processus est un ensemble d'actions et d'activités en relation les unes avec les autres, menées à bien pour aboutir à un ensemble prédéfini de produits, de résultats ou de services » (PMBOK, 2013, p. 47).

2. La gestion de projet et le secteur de la santé au Québec

Le corpus des connaissances en management de projet (Guide PMBOK, 2013) se veut général et, par conséquent, applicable dans le secteur de la santé : « (…) probably most projects initiated in the healthcare environment have some aspect of life and death involved » (Shirley, 2011, p.8). De nombreux projets initiés dans le domaine de la santé sont uniques à plusieurs égards. Le secteur des soins et des services de santé est complexe et fragmenté ; nous trouvons de nombreuses parties prenantes (institutions gouvernementales, corps médical et infirmier, administrateurs d'institutions sociosanitaires, ainsi que la population en générale/usagers) et les processus doivent accommoder une dynamique dans un environnement de changement rapide (Lee, 2010). Au Québec, du moins, toute action doit viser l'objectif principal de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. De plus, nous pensons que la thèse soutenue par Soderland (2004) et Engwall (2003), à savoir que la gestion de projet doit impérativement prendre en compte le contexte culturel, institutionnel, social et historique de l'organisation, s'avère d'autant plus pertinente dans le domaine de la santé. La réalité géographique, la pénurie des professionnels de la santé, le financement, les priorités et orientations gouvernementales, ne sont que des exemples qui témoignent du fait que l'environnement et le contexte entourant un projet ne peuvent être ignorés.

3. Concepts théoriques mobilisés dans la présente recherche

Il nous apparaît important de rappeler de nouveau que le mandat de développer et d'implanter des projets cliniques (tout en visant des objectifs d'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité) a été confié aux CSSS. Ils devaient s'acquitter de cette responsabilité en utilisant et en intégrant les domaines de connaissances en management de projet (MSSS, 2004a), tout en tenant compte des 9 programmes-services du MSSS. Conséquemment, notre cadre de référence théorique comprend deux (2) séries de concepts ou de notions : (i) les onze livrables du projet clinique (sous-jacent les trois objectifs du Projet Clinique : accessibilité; continuité; qualité) et (ii) les dix (10) domaines de connaissance (avec leurs processus de base et les étapes) en gestion de projet.

Il faut préciser que les connaissances, les compétences ou les processus décrits par le PMI ne peuvent pas toujours être appliqués de manière uniforme à tous les projets ou les phases du projet. Pour un projet donné, le gestionnaire de projet, en collaboration avec l'équipe, a la responsabilité de déterminer et de proposer les processus et les éléments qui sont appropriés afin de produire un extrant, et ce, dans le but d'atteindre les objectifs de celui-ci. Nous ferons de même dans le cadre de notre recherche. Nous ne privilégierons que les processus et les éléments qui, à notre avis, auraient permis l'atteinte des objectifs ciblés du projet clinique. Une description de chaque domaine de connaissances en gestion de projet et les processus s'y rattachant se trouve au Tableau 10. Pour mieux comprendre le tableau, il est à noter que nous avons donné une description, ou le rôle que chaque domaine de

connaissances peut ou devrait jouer dans un projet donné. Ensuite, les processus de base se rattachant à chaque domaine sont relevés avec des exemples. Les flèches (pointant vers le bas) indiquent que les processus avec les étapes (données d'entrée, outils et techniques, données de sortie) devront être abordés et analysés d'une manière conséquente, du haut vers le bas. Autrement dit, il y a des documents (données de sortie) qui sont nécessaires et obligatoires pour le prochain processus (données d'entrée). Enfin, et pour chaque processus, nous avons les détails des données d'entrée, des outils et techniques, et des données de sortie. Les flèches (pointant de gauche à droite) indiquent que tous les éléments (données d'entrée, outils et techniques et données de sortie) peuvent être choisis à tout moment et selon les besoins. Bien sûr, nous n'aborderons pas tous les processus, ni les éléments qui se trouvent dans le PMBOK (2013), mais une sélection que nous estimons importante eu égard à la gestion de projet qui était à faire lors de la réalisation des projets cliniques.

Pour chaque livrable des projets cliniques dont les CSSS avaient la responsabilité et qui visait un objectif – d'accessibilité, de continuité ou de qualité – nous proposons des domaines de connaissances fondamentaux et les processus de base s'y rattachant. Pour chaque processus de base, il faut déterminer des données d'entrée, des outils et techniques et des données de sortie afin de produire des documents de gestion de projet dans le but d'organiser le projet adéquatement et dans sa totalité. Les sections suivantes sont divisées selon les trois dimensions de l'objectif du Projet Clinique (accessibilité, continuité et qualité) et les livrables associés à chacune d'elles (projet clinique des CSSS). Pour chaque dimension de l'objectif du Projet Clinique, nous présentons au Tableau 10 un résumé des

livrables, des domaines de connaissances en management de projet, des processus de base et des éléments qui s'y rattachent. Nous pensons que les domaines de connaissances et les processus qui y sont liés auraient grandement aidé dans la démarche d'élaboration et la réalisation des livrables des projets cliniques qui incombait à tous les CSSS dans le but d'améliorer la santé et le bien-être de toute la population.

Tableau 10

Domaine de connaissance en management de projet et processus de base (Le Guide PMBOK, 2013)

Domaine de connaissance	Définition / Rôle	Processus de base (chaque processus a des données d'entrée, outils et techniques et données de sortie)	Données d'entrée	Outils et techniques	Données de sortie
Management de l'intégration du projet	Processus et activités qui permettent d'identifier, de définir, de combiner, d'unifier et de coordonner les différents processus et activités de management de projet au sein des groupes de processus de management de projet.	↓ Élaborer la charte du projet ↓ Élaborer le plan de management du projet ↓ Diriger et piloter l'exécution du projet ↓ Surveiller et maîtriser le travail du projet ↓ Mettre en œuvre la maîtrise intégrée des modifications ↓ Clore le projet ou la phase	→ Énoncé des travaux (choix de projet clinique, besoin de la clientèle, description des services, objectifs stratégiques) → Plan de management (identification des mécanismes, approches et modèles du projet clinique) → Contrat et entente de service avec partenaires communautaires privés/publics → Facteurs environnementaux des CSSS (population, besoins, clientèles particulières, démographie) – (RH, compétence, disponibilité) → Actifs organisationnels (orientations du MSSS et culture organisationnelle) → Rapports d'avancement (statut des projets cliniques, gestion et rapport de rendement) → Livrables acceptés (approbation, réalisation des services)	→ Jugement d'experts (PMO, administration, professionnel du CSSS) → Système de gestion de l'information (projets coordonnés et centralisés, outils d'information) → Réunions de maîtrise des modifications (comité d'administration, gestionnaire de projet)	→ Charte du projet (autorisation du projet clinique, niveau de service, responsabilité) → Plan de management du projet (mécanismes, approches, modèles choisis pour livrer les services) → Mises à jour du plan de management (modification au cours du projet) → Mises à jour des documents du projet (état de l'avancement et ajustement) → Demandes de modification (ajustement, révision des projets cliniques) → Transfert des services ou du résultat final (interventions et services offerts aux clientèles) → Mises à jour des actifs organisationnels
Management du contenu du projet	Processus permettant d'assurer que tout le travail requis par le projet, et seul le travail requis, est effectué pour achever le projet avec succès	↓ Planification du management du contenu ↓ Recueillir les exigences ↓ Définir le contenu ↓ Créer la structure de découpage du projet ↓ Vérifier le contenu ↓ Maîtriser le contenu	→ Charte du projet (autorisation du projet clinique, niveau de service, responsabilités) → Registre des parties prenantes (identification des concernés) → Actifs organisationnels (les orientations du MSSS et la culture organisationnelle) → Documentation des exigences (description de l'objectif de chacun des projets cliniques) → Énoncé du contenu du projet (détails des livrables et le travail nécessaire) → Plan de management (intégration et consolidation des plans de gestion et planification de projet) → Information sur la performance du travail (avancement du projet – cycle de vie)	→ Entrevues (contact direct avec les parties prenantes) → Groupes de consultation (parties prenantes et experts en la matière) → Techniques de prise de décision en groupe (décision en groupe des intéressés au projet clinique) → Questionnaires et enquêtes (cueillette d'information auprès des intéressés – internes/externes) → Observations (les pratiques en place, façons de travailler, bonnes pratiques) → Décomposition des activités (division des livrables - plus petits et plus faciles à gérer) →	→ Documentation des exigences (description de l'objectif de chacun des projets cliniques) → Plan de management des exigences (détails d'analyse, documentation et gestion des exigences) → Énoncé du contenu du projet (détails des livrables et du travail nécessaire) → Structure du découpage du projet (SDP) (subdivision des livrables et le travail – maîtrise plus facile) → Mesures de performance du travail → Demandes de modification (contenu de base et autres composantes de management du projet)
Management des délais du projet	Processus permettant de gérer l'achèvement du projet dans le temps voulu	↓ Planification des délais ↓ Définir les activités ↓ Organiser les activités en séquence ↓ Estimer les ressources nécessaires aux activités	→ Référence de base du contenu (contraintes et hypothèses du projet) → Facteurs environnementaux des CSSS (population, besoins, clientèles particulières, démographie) – (RH, compétence, disponibilité) → Actifs organisationnels (orientations du MSSS et culture organisationnelle) → Liste et attributs des activités (identification des activités qui auront besoin de ressources)	→ Décomposition des activités (division des livrables - plus petits et plus faciles à gérer) → Planification par vagues de travail prévu à court terme et planifié en détail) → Modèles (standard déjà implanté dans les CSSS) → Méthode des antécédents (liaison entre les activités et dépendances)	→ Liste et attributs des activités (identification des activités qui auront besoin de ressources) → Liste des jalons (« milestones ») (événements significatifs du projet) → Besoins en ressources nécessaires aux activités (types et quantités de ressources nécessaires) → Structure de découpage des ressources (structure hiérarchique des ressources – catégorie et type)

		↓ Estimer la durée des activités ↓ Élaborer l'échéancier ↓ Maîtriser l'échéancier	→ Liste des jalons (« milestones ») (évènement significatif du projet) → Énoncé du contenu du projet (détails des livrables et le travail nécessaire) → Calendriers des ressources (disponibilités personnelles, équipement et matériel) → Estimations de la durée des activités (temps alloué aux activités et l'ensemble du projet)	→ Logiciel de gestion de projet (planifier, organiser, gérer toutes les ressources - établir des estimations) → Analyse du diagramme de réseau (technique pour créer l'échéancier du projet clinique) → Méthode du chemin critique (calcul toutes les activités sans contraintes – début-fin) → Méthode de la chaîne critique (modification de l'échéancier en tenant compte des ressources limitées) → Outil de planification (élaboration automatisée d'échéancier – logiciel)	→ Estimations de la durée des activités (temps alloué aux activités et l'ensemble du projet) → Échéancier du projet (pour chaque activité - date prévue de début et de fin.) → Mises à jour des actifs organisationnels → Mises à jour du plan de management → Mises à jour des documents du projet
Management des coûts du projet	Processus relatifs à l'estimation, à l'établissement du budget et à la maîtrise des coûts dans le but d'achever le projet en restant dans le budget approuvé	↓ Planifier le management des coûts ↓ Estimer les coûts ↓ Déterminer le budget ↓ Maîtriser les coûts	→ Plan de management du projet (intégration et consolidation des plans de gestion et planification de projet) → Échéancier du projet (type et qualité des ressources affectées) → Plan des ressources humaines (coût des ressources affectées) → Registre des risques (coût de prévention des risques) → Facteurs environnementaux des CSSS (population, besoins, clientèles particulières, démographie, économie) – (RH, compétence, disponibilité) → Actifs organisationnels (les orientations du MSSS et la culture organisationnelle) → Estimations du coût des activités (coût probable pour réaliser le travail) → Calendriers des ressources (ressources allouées et temps alloué)	→ Jugement d'experts (PMO, administration, professionnel du CSSS) → Estimations par analogie → Estimations à trois points (accessibilité, continuité et qualité) → Logiciel d'estimation des coûts du projet → Analyse des offres → Indice de performance pour l'achèvement du projet (estimation des coûts et disponibilité pour finir le projet) → Revues de performance (valeur acquise – comparaisons de performances réelles et planifiées) →	→ Estimations du coût des activités → Référence de base de performance des coûts → Mesures de performance du travail → Prévisions budgétaires → Mises à jour des actifs organisationnels → Mises à jour du plan de management (modification au cours du projet de l'échéancier) → Mises à jour des documents du projet
Gestion de la qualité du projet	Processus et activités de l'entreprise réalisatrice qui déterminent la politique de qualité, les objectifs et les responsabilités en matière de qualité, afin que le projet réponde aux besoins pour lesquels il a été entrepris	↓ Planifier le management de la qualité ↓ Mettre en œuvre l'assurance qualité ↓ Mettre en œuvre le contrôle qualité	→ Référence de base du contenu (description projet, détails des livrables, structure de découpage du projet) → Registre des parties prenantes (identification des concernés) → Registre des risques (menaces et/ou opportunités du projet clinique) → Plan de management du projet (identification des mécanismes, approches et modèles du projet clinique) → Mesures de contrôle de qualité → Listes du contrôle de qualité (vérification que l'ensemble des étapes requises sont exécutées) →	→ Analyse coûts-bénéfices (exigence de qualité : productivité, délais, coût, temps, qualité) → Coût de la qualité (évaluation, investissement, formation) → Étalonnage (comparer les pratiques réelles du projet avec les précédentes) → Échantillonnage statistique (analyse et étude des besoins de la population) → Audits qualités (conformité du projet avec les orientations MSSS, politiques internes, processus, procédures) → Analyse des processus (identification des améliorations nécessaires) → Diagrammes cause-effet (décrivent divers facteurs pouvant être un problème ou effets potentiels)	→ Plan de management de la qualité → Listes de contrôle qualité → Plan d'amélioration des processus → Mises à jour des actifs organisationnels → Mises à jour du plan de management du projet → Mises à jour des documents du projet → Modifications validées → Livrables validés
Management des ressources	Processus d'organisation, de management et de direction de l'équipe	↓ Élaborer le plan des ressources humaines ↓ Former l'équipe de projet	→ Besoins en ressources nécessaires aux activités (planification des RH aux activités des projets) → Facteurs environnementaux des CSSS (population, besoins, clientèles particulières, démographie) – (RH, compétence, disponibilité)	→ Organigrammes et descriptions des postes (rôles et responsabilités des membres de l'équipe du projet) → Maillage (l'interaction avec d'autres personnes – internes et externes)	→ Plan des ressources humaines → Affectations du personnel du projet → Calendriers des ressources → Mises à jour du plan de management du projet → Évaluation des performances de l'équipe

	de projet. L'équipe de projet est constituée de personnes ayant des rôles et des responsabilités qui leur ont été attribuées pour mener le projet à terme.	↓ Développer l'équipe de projet ↓ Gérer l'équipe de projet	→ Actifs organisationnels (les orientations du MSSS et culture organisationnelle, politique interne) → Plan de management du projet (identification des mécanismes, approches et modèles du projet clinique) → Affectation du personnel au projet (assemblage de l'équipe de projet) → Calendriers des ressources (période durant laquelle les membres peuvent intervenir dans le projet) → Évaluations des performances de l'équipe de projet → Rapports d'avancement (état actuel du projet par rapport aux prévisions)	→ Négociation (avoir des membres de l'équipe compétents et dédiés au projet) → Approvisionnements des RH (disponibilité du RH à l'interne sinon sous-traitant, organismes externes) → Formation (améliorer les compétences des membres de l'équipe du projet) → Évaluations des performances du projet (clarification des rôles et responsabilités, découverte de problèmes) → Gestion des conflits (règles, normes, pratique de management, plan communication)	→ Mises à jour des facteurs environnementaux du CSSS → Mises à jour des actifs organisationnels
Management des communications du projet	Processus requis pour assurer, en temps voulu et de façon appropriée, la création, la collecte, la diffusion, le stockage, la récupération et le traitement final des informations du projet	↓ Planifier le management de communications ↓ Gérer les communications ↓ Surveiller et maîtriser les communications	→ Plan de management du projet (identification des mécanismes, approches et modèles du projet clinique) → Facteurs environnementaux du CSSS (population, besoins, clientèles particulières, démographie) – (RH, compétence, disponibilité) → Actifs organisationnels (les orientations du MSSS et culture organisationnelle) → Plan de management de communication (exécution, surveillance, contrôle et clôture de la communication) → Registre des parties prenantes (identification de toutes les parties concernées par le projet clinique)	→ Jugement d'experts (PMO, administration, professionnels du CSSS) → Analyse des besoins en communication (détermine les besoins en information des parties prenantes du projet) → Technologies de communication (méthodes utilisées pour transférer des informations entre les parties prenantes) → Modèles de communication (comment l'information est diffusée et reçue) → Méthodes de communication (circulation de l'information ou communication)	→ Registre des parties prenantes (identification de toutes les parties concernées par le projet clinique) → Stratégies de management des parties prenantes → Plan de management de la communication → Mises à jour des documents du projet → Mises à jour du plan de management du projet → Rapports d'avancement → Demandes de modifications
Management des risques du projet	Processus de conduite de la planification du management des risques, leur identification, leur analyse, la planification des réponses aux risques, ainsi que leur surveillance et leur maîtrise dans le cadre du projet	↓ Planifier le management des risques ↓ Identifier les risques ↓ Mettre en œuvre l'analyse qualitative des risques ↓ Mettre en œuvre l'analyse quantitative des risques ↓ Planifier les réponses aux risques ↓ Surveiller et maîtriser les risques	→ Plan de management des coûts (détails sur les budgets alloués au projet) → Plan de management de l'échéancier (temps alloué aux activités et à l'ensemble du projet) → Plan de management de la communication (interaction prévue et circulation d'informations sur les risques) → Plan de management des risques (affectations des rôles et attributions des responsabilités face aux risques) → Facteurs environnementaux du CSSS (population, besoins, clientèles particulières, démographie) – (RH, compétence, disponibilité) → Actifs organisationnels (orientations du MSSS et culture organisationnelle, risques tolérables) → Énoncé du contenu du projet (choix du projet clinique, besoins de la clientèle, description des services, objectifs stratégiques et risques associés) → Registre des risques (liste et classement des risques par catégories, causes, probabilités)	→ Réunions de planification et d'analyse (élaboration du plan de management et des risques) → Analyse des listes de contrôle (identification des risques – historiquement, ou basée sur l'expérience d'autres organisations) → Techniques de représentation en diagramme (identification des causes des risques) → Analyse FFOM (étude de projet : forces, faiblesses, opportunités et menaces) → Matrice de probabilité et d'impact (vraisemblance que chaque risque spécifique/prévu survienne) → Réévaluation des risques (l'identification de nouveaux risques, réévaluation des risques) → Analyse de l'écart et analyse de la tendance (comparaison des résultats prévus aux résultats réels)	→ Plan de management des risques (façon dont le management des risques sera structuré et exécuté dans le cadre du projet) → Registre des risques (identification des risques et des moyens de les minimiser) → Mises à jour du registre des risques → Décisions contractuelles liées aux risques (risques liés aux partenariats ou aux contrats du projet) → Mises à jour du plan de management du projet

Management des approvisionnements du projet	Processus d'achat ou d'acquisition des produits, services ou résultats nécessaires et externes à l'équipe de projet	↓ Planifier le management des approvisionnements ↓ Procéder aux approvisionnements ↓ Gérer les approvisionnements ↓ Clore les approvisionnements	→ Documentation des exigences (liste des exigences du projet - planification) → Accords de partenariat (contrats ou ententes de services légaux) → Besoins en ressources nécessaires aux activités (détails sur RH, équipements, équipe de projet, matériels) → Échéancier du projet (délais requis ou les dates exigées pour les livrables) → Estimations du coût des activités (coût déterminé par activités) → Plan de management des approvisionnements (identification des mécanismes, gestion des processus d'approvisionnement) → Documents d'approvisionnement (utilisés pour solliciter des offres) → Propositions des vendeurs → Actifs organisationnels (les orientations du MSSS et culture organisationnelle)	→ Analyse « produire ou acheter » (projet mené à l'interne ou acheter à l'extérieur) → Jugement d'experts (PMO, administration, professionnel du CSSS) → Types de contrats (prix forfaitaire ou contrats à coûts remboursables) → Techniques d'évaluation des offres (critères préétablis pour le projet) → Négociations d'approvisionnement (structures, exigences et conditions auxquelles sont soumis les achats)	→ Plan de management des approvisionnements → Énoncés des travaux d'approvisionnement → Décisions de « produire ou acheter » → Documents d'approvisionnement → Critères de sélection des sources → Attribution des contrats → Mises à jour du plan de management du projet → Mises à jour des documents du projet
Management des parties prenantes (stakeholders)	Processus nécessaires pour identifier les personnes, groupes ou organisations qui pourraient avoir un impact ou être touchés par un projet	↓ Identifier les parties prenantes ↓ Planifier le management des parties prenantes ↓ Gérer les engagements des parties prenantes ↓ Surveiller et maîtriser l'engagement des parties prenantes	→ Registre des parties prenantes (identification de toutes les parties concernées par le projet clinique) → Charte du projet (autorisation du projet clinique, niveau de service, responsabilité) → Documents d'approvisionnement (utilisés pour solliciter des offres) → Actifs organisationnels (orientations du MSSS et culture organisationnelle, risques tolérables) → Plan de management de communication (exécution, surveillance, contrôle et clôture de la communication)	→ Analyse des parties prenantes → Jugement d'experts → Technique analytique → Méthode de communication (méthode de circulation de l'information ou de communication) → Logiciel de système d'information	→ Plan de management des parties prenantes → Mises à jour des documents du projet → Registre des parties prenantes (identification de toutes les parties concernées par le projet clinique)

4. Objectif du projet clinique - ACCESSIBILITÉ

1. Offrir des services et déployer des interventions de santé publique pour l'ensemble de la population et pour certaines clientèles plus vulnérables, ainsi que proposer et mettre en œuvre le plan d'action local en santé publique

L'objectif de l'accessibilité avait à se traduire, pour les CSSS et les partenaires du Réseau local de service, en une notion bien simple : offrir et intervenir en santé publique auprès de toute la population, et plus particulièrement auprès de personnes plus vulnérables. Il fallait proposer et mettre en œuvre un plan d'action local en santé publique. La santé publique vise un grand objectif social, soit d'améliorer la santé et le bien-être de la population par des actions de prévention et des actions proactives (MSSS, 2004a). Pour atteindre l'objectif et produire le projet clinique, il était important, selon nous, de considérer plus spécifiquement le domaine de connaissances du management de l'**intégration**, du **contenu** et des **parties prenantes** (voir Tableau 11).

Données d'entrée : Les premières étapes devaient consister à élaborer des documents qui autorisaient formellement le projet clinique. On se devait d'identifier les exigences et les besoins de la population en vue d'offrir des services ou des interventions de santé publique. Dès lors, il était important de mesurer les facteurs environnementaux et les actifs organisationnels des CSSS afin de valider leurs capacités à offrir ces services requis dans un territoire délimité. De plus, le plan de management devenait indispensable, car il fallait documenter les actions nécessaires, les mécanismes, les approches et les modèles choisis

pour réaliser le projet clinique dans le but d'accroître l'accès aux services. Le plan se devait de définir la façon dont le projet sera exécuté, surveillé, maîtrisé et achevé, en vue de rendre accessible les interventions dans la prestation et l'offre de services en soins et en services de santé. Le management de contenu exige pour sa part que, lors de l'élaboration du projet clinique, les exigences aient été documentées et les extrants précisés afin d'atteindre l'objectif d'accessibilité sur le plan de la santé publique. Comme la santé publique touche une plus grande partie de la population et requiert des interventions avec plusieurs partenaires, il était alors important d'identifier tous les intéressés qui pouvaient avoir un impact ou un intérêt dans l'aboutissement des services ou des interventions en santé publique du projet clinique.

Pour se faire, **des outils et techniques** sont disponibles. Il était possible de recourir à l'équipe de projet constituée d'experts établis dans les CSSS pour gérer le projet. Ainsi, il revenait aux équipes de projet, qui devaient tenir compte des facteurs internes et externes du CSSS, de regrouper les activités en lots ou de les découper en sous-projets afin d'accroître l'accès aux interventions de santé publique. Il était alors important d'avoir un système de gestion de l'information, de telle sorte que les documents soient toujours à jour et que tous les intervenants du projet clinique aient les mêmes renseignements en même temps et accessibles en tout temps. Ce dernier devait aider à une meilleure mise en œuvre des plans d'action locaux et à une meilleure compréhension de l'importance de l'offre de services en santé publique, toujours dans le but d'augmenter l'accessibilité des services pour tous. Ceci étant dit, la communication était un élément important dans l'engagement

positif et la responsabilisation des parties prenantes lors de l'élaboration du projet clinique, de l'offre des services et du déploiement des interventions de santé publique.

Données de sortie : Les CSSS devaient être en mesure de produire et livrer une charte de projet et un plan de management qui englobaient toutes les actions ou les activités nécessaires visées en santé publique. Il était donc important de produire le document de la structure de découpage du projet (SDP) servant de carte ou de guide et qui établissait les activités nécessaires du projet, de l'élaboration à la réalisation d'une offre de services et d'intervention en santé publique, toujours pour maximiser l'accès aux services. En divisant ainsi le projet clinique en lot de travail, la maîtrise du projet lors des imprévus, des modifications ou des changements en cours de route était donc facilitée.

2. Rendre disponible une gamme équilibrée de services généraux et spécialisés destinés à l'ensemble de la population, de l'adapter pour en faciliter l'accès aux clientèles particulières, et ce, selon les orientations régionales et nationales

Rendre accessible une gamme de services généraux et spécialisés dépendait grandement de la capacité organisationnelle des CSSS. Les réalités et les difficultés auxquelles faisaient face les CSSS (démographie, pénurie de main-d'œuvre, géographie) ne pouvaient pas être négligées. C'est pourquoi il était important d'évaluer la capacité des actifs des CSSS (internes, communautaires, privés, infrastructures, matériaux) autant pour le volet clinique que pour le volet organisationnel. Conséquemment, l'équipe de projet pouvait voir et comprendre quel niveau de prestation de services généraux et spécialisés en soins et des services de santé était adéquat selon les capacités des CSSS. C'est pourquoi le

management du **contenu** et des **ressources humaines** était important dans l'atteinte de ce livrable, qui touchait l'ensemble de la population et plus particulièrement la clientèle vulnérable (ou particulière). « Le management du contenu comprend les processus permettant d'assurer que tout le travail requis par le projet, et seul le travail requis, est effectué pour achever le projet avec succès » (PMBOK, 2013, p. 105). La réalité des CSSS pouvant varier d'une région à l'autre (disponibilité RH, compétences professionnelles, prestataires, communautaires ou privés), il faillait s'assurer de faire le travail requis à une offre de services généraux et spécialisés en tenant compte des contingences avec lesquelles le CSSS avait à composer. Les ressources humaines comprenaient les processus d'organisation, de management et de direction de l'équipe de projet.

Données d'entrée : La charte des projets devait englober ce qu'il fallait investir en termes d'actifs organisationnels, le niveau de service acceptable et l'énumération des responsabilités de chaque intervenant au sein du projet clinique. Le plan de management était également primordial, car il se devait de proposer une intégration et une consolidation de la gestion, ainsi qu'une planification du projet visant l'accessibilité des services à la population. Pour sa part, le document de l'énoncé du contenu du projet avait à préciser les détails des livrables incluant le travail nécessaire (délais, coûts, RH) dans le but de planifier et de réaliser le projet clinique. Afin de concrétiser la réalisation d'une gamme de services en soins et de services de santé, il fallait avant tout évaluer les besoins en ressources humaines nécessaires aux activités du projet. Dans ce livrable, les balises étaient déjà en place, c'est-à-dire les orientations régionales et nationales. Partant de là, les CSSS et tout

le réseau se devaient d'être en mesure d'adapter les services, destinés à toute la population, afin de les rendre accessibles à la clientèle particulière. L'équipe responsable de mettre en œuvre et d'exécuter le projet devait planifier les RH aux activités, préciser les délais nécessaires pour chaque personne affectée, et analyser la disponibilité des RH.

Outils et techniques : Implanter et adapter une gamme de services généraux et spécialisés (population générale et vulnérable) requerraient un travail étroit entre les CSSS et les intervenants en santé de la communauté. La technique d'entrevue avec les parties prenantes (intervenants du milieu) était importante afin d'avoir une vue d'ensemble des exigences et des besoins pour pouvoir établir et ainsi rendre disponible une gamme de services et faciliter l'accès aux personnes dans le besoin. Une autre bonne technique aurait été celle de la prise de décision en groupe. Celle-ci a le mérite de faciliter l'évaluation de multiples possibilités pour décider des actions futures à entreprendre (PMBOK, 2013, p.115). Dans le contexte de la réforme de 2004, il était important de départager le livrable en sous-livrables et de donner la responsabilité à tous les intervenants concernés. Chacun avait à faire sa part pour donner des services généraux et spécialisés à toute la population, incluant la clientèle particulière. Pour ce faire, tous les intervenants au projet clinique devaient travailler de concert (majorité), en plus de décider des ressources nécessaires aux succès du projet en question et de les allouer. Suite aux décisions, il était important de créer un organigramme donnant une description des postes, des rôles et des responsabilités rattachés aux activités du projet clinique (autant pour l'équipe de projet que pour le projet lui-même) de sorte à en

arriver à la concertation standardisée de l'offre de services généraux et spécialisés par les intervenants.

Données de sortie : Ces exercices devaient aider l'équipe de projet à produire un énoncé du contenu du projet établissant le travail nécessaire, à découper le livrable et à identifier des pistes pour être en mesure de rendre disponible une gamme de services généraux et spécialisés. En ajoutant la structure de découpage du travail (SDP) (subdivision des activités à entreprendre) avec le plan des ressources humaines affectées au projet, l'équipe avait (ou aurait eu) dans les mains un plan détaillé des activités pour aboutir au succès du projet quant à l'accessibilité des services généraux et spécialisés destinés et adaptés à l'ensemble de la population, pour en faciliter l'accès aux clientèles particulières. Chaque intervenant avait à prendre sa part de responsabilité et de travailler en équipe, selon ses capacités, pour réaliser ce livrable.

3. Accueillir et diriger les personnes et leurs proches vers les services de santé et les services sociaux pertinents

Cet extrant faisait appel à l'instauration des mécanismes de référence ainsi qu'à un partenariat avec tous les prestataires de services en santé. Pour garantir l'accessibilité, les CSSS devaient impérativement être en mesure de diriger la clientèle vers les bons points de services, soit à l'interne ou à l'externe (clinique privée ou spécialisée, centre communautaire, etc.). C'est pourquoi nous estimons dans ce cas que le management des **parties prenantes** et des **communications** était important pour atteindre l'objectif

d'accueillir et de diriger les personnes et leurs proches vers les services de santé et les services sociaux pertinents.

Données d'entrée : Pour mettre en place des mécanismes de référence, il fallait avoir des partenaires (privés et communautaires) capables de fournir les services nécessaires en soins et services de santé dans le territoire défini. Tout d'abord, il fallait analyser et évaluer les facteurs environnementaux des CSSS. Autrement dit, il était nécessaire d'avoir un portrait des besoins de la population en général et ceux de la clientèle particulière, entre autres, à travers la proximité des établissements de soins et services sociaux, les actifs disponibles des CSSS, etc. Il était indispensable d'avoir le portrait des activités disponibles (RH, compétences, disponibilités) afin de pouvoir organiser et élaborer un projet clinique, dans le but de solliciter des collaborations avec les partenaires (ententes de principes et de services). Ceci étant dit, le registre des parties prenantes devenait, alors, un document très important. En effet, il devait permettre d'identifier chaque partie prenante du projet, ses rôles et ce que chacune requiert (ressources – humaines, matérielles, financières), ses intérêts et ses impacts dans le projet quant à l'implantation de mécanismes d'accueil et de référence réussies. Tous ces processus doivent se retrouver dans la charte de projet clinique en question. La charte de projet devait permettre de décrire le niveau de services à offrir, les rôles et responsabilités de chaque partie ou intervenant et l'entente de principe conclue ou à conclure pour accueillir et diriger la population demandant des services en santé et des services sociaux. D'autre part, il fallait avoir une communication satisfaisante, claire et précise tout au long du projet afin de garder toutes les parties prenantes et les prestataires

informés des décisions, des modifications ou des ajouts aux mécanismes de référence. La communication se devait d'être faite de façon régulière et articulée, de manière à ce que tout le monde comprenne sa portée.

Outils et techniques : Afin d'arriver à ces résultats, la technique d'analyse des parties prenantes était cruciale pour lancer le projet clinique. L'analyse devait permettre d'identifier les intérêts, les attentes et les influences que pouvaient avoir les parties prenantes dans l'accueil et le transfert des personnes dans le système de santé (en relation avec l'objectif du projet). Cette technique devait mettre en évidence les relations avec des parties prenantes qui pouvaient être mobilisées pour former des alliances afin d'accroître les chances de succès du projet (PMBOK, 2013, p.395). Un CSSS ne pouvait pas à lui seul accueillir et diriger les personnes dans toutes les sphères du système de santé. C'est pourquoi il était essentiel de s'entourer de partenaires divers (privés, publics et communautaires) pour avoir la capacité de mettre sur pied des prestations destinées à une plus grande accessibilité des services de santé touchants les malades et leurs proches. Encore une fois, il fallait miser sur les ententes de principe entre tous les intervenants pour maximiser le succès de cet extrant. C'est pour cette raison qu'il était impératif de faire un bon usage des technologies et des modèles de la communication. Des directives ou procédures détaillant les rôles et les responsabilités de chacun, et acceptées de tous, étaient des atouts pour engager et nouer des partenariats, tout en partageant de l'information pertinente, claire et comprise par tous. Il serait alors possible d'accueillir efficacement toute personne et la diriger vers les services adéquats.

Données de sortie : Afin d'assurer le bon déroulement du projet, du début à la fin, le plan de management des parties prenantes avait à regrouper toutes les stratégies nécessaires dans le but d'engager efficacement ces dernières. Ainsi, il fallait établir les rôles, les responsabilités et les capacités organisationnelles de chaque intervenant afin d'accueillir et diriger les personnes aux points de service adaptés à leur condition. Le plan de management devait servir à compiler et à décrire ce qui était attendu et ce qui devait être fait pour accroître l'accessibilité des patients aux services pertinents. De plus, tout au long du projet, il était important de mettre continuellement à jour les documents, de réviser les ententes de services et de réorganiser les points de services afin de maximiser l'effort déployé dans la prestation de services de santé pertinents à la population. Par le fait même, les CSSS pouvaient mieux se positionner et, conséquemment, prévoir les risques et les imprévus et ainsi les traiter aux bons moments.

4. Assurer l'accès aux services et le suivi des listes d'attente

Assurer l'accessibilité aux services et gérer les listes d'attente demandaient un engagement de la part des CSSS et de tous les partenaires des réseaux locaux de services en santé. De plus, il fallait avoir un énoncé des travaux ou un plan de gestion des activités afin d'ouvrir les portes à la population et d'assurer les suivis en cas d'attente. Le management de l'**intégration** et de la **communication** peuvent certainement être utiles pour rendre cet objectif réalisable.

Données d'entrée : Les premières étapes consistaient à élaborer des documents qui autorisaient formellement les projets cliniques. Cela consistait à une identification des exigences et des besoins de la population en vue d'offrir des services ou instaurer des mécanismes et processus pour gérer les listes d'attente, le cas échéant. Dès lors, il était important de mesurer les facteurs environnementaux et les actifs organisationnels des CSSS afin de valider leurs capacités à pouvoir offrir des services en santé requis dans leur territoire. D'autre part, le plan de management était indispensable, car il faut documenter les actions nécessaires, les mécanismes, les approches et les modèles choisis de suivis des listes d'attente pour le projet clinique. Pour maximiser l'accès aux services et établir des suivis des listes d'attente, il était important que la communication soit un moyen privilégié pour assurer que les usagers et les prestataires soient continuellement bien informés sur la disponibilité de ces services. Une communication informationnelle à partir des différents points d'accès de services disponibles en est un bel exemple. Cet extrant exigeait de garder tous les parties prenantes et les prestataires de services informés des décisions, des modifications ou des ajouts tout au long du cycle de vie du projet clinique. Par exemple, les listes d'attente devaient être périodiquement mises à jour et le suivi devait être fait sans interruption, peu importe l'intervenant.

Outils et techniques : Dans une perspective de projet clinique et comme il est mentionné plus haut, assurer l'accès aux services et le suivi des listes d'attente exigeait que tous les intervenants comprennent leurs rôles et responsabilités afin d'assurer le succès de cet extrant. La réunion de maîtrise des modifications était une technique forte importante à

mobiliser. Les décisions et les modifications du comité d'administration du CSSS, des partenaires et des prestataires devaient être documentées et communiquées à tous afin d'ajuster et d'assurer, le cas échant, l'accès aux services et le suivi des listes d'attente.

Données de sortie : Afin de garder tous les partenaires informés, il était possible d'avoir recours à des technologies et des modèles de communication tout en donnant de l'information pertinente, accessible et disponible pour tous. La planification de cet extrant exigeait une concertation et une organisation des responsabilités de tous les intervenants. Il fallait établir la personne responsable qui s'assurait de l'accessibilité aux services et celle qui s'assurait du suivi des listes d'attente. Tout cela pouvait se faire en considérant la stratégie de management des parties prenantes (acteurs clés du projet). Cette stratégie définit une approche visant à accroître le soutien et à diminuer les impacts négatifs que peuvent apporter les parties prenantes sur l'ensemble de la vie du projet. Ainsi, il ne fallait pas demander, dans la mesure du possible, au même prestataire d'assurer l'accès et, en même temps, faire le suivi des listes. D'autre part, la communication était un atout important dans l'implantation du projet clinique en vue d'assurer une accessibilité aux services. Il fallait, de manière proactive, informer et diriger la population aux services accessibles et disponibles en soins de santé et aux services sociaux, tout en les rassurant de la prise en charge et de leurs suivis (selon les besoins). Par exemple, un guichet unique de listes d'attente pouvait être mis sur pied, administré par une partie qui recevait toutes les informations pertinentes de la part de tous les autres prestataires concernés dans la livraison de cet extrant.

Tableau 11

Objectif du projet clinique - ACCESSIBILITÉ

Livrable projet clinique - CSSS	**Processus de base (chaque processus à des données d'entrée, des outils et techniques et des données de sortie)**	**Données d'entrée**	**Outils et techniques**	**Données de sortie**
1. Offrir des services et déployer des interventions de santé publique pour l'ensemble de la population et pour certaines clientèles plus vulnérables, de proposer et mettre en œuvre le plan d'action local en santé publique	Management de **l'intégration** ↓ Élaborer la charte du projet ↓ Élaborer le plan de management du projet ↓ Diriger et piloter l'exécution du projet ↓ Surveiller et maîtriser le travail du projet ↓ Mettre en œuvre la maîtrise intégrée des modifications ↓ Clore le projet ou la phase Management du **contenu** ↓ Planification du management du contenu ↓ Recueillir les exigences ↓ Définir le contenu ↓ Créer la structure de découpage du projet ↓ Vérifier le contenu ↓ Maîtriser le contenu Management des **parties prenantes** ↓ Identifier les parties prenantes ↓ Planifier le management des parties prenantes ↓ Gérer les engagements des parties prenantes ↓ Surveiller et maîtriser l'engagement des parties prenantes.	→ Énoncé des travaux (choix de projet clinique, besoin de la clientèle, description des services, objectifs stratégiques) → Plan de management (Identification des mécanismes, approches, actions et modèles du projet clinique) → Facteurs environnementaux des CSSS (population, besoins, clientèle particulière, démographie) – (RH, compétence, disponibilité) → Actifs organisationnels (orientations du MSSS et culture organisationnelle) → Documentation des exigences (description de l'objectif de chacun des projets cliniques) → Énoncé du contenu du projet (détails des livrables et du travail nécessaire) → Registre des parties prenantes (identification de toutes les parties concernées par le projet clinique)	→ Jugement d'experts (PMO, administration, professionnels du CSSS) → Système de gestion de l'information (projets coordonnés et centralisés, outils d'information) → Décomposition des activités (divisions des livrables - plus en plus petits et plus faciles à gérer) → Méthode de communication (méthode de circulation de l'information ou communication) → Logiciel de système d'information	→ Charte du projet (autorisation du projet clinique, niveau de service, responsabilité) → Plan de management du projet (mécanismes, approches, modèles choisis pour livrer les services) → Structure de découpage du projet (SDP) (subdivision des livrables et le travail – maîtrise plus facile) → Plan de management des parties prenantes
2. Rendre disponible une gamme équilibrée de services généraux et spécialisés destinés à l'ensemble de la population, de l'adapter pour en faciliter l'accès aux clientèles	Management du **contenu** ↓ Planification du management du contenu ↓ Recueillir les exigences ↓ Définir le contenu ↓ Créer la structure de découpage du projet ↓ Vérifier le contenu ↓ Maîtriser le contenu Management des **ressources humaines** ↓ Élaborer le plan des ressources humaines ↓ Former l'équipe de projet	→ Charte du projet (autorisation du projet clinique, niveau de service, responsabilité) → Plan de management (intégration et consolidation des plans de gestion et planification de projet) → Énoncé du contenu du projet (détails des livrables et le travail nécessaire) → Besoins en ressources nécessaires aux activités (planification des RH aux activités des projets)	→ Interviews (contact direct avec les parties prenantes) → Techniques de prise de décision en groupe (décision en groupe des intéressés du projet clinique) → Organigrammes et descriptions de poste (rôles et responsabilités	→ Énoncé du contenu du projet (détails des livrables et du travail nécessaire) → Structure du découpage du projet (SDP) (subdivision des livrables et le travail – maîtrise plus facile) → Plan des ressources humaines (Affectations du personnel du projet)

particulières et ce, selon les orientations régionales et nationales	↓ Développer l'équipe de projet ↓ Gérer l'équipe de projet	→ Calendriers des ressources (période durant laquelle les membres peuvent intervenir sur le projet)	des membres de l'équipe du projet)	
3. Accueillir et diriger les personnes et leurs proches vers les services de santé et les services sociaux pertinents	Management des **parties prenantes** ↓ Identifier les parties prenantes ↓ Planifier le management des parties prenantes ↓ Gérer les engagements des parties prenantes ↓ Surveiller et maîtriser l'engagement des parties prenantes. Management des **communications** ↓ Planifier le management de communications ↓ Gérer les communications ↓ Surveiller et maîtriser les communications	→ Registre des parties prenantes (identification de toutes les parties concernées par le projet clinique) → Charte du projet (autorisation du projet clinique, niveau de service, responsabilité) → Plan de management de communication (exécution, surveillance, contrôle et clôture de la communication du projet) → Facteurs environnementaux du CSSS (population, besoins, clientèles particulières, démographie) – (RH, compétence, disponibilité)	→ Analyse des parties prenantes → Technologie de communication (méthodes utilisées pour transférer des informations entre les parties prenantes) → Modèles de communication (comment l'information est diffusée et reçue)	→ Plan de management des parties prenantes → Mises à jour des documents du projet (état de l'avancement et ajustement) → Stratégie de management des parties prenantes
4. Assurer l'accès aux services et le suivi des listes d'attente	Management de **l'intégration** ↓ Élaborer la charte du projet ↓ Diriger et piloter l'exécution du projet ↓ Surveiller et maîtriser le travail du projet ↓ Mettre en œuvre la maîtrise intégrée des modifications ↓ Clore le projet ou la phase Management des **communications** ↓ Planifier le management de communications ↓ Gérer les communications ↓ Surveiller et maîtriser les communications	→ Énoncé des travaux (choix de projet clinique, besoin de la clientèle, description des services, objectifs stratégiques) → Plan de management (identification des mécanismes, approches et modèles du projet clinique) → Facteurs environnementaux des CSSS (population, besoins, clientèles particulières, démographie) – (RH, compétence, disponibilité) → Actifs organisationnels (orientations du MSSS et culture organisationnelle) → Plan de management de communication (exécution, surveillance, contrôle et clôture de la communication du projet)	→ Réunions de maîtrise des modifications (comité d'administration, gestionnaire du projet) → Technologie de communication (méthodes utilisées pour transférer des informations entre les parties prenantes) → Modèles de communication (comment l'information est diffusée et reçue)	→ Transfert des services ou du résultat final (intervention et services offerts à la clientèle) → Stratégie de management des parties prenantes → Mises à jour des documents du projet

5. Objectif du projet clinique – CONTINUITÉ

1. Prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes en vue d'assurer la continuité entre les différents épisodes de soins et d'interventions sociales requis à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux, et ce, plus spécifiquement pour les personnes ayant des besoins particuliers et plus complexes

La continuité des services de soins en santé réfère au passage sans rupture entre les services et les organismes de services sociaux et de santé. C'est une responsabilité qui incombait à toutes les organisations des réseaux locaux de services. Répondre à une personne et la prendre en charge du début (demande de service) jusqu'à la fin (rétablissement) demandait (et demande toujours) une planification détaillée. Le management de **l'intégration** et des **délais** pouvaient entre autres aider à l'atteinte de l'objectif de continuité (voir Tableau 12) de la réforme de 2004. Le management de l'intégration appelait à une consolidation de tous les mécanismes et les approches privilégiés afin de mener un projet clinique à terme. Le management des délais comprenait les processus (livrables, relation entre activités, échéancier) permettant de gérer le bon déroulement du projet clinique en temps voulu.

Données d'entrée : Comme dans tout projet, il fallait commencer celui-ci en élaborant des documents qui autorisent formellement les projets cliniques, c'est-à-dire l'énoncé des travaux. Ensuite, une spécification des modèles à suivre pour prendre en charge un patient du début à la fin devait être définie. Cela consiste à une identification des exigences par

rapport aux besoins de la population en vue d'offrir des services ou instaurer des mécanismes et des processus pour gérer une continuité dans les différents épisodes de soins de santé et d'interventions. Dès lors, il était important de mesurer les facteurs environnementaux et les actifs organisationnels des CSSS, afin d'évaluer s'ils possèdent la capacité interne de prendre en charge les usagers (surtout ceux ayant des besoins particuliers et plus complexes) et d'assurer une continuité vers leur rétablissement. Autrement, la capacité organisationnelle le permettant, il fallait prévoir l'implantation et l'instauration de nouveaux services de soins et de services de santé à l'intérieur des CSSS pour répondre aux principes de la continuité des soins. L'énoncé des travaux, les facteurs environnementaux et les actifs organisationnels pouvaient répondre à toutes ces préoccupations. Ensuite, le plan de management devenait primordial, car il faut documenter les actions nécessaires, les mécanismes, les approches et les modèles choisis du projet clinique en vue de réaliser l'objectif de la prise en charge continue des usagers qui se trouvaient dans le besoin. Le plan définit la façon dont le projet sera exécuté, surveillé, maîtrisé et achevé. L'objectif de continuité nécessitait que les services et les interventions surviennent dans un délai acceptable. Pour que cela soit possible, il était essentiel de considérer le management des délais dans la planification et la réalisation du projet. En planifiant et en allouant un délai convenable (temps – jours, semaines, mois) à chaque activité ou étape du projet, il était possible de minimiser les imprévus ou les risques susceptibles de freiner la réalisation du projet. D'autre part, l'énoncé du contenu du projet clinique devait mettre en évidence les livrables et le travail ou les activités nécessaires afin de réussir le projet. La liste des attributs et des jalons (*milestones*) des activités devenaient ainsi importante dans la mesure où il

fallait identifier les activités qui avaient besoin des ressources et à quel moment durant le cycle de vie du projet de sorte à assurer la continuité des soins.

Outils et techniques : Nous avons trouvé une panoplie d'outils et de techniques pouvant aider les CSSS lors de l'élaboration et de l'implantation des mécanismes de prise en charge et de suivi. En outre, la décomposition des extrants en plus petits lots de travail pouvait aider à mieux gérer les activités. Il fallait que les projets dédiés à cet extrant comprennent des mécanismes simples d'accueil, de diagnostic, de prise en charge, de continuité des services et de suivi dans toutes les sphères du système. En parallèle, il fallait établir un mécanisme (activité) qui puisse en tout temps suivre et soutenir les personnes (surtout les personnes ayant des besoins particuliers et complexes) à l'intérieur ou à l'extérieur des CSSS. Il fallait que ces deux mécanismes opèrent indépendamment tout en ayant une collaboration mutuelle afin d'assurer la continuité des services et du suivi. Cela pouvait être possible grâce à des logiciels de planification de projet. Essentiellement, il fallait planifier, organiser et gérer les besoins en RH, établir les rôles et les responsabilités de chacun pour ne pas avoir des lacunes ou des trous dans les différents épisodes de soins et d'interventions.

Données de sortie : Les documents produits dans ces processus étaient d'une grande importance, puisque c'est à partir de ces derniers que les CSSS pouvaient être en mesure d'allouer des RH, d'embaucher du personnel (si nécessaire) et de planifier le travail à accomplir, de sorte à atteindre les cibles de prise en charge et de suivi visés par le projet. Il était essentiel d'avoir un plan détaillé décrivant les besoins en ressources humaines et

matérielles (types, qualités et quantités). Afin d'assurer la continuité des prestations, il fallait analyser la capacité de chaque intervenant à livrer les services. Le plan devait confirmer les niveaux de services que les intervenants pouvaient dispenser, de façon continue ou ponctuelle. Dès lors, un échéancier du projet (chaque activité - date prévue de début et de fin) était important dans la planification de l'ensemble du projet. L'échéancier du projet clinique pouvait devenir un outil ou un document lors de la réalisation du projet, c'est-à-dire dans les services de première ligne. Adaptées aux opérations cliniques, l'exécution des tâches, la prise en charge, l'accompagnement et le soutien (tout en assurant la continuité des services) devenaient eux-mêmes un projet où il y a un début (prise en charge de la personne) et une fin (la personne sort du réseau de la santé et des services sociaux). En effet, chaque cas pouvait être traité comme un projet, la continuité de tous les épisodes d'interventions pouvant être une partie intégrante du projet.

2. Définir et mettre en place des mécanismes de référence et des mécanismes de transfert entre les dispensateurs de services

La réforme de 2004 donnait la responsabilité aux CSSS de gérer et d'offrir les services essentiels dans leurs territoires. En plus, ces derniers devaient définir et mettre en place des mécanismes de transfert entre les prestataires de services. Une fois qu'une personne a eu accès au système de santé (dans le réseau local de services de santé), il fallait s'assurer que les mécanismes de référence entre les prestataires soient toujours en continue. Il fallait s'assurer qu'il n'y avait pas de bris dans la chaîne de référence et que le patient

arrivait aux bons services et aux bons moments. Pour ces raisons, le management du **contenu** et des **parties prenantes** était un élément important à considérer.

Données d'entrée : La charte de projet est un document qui englobe ce qu'il faut investir et prévoir en termes d'actifs organisationnels. À partir de cette charte, les responsabilités de chaque intervenant au sein du projet clinique pouvaient être identifiées et énumérées selon le niveau de service acceptable. C'est un exercice que chaque équipe de projet se devait de réaliser. La charte devait contenir les éléments nécessaires pour qu'une personne, une fois prise en charge, soit traitée de manière continue, référée vers d'autres points de service pertinents au bon moment et transférée (le cas échéant) entre les prestataires de santé. Ici aussi, le patient avait le potentiel de devenir un projet (à l'intérieur du projet clinique), où l'on commence avec la prise en charge (début) et le congédiement du système (fin), en passant par tous les mécanismes de référence ou transferts établis par les CSSS. Le plan de management était également un document primordial, car il met l'accent sur l'intégration et la consolidation des pratiques de gestion, ainsi que sur la planification du projet afin de viser la continuité des services, et cela, entre tous les intervenants du réseau. Il fallait s'assurer de ne pas avoir une discontinuité dans les différents épisodes (soit une ou plusieurs interventions) et d'avoir recours aux mécanismes de transfert entre les prestataires mis en place. D'autre part, l'énoncé du contenu devait renfermer les détails des livrables, ainsi qu'une liste de travail ou d'activités nécessaires afin de réaliser le projet clinique. Avant de concrétiser la définition et mettre en place des mécanismes, il fallait avant tout évaluer les besoins en ressources humaines nécessaires aux activités du projet, car ces dernières avaient

la charge d'assurer la continuité des services aux patients. Il était important de créer des partenariats et des ententes de services (établissements communautaires, privés, etc.) solides afin d'assurer la continuité des services de qualité. C'est pourquoi le registre des parties prenantes était crucial. L'identification des intéressés et l'évaluation de leurs impacts (positifs ou négatifs) sur le projet étaient importantes dans la planification d'un tel projet. En planifiant et en catégorisant les parties prenantes, les CSSS étaient en mesure de minimiser les risques que peuvent poser les parties prenantes dans le cadre du projet. Les rôles et les responsabilités étaient également à établir.

Outils et techniques : Comme ce fut le cas pour d'autres livrables, la cueillette de renseignements (questionnaires et enquêtes) pouvait aider à planifier le travail qui était requis, à évaluer les ressources qui étaient nécessaires, les ententes ou les contrats de service qu'il fallait mettre en place, et les rôles et responsabilités que chaque partie devait assumer. La technique de décomposition d'activités pouvait être un atout dans la planification, car chaque activité était traitée indépendamment l'une de l'autre. Les mécanismes de référence et de transfert devaient être traités indépendamment aussi. Dépendamment du cas, un patient pouvait être recommandé à un spécialiste; il fallait alors prévoir des activités pour que la personne le soit au bon spécialiste. Cela était également applicable pour les mécanismes de transfert où le patient était pris en charge et le CSSS s'assurait de la continuité des services requis en transférant le patient au point de services adéquats. L'analyse des parties prenantes devait permettre de mieux cerner et de mesurer l'impact et le rôle que pouvaient jouer les prestataires pour mettre en place des mécanismes de référence et de transferts adéquats.

Données de sortie : Les documents produits dans le but d'atteindre cet objectif pouvaient paver le chemin et assurer le bon déroulement du projet, du début à la fin. De plus, tout au long du projet, il était important de constamment mettre à jour tous les documents du projet (état de l'avancement du projet, plan de management des parties prenantes, etc.) pour bien se positionner afin de prévenir les risques et prévoir des moyens d'atténuation ou de modification, tout en les traitant aux bons moments. Comme dans bien d'autres cas, il fallait constamment mettre à jour les documents d'un projet en évolution. D'un côté, il y avait des projets qui créaient les mécanismes de référence et de transfert. De l'autre, le cas du patient était un projet en soi. À la fin de chaque épisode d'intervention, le dossier du patient devait être mis à jour, tout en indiquant, si nécessaire, quelles autres étapes ou interventions étaient requises, s'il devait être référé à d'autres points de services, etc.

3. Instaurer la démarche, mettre en place des mécanismes, ou conclure des ententes avec les différents dispensateurs de services, qui préciseront les responsabilités réciproques en vue d'améliorer la continuité des services en fonction des résultats ciblés

Les CSSS étaient appelés à instaurer, à mettre en place ou à nouer des partenariats dans le but de conclure des ententes avec les dispensateurs de santé et de services sociaux. Il était nécessaire d'avoir une bonne planification des corridors de partenariat, de s'assurer de l'engagement et de la responsabilisation de tous les intéressés (établissements communautaires, bénévoles, organismes privés, groupes de médecins de famille). Pour améliorer la continuité des services en fonction des résultats ciblés, les CSSS ne pouvaient

pas être seuls à dispenser tous les services nécessaires. Il était donc primordial de mettre en place des ententes de services, tout en s'assurant que les différents dispensateurs assumaient une responsabilité afin de garantir la continuité des services (incluant des mécanismes de référence et de transfert). Le manquement d'une partie prenante à ses responsabilités pouvait faire en sorte qu'une ne reçoit pas l'accompagnement ou le soutien requis à l'assurance de la continuité entre les différents épisodes de soins et d'interventions sociales à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux. Le management des **parties prenantes** et des **risques** devait grandement aider les CSSS à élaborer et à réaliser des projets en vue d'améliorer la continuité des services en soins de santé et des services sociaux. Le management des parties prenantes était important à considérer dans ces projets, car il fallait instaurer une démarche et mettre en place des mécanismes et des ententes de services réciproques avec les différents dispensateurs. Il était important que chaque intervenant (à l'intérieur ou à l'extérieur des CSSS) assume son rôle et ses responsabilités dans le but d'améliorer la continuité des services.

Données d'entrée : En effet, le management des parties prenantes inclut les processus d'identification des personnes, des groupes ou des organisations qui peuvent avoir une influence et un impact sur le projet (PMBOK, 2013, p. 398). Toujours selon le PMI, le document, le registre des parties prenantes par exemple, identifie et désigne le degré d'influence ou d'impact que peuvent avoir les intéressés sur les activités du projet ou les résultats ciblés. D'un autre côté, la charte de projet vient appuyer le registre des parties prenantes, car elle met de l'avant l'approbation de planifier et de réaliser un projet, tout en

identifiant ceux qui seront touchés ou qui peuvent contribuer (positivement ou négativement) au projet. C'est ainsi que la charte devait comprendre des mécanismes d'identification des partenaires qui étaient dans une bonne position et pouvaient mieux remplir les responsabilités que les CSSS leur confient. Ceci devait réduire le risque de discontinuité des services de soins et des services de santé. Tous les éléments de risque et de contrôle des engagements des dispensateurs étaient identifiés afin de prévoir des mesures de correction et d'ajustement, le cas échéant. C'est précisément avec le management des risques que cela était possible. En effet, ce dernier comprend les processus de conduite de planification des risques (identifications, analyses, réponses). Ce document était important dans la mesure où les CSSS devaient correctement identifier les risques prévisibles qui avaient le potentiel d'affecter les résultats souhaités, ou briser la continuité des services.

Outils et techniques : L'analyse des parties prenantes devait permettre d'établir les personnes ou organismes qui pouvaient avoir un impact ou une influence directe ou indirecte sur le projet clinique. Il fallait identifier ces dernières et leur donner des responsabilités par rapport à l'objectif de continuité dans leurs offres de services. Il fallait constamment réduire et prévoir le risque qu'un partenaire n'arrive pas à remplir correctement ses responsabilités et qu'il puisse y avoir ainsi un impact sur la continuité des soins et services dans le réseau. C'est pourquoi il était important de prévoir une évaluation de la probabilité et de l'impact des risques. Selon le PMI, ce document étudie, d'une part, la vraisemblance que chaque risque spécifique survienne, et d'une autre, l'impact des risques potentiels sur un objectif du projet (échéanciers, coûts, performances) (voir

PMBOK, 2013). Il constituait, conséquemment, un outil permettant aux CSSS de prévoir et de remédier de manière proactive aux risques potentiels d'arrêt de services.

Données de sortie : Le plan de management des parties prenantes devait être un livrable bien exécuté, parce qu'il présentait l'influence et l'impact que chaque intéressé pouvait avoir sur le projet. Il ne faut pas oublier que les CSSS devaient instaurer des démarches (qui peuvent être en évolution) et conclure des ententes pour que les services offerts à un patient soient continus et livrés dans les délais prescrits, idéaux et sans rupture. Le registre des risques devait comprendre tous les risques potentiels pouvant affecter un projet clinique. Il fallait inclure également les causes évidentes des risques pendant la durée de vie du projet. Il fallait de plus prévoir une liste de réponses potentielles aux risques afin de maximiser la diminution des effets négatifs sur le projet et de toujours s'assurer que l'instauration des mécanismes et des ententes de services n'était pas compromise.

Tableau 12

Objectif du projet clinique - CONTINUITÉ

Livrable projet clinique - CSSS	**Processus de base * (chaque processus à des données d'entrée, des outils et techniques et des données de sortie)**	**Données d'entrée**	**Outils et techniques**	**Données de sortie**
1. Prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes en vue d'assurer la continuité entre les différents épisodes de soins et d'interventions sociales requis à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux, et ce, plus spécifiquement pour les personnes ayant des besoins particuliers et plus complexes	Management de **l'intégration** ↓ Élaborer la charte du projet ↓ Diriger et piloter l'exécution du projet ↓ Surveiller et maîtriser le travail du projet ↓ Mettre en œuvre la maîtrise intégrée des modifications ↓ Clore le projet ou la phase Management des **délais** ↓ Planification des délais ↓ Définir les activités ↓ Organiser les activités en séquences ↓ Estimer les ressources nécessaires aux activités ↓ Estimer la durée des activités ↓ Élaborer/Maîtriser l'échéancier	→ Énoncé des travaux (choix de projet clinique, besoins de la clientèle, description des services, objectifs stratégiques) → Plan de management (identification des mécanismes, approches et modèles du projet) → Facteurs environnementaux des CSSS (population, besoins, clientèles particulières, démographie) (HR, compétence, disponibilité) → Actifs organisationnels (orientations du MSSS et culture organisationnelle) → Liste et attributs des activités (identification des activités qui auront besoin de ressources) → Liste des jalons (« milestones ») (événements significatifs du projet)	→ Jugement d'experts (PMO, administration, professionnels du CSSS) → Réunions de maîtrise des modifications (comité d'administration, gestionnaires de projet) → Décomposition des activités (division des livrables - plus petits et plus faciles à gérer) → Logiciel de gestion de projet (planifier, organiser, gérer RH)	→ Demandes de modification (ajustement, révision des projets cliniques) → Transfert des services ou du résultat final (interventions et services offerts à la clientèle) → Besoins en ressources nécessaires aux activités (types et quantités de ressources nécessaires) → Échéancier du projet
2. Définir et mettre en place des mécanismes de référence et des mécanismes de transfert entre les dispensateurs de services	Management du **contenu** ↓ Planification du management du contenu ↓ Recueillir les exigences ↓ Définir, Vérifier et Maîtriser le contenu Management des **parties prenantes (PP)** ↓ Identifier les parties prenantes ↓ Planifier le management des PP ↓ Surveiller et maîtriser l'engagement des PP	→ Charte du projet (autorisation du projet clinique, niveau de service, responsabilités) → Plan de management (intégration et consolidation des plans de gestion et planification de projet) → Énoncé du contenu du projet (détails des livrables et du travail nécessaire) → Registre des PP (identification de toutes les parties concernées par le projet clinique)	→ Questionnaires et enquêtes (cueillette d'information auprès des intéressés – internes/externes) → Décomposition des activités (division des livrables) → Analyse des PP	→ Mises à jour des documents du projet (état de l'avancement et ajustement) → Plan de management des parties prenantes
3. Instaurer la démarche, mettre en place des mécanismes, conclure des ententes avec différents dispensateurs de services, qui préciseront les responsabilités réciproques, en vue d'améliorer la continuité des services en fonction des résultats ciblés	Management des **parties prenantes** ↓ Identifier les parties prenantes ↓ Planifier le management des parties prenantes ↓ Gérer les engagements des parties prenantes ↓ Surveiller et maîtriser l'engagement des PP Management des **risques** ↓ Planifier le management des risques ↓ Identifier les risques ↓ Mettre en œuvre l'analyse qualitative des risques	→ Registre des parties prenantes (identification de toutes les parties concernées par le projet clinique) → Charte du projet (autorisation du projet clinique, niveau de service, responsabilité) → Plan de management de la communication (interaction prévue et circulation des informations sur les risques) → Plan de management des risques (affectations des rôles et attributions des responsabilités face aux risques)	→ Analyse des parties prenantes → Évaluation de la probabilité et de l'impact des risques	→ Plan de management des parties prenantes → Registre des parties prenantes (identification de toutes les parties concernées par le projet clinique) → Registre des risques

6. Objectif du projet clinique - QUALITÉ

1. Adopter une stratégie d'amélioration continue de la qualité des services mettant à contribution les professionnels, les personnes desservies et la population

La notion de la qualité est un élément nouveau (depuis la réforme de 2004) qui avait pour but de favoriser le projet clinique (MSSS, 2004a, p. 19). La qualité vient soutenir l'amélioration de l'organisation des services sociosanitaires par l'entremise des objectifs d'accessibilité et de continuité. Une amélioration constante des services offerts est devenue, dès lors, une priorité dans l'élaboration des projets cliniques. En effet, adopter une stratégie continue pour améliorer la qualité des services reposait grandement sur la capacité des CSSS à engager et à responsabiliser les professionnels de la santé, les personnes desservies (usagés) et la population en général. Cela dit, la qualité des services en soins de santé et des services sociaux se devait de passer par le management de la **qualité** et des **ressources humaines**, tout en considérant le management des **parties prenantes.** Les détails des livrables, des connaissances en management de projet et les processus se trouvent dans le tableau 13. La notion de la qualité nous renvoie aux processus et aux activités réalisées afin de déterminer les politiques de qualité, les objectifs et les responsabilités de l'organisation (CSSS, établissements communautaires et privés) pour répondre aux besoins du projet clinique. Le management de la qualité décrit les mesures à mettre en œuvre pour le contrôle de la qualité. Nous estimons que la planification de la qualité était déjà plus ou moins en place dans les CSSS.

Données d'entrée : La mesure de contrôle de la qualité était un document important, car il dévoile les résultats des activités de contrôle de la qualité du projet clinique. Ici, il fallait évaluer et analyser les normes et les processus de qualité des CSSS déjà implantés, ou à venir. Le registre des parties prenantes devient un document important pour les CSSS dans la mesure où ils pouvaient établir et identifier le niveau de la qualité des services attendus des parties prenantes. C'était la responsabilité des professionnels (prestataires) en soins de santé et en services sociaux ainsi que celle de la population (receveur de services) de contrôler et d'améliorer la qualité dans l'élaboration et la réalisation des projets cliniques. Cela devait se réaliser en instaurant des normes et des principes dans le domaine de la qualité que chaque prestataire se doit d'avoir. Les listes de contrôle de la qualité auraient dû faire partie de tous les projets cliniques élaborés par les CSSS. En effet, et comme le note le PMI, il s'agit là d'un « outil structuré, habituellement spécifique à une composante, utilisé pour vérifier qu'un ensemble d'étapes requis a été exécuté » (PMBOK, 2013, p.242). Afin de concrétiser la réalisation d'une gamme de services en soins de santé de qualité, il fallait avant tout évaluer le besoin en ressources humaines nécessaires aux activités du projet. Sans ressources humaines pouvant dispenser les services de qualité, il n'y avait pas de services. La disponibilité et la compétence des prestataires des services pouvaient également jouer en faveur de la qualité. L'équipe de projet responsable de mettre en œuvre et de livrer le projet devait planifier les RH aux activités, détailler les délais nécessaires pour chaque personne affectée et, finalement, analyser la disponibilité des RH pouvant être utiles à la réalisation du projet. Cela dit, il fallait prendre en considération ce qui était disponible ainsi que la capacité des organisations sociosanitaires à répondre aux besoins et aux exigences de la

qualité des services donnés à la population. Si les ressources étaient insuffisantes, il fallait impliquer et engager les parties tierces pouvant combler l'écart, tout en exigeant des normes de qualité adéquates et acceptables.

Outils et techniques : Pour ce faire, les outils et techniques sont abondants. Par exemple, l'étalonnage est une technique qui peut aider au succès du projet en matière de qualité. Ce dernier consiste à « (…) comparer les pratiques réelles ou planifiées du projet avec celles de projets comparables dans le but d'identifier les meilleures pratiques, de trouver des idées d'améliorations et de fournir une base pour la mesure de la performance » (PMBOK, 2013, p. 239). Dans un même ordre d'idées, l'analyse des processus est fort intéressante. Elle identifie les améliorations nécessaires tout en examinant les problèmes et les contraintes rencontrés. Cette dernière aide à revoir les processus mis en place pour le contrôle de la qualité et permet d'y apporter des changements efficaces au besoin. L'utilisation des diagrammes de contrôle est pertinente, dans la mesure où elle permet de déterminer si un processus est stable et si la performance est prévisible. Conséquemment, ils auraient pu être un outil exigé par les CSSS par rapport à leurs propres projets cliniques, ou encore ceux avec qui les CSSS ont déjà eu une entente de services à l'intérieur des projets cliniques. D'un autre côté, pour maximiser les ressources humaines du projet, il était important de négocier l'affectation des RH au projet avec toutes les parties prenantes. L'engagement de tous les intervenants était donc primordial. Dans le cas échéant, il aurait fallu prévoir des formations afin que les personnes affectées au projet soient qualifiées pour mener le projet à terme.

Données de sortie : Avant de commencer la réalisation du projet clinique, il fallait élaborer les documents de liste de contrôle de la qualité et le plan d'amélioration des processus. L'équipe de projet aurait donc été en mesure d'utiliser ces documents tout au long du projet, et ainsi avoir des repères de priorité, d'ajustement, de modification et d'amélioration de la qualité du projet. Bien sûr, cela aurait dû se faire par l'entremise de l'équipe qui mènera le projet. Une bonne documentation (plan de RH) des ressources affectées et des rôles était un atout pour le succès du projet clinique. Ceci dit, l'équipe chargée de réaliser ledit projet devait se donner, en permanence, des indicateurs de qualité (sondages auprès des patients, études de satisfaction de la clientèle, etc.).

2. Établir des collaborations intersectorielles en vue d'agir sur les déterminants de la santé et d'ajuster l'offre de services à rendre à la population

Établir des collaborations intersectorielles demande un engagement des tous les intervenants dans le but d'ajuster et d'améliorer les services offerts à la population. La réussite de ce type de projets passe par l'effort mis dans les ententes et les collaborations entre les parties prenantes qui interviennent dans le processus d'offre de services en soins de santé et en services sociaux. Le management des **parties prenantes** était alors pertinent pour mener avec succès les projets cliniques dont le but était d'établir des collaborations dans le système de santé.

Données d'entrée : Avant d'entreprendre des projets cliniques (collaborations intersectorielles et ajustement de services), il était essentiel que les CSSS établissent les déterminants, les standards ou les niveaux d'exigences de ce qu'était la qualité de tous les services dispensés (par le CSSS et les partenaires). Une fois la notion de la qualité comprise par tous les intervenants, ces derniers se devaient d'atteindre le niveau de qualité établi et mettre en place des mécanismes d'ajustement d'offre de services. La qualité pouvait comprendre le délai du traitement, le temps d'attente avant une intervention, le mécanisme de transfert, la référence adéquate et aux bons moments, etc. Dépendamment du projet, il était préférable de commencer par le registre des parties prenantes afin d'identifier tous les intéressés qui pouvaient avoir une influence ou un impact direct ou indirect, et ce, tout au long d'un projet (début-fin). Ce registre devait également permettre de planifier et de gérer les attentes de chacune des parties prenantes, ainsi que leurs capacités à livrer les déterminants de la qualité établis. Le plan de management de communication devait être aussi traité, parce qu'il fallait informer et garder les intéressés au courant des décisions, des orientations (MSSS-ASSS-CSSS), des stratégies privilégiées, des limitations organisationnelles ou RH. Avoir une communication active et continue augmente la satisfaction et l'appartenance au projet des parties prenantes (Shirley, 2011, p. 104). C'est pourquoi il était important pour tous les intervenants de bien comprendre la notion et les critères de qualité souhaités. Il fallait engager et désigner des membres de chaque secteur dans la planification et la réalisation du projet clinique (de la planification à la clôture). Selon les circonstances et la disponibilité, les équipes de projet clinique pouvaient choisir les intervenants susceptibles d'atteindre le niveau de la qualité des services souhaité et

instaurer des mécanismes d'ajustement de l'offre de services sur les déterminants de la qualité.

Outils et techniques : Une bonne utilisation des diverses modalités de communication pouvait faire la différence dans la balance du succès d'un projet clinique. La communication et la compréhension des déterminants de la qualité établies pour les services offerts étaient cruciales. C'est à partir de cela que des ententes de collaborations intersectorielles pouvaient agir ensemble sur les déterminants de la santé et ainsi ajuster l'offre de services à leur population. Il était possible d'utiliser la technique de la méthode de communication afin de faire circuler l'information importante pour garder toutes les parties prenantes informées de ce qui est attendu de leur part. Les outils de diffusion de l'information étaient (et sont toujours) un processus important, car ils décrivent la façon dont l'information va être transmise : papier, courriel, Internet, vidéoconférence, etc.

Données de sortie : Quel que soit le type de projet, le plan de management des parties prenantes est de loin le document le plus important et le plus pertinent. Le plan contient des notions et des concepts détaillés sur la façon efficace de mener la gestion des parties prenantes. En regard du projet clinique, le plan de management des parties prenantes devait inclure une section compréhensible (notion de la qualité, critères ou niveau de qualité des services souhaités) de la qualité des déterminants de la santé. Il fallait s'assurer que les dispensateurs de services de soins et de services sociaux aient la capacité de garantir la qualité des services établie par les CSSS avec tous les intéressés. Au cours du projet clinque, les membres de la communauté des parties prenantes et le niveau d'engagement requis

pouvait changer; par conséquent, et comme le souligne le PMBOK (2013), la planification de la gestion des parties prenantes est un processus itératif qui se doit d'être examiné sur une base régulière par le gestionnaire de projet. C'est à partir de cet exercice que les CSSS et les partenaires pouvaient agir sur les déterminants de la santé et ainsi ajuster l'offre de services.

3. Recourir à diverses modalités pour informer la population, la mettre à contribution et connaître sa satisfaction à l'égard de l'organisation des services et des résultats obtenus

Les nouvelles orientations du MSSS en 2004 appelaient à l'engagement de la population dans l'élaboration et la réalisation des services en soins de santé et en services sociaux qui lui étaient offerts. La population était contrainte à s'engager et à participer à l'amélioration de sa santé et de son bien-être. La qualité des services passait par l'engagement proactif et constructif des usagers. C'est pourquoi il fallait informer la population, la mettre à contribution sur les déterminants de la qualité et la faire partager sa satisfaction face aux services reçus. Les CSSS devaient se forcer à créer des mécanismes afin d'encourager la population à participer et à contribuer à la mise en place du niveau ou du critère de la qualité des services. Afin d'atteindre ces buts, la communication et l'information transmise à la population étaient primordiales. La population était le client des projets cliniques. Dès lors, les produits finaux devaient être acceptés et consommés par cette dernière. Pour arriver à informer la population et lui faire connaître ses responsabilités, les connaissances en management des **communications** devaient être traitées. Plusieurs modalités, mécanismes et approches existent afin de mettre à contribution et à faire

connaître la rétroaction de la satisfaction des services offerts à la population. Le management des **parties prenantes** était aussi important, car la population était une partie qui détenait (et détient toujours) un grand pouvoir décisionnel. Le management des parties prenantes appelait les intéressés (usagers et dispensateurs) à participer dans l'organisation et l'amélioration des services de santé en 2004. D'un autre côté, les CSSS avaient le devoir de partager les résultats de la satisfaction des usagers à l'égard des services donnés.

Données d'entrée : En 2004, la réforme de la santé au Québec présentait la population comme la partie prenante ayant le plus de pouvoir d'influence sur l'organisation et les services offerts en soins de santé et en services sociaux. Le registre des parties prenantes identifiait les parties qui auront un impact sur la qualité du projet clinique. C'était la responsabilité des CSSS à engager et à faire participer la population dans la mise en place des contrôles de la qualité (élaboration et réalisation des projets cliniques) en instaurant des normes et des principes de qualité avec lesquels tous les intervenants aux projets étaient en accord. Dès lors, il était important de mesurer les facteurs environnementaux et les actifs organisationnels des CSSS. Cet exercice devait permettre de valider et d'évaluer la capacité des CSSS à offrir des services de soins de santé de qualité comme il était requis dans leurs territoires. Le plan de management était alors essentiel, car il fallait documenter les actions nécessaires, les mécanismes, les approches et modèles choisis pour la réalisation du projet clinique en question. Ce dernier plan devait définir la façon dont le projet clinique était pour être exécuté, maîtrisé et clôturé, et la qualité surveillée. Toujours dans le but d'améliorer la qualité des services et de partager les notions de la qualité, il fallait que la communication

soit un moyen privilégié pour assurer que les usagers et les prestataires des services en soins de santé et en services sociaux soient bien informés, et ce, de manière régulière. Une communication satisfaisante, claire et précise tout au long du projet, devait aider à garder toutes les parties prenantes et les prestataires de services informés des décisions, des modifications ou des ajouts au projet au cours de son cycle de vie. Les CSSS devaient créer un environnement attrayant pour recueillir des commentaires et faire connaître la satisfaction de la population à l'égard de l'organisation des services et des résultats obtenus.

Outils et techniques : L'analyse des parties prenantes et des besoins en communication se devait d'être produite en parallèle. L'outil d'analyse des besoins en communication appelait l'équipe de projet clinique à considérer les voies et canaux potentiels de communication. La qualité étant une notion qui peut prendre plusieurs formes et définitions, les CSSS, en collaboration avec tous les intéressés, devaient s'entendre sur les notions de qualité acceptables et livrables par tous les prestataires. À partir de cela, informer toutes les parties prenantes de leurs engagements et leurs responsabilités était important. Pour déterminer les besoins en communication du projet clinique, et comme le veut le PMBOK, il était essentiel de faire appel aux organigrammes, aux services, aux secteurs ou aux domaines spécialisés concernés, aux relations de responsabilité des parties prenantes, aux informations externes (communication avec les médias, public) (PMBOK, 2013, p. 292). L'analyse des parties prenantes se devait d'identifier tous les intéressés au projet clinique, tout en les catégorisant à différents degrés et selon leur influence et impact au projet. Il fallait également tenir compte de leur capacité à mettre à contribution et faire connaître la satisfaction de la

population par rapport aux services offerts. Dès lors, cette analyse devenait un document crucial pour l'analyse des communications eu égard au projet clinique. L'analyse des parties prenantes peut être supportée par des techniques et des méthodes de communication tout en produisant de l'information pertinente, accessible et disponible pour tous, décrivant ce qui est acceptable en termes de qualité de service. La communication transmise (« push ») est une méthode qui se devait d'être utilisée. Comme le souligne le PMBOK, l'information est envoyée aux récepteurs spécifiques ayant besoin de la connaître. Des lettres, des mémos ou des rapports sont quelques exemples des outils utilisés comme méthodes de communication (PMBOK, 2013).

Données de sortie : Une fois la planification du projet clinique finalisée (document et plan de gestion du projet), il était important de faire le transfert des services à une tierce partie ou à une équipe qui aurait été responsable de réaliser et de continuer la production des services implantés par le projet. Bien sûr, les documents devaient contenir tous les éléments préalablement choisis en termes de qualité et de satisfaction à l'égard des services offerts. Il était important que l'équipe ou le département chargé de réaliser le projet clinique et d'en assurer la qualité soit bien informé sur les notions de la qualité des services. Tout cela devait se faire en considérant les stratégies de management des parties prenantes (acteurs-clés du projet). Le plan de management des parties prenantes devait regrouper toutes les stratégies nécessaires dans le but d'engager efficacement les intéressés, et devait également être complété et livré. Ces documents devaient constamment (chaque 6 mois, par exemple) être

évalués afin d'apporter des changements nécessaires toujours dans le but d'améliorer la qualité des services offerts à la population.

*4. **Désigner un gestionnaire responsable d'assurer la qualité dans les milieux de vie où résident des personnes vulnérables***

Un gestionnaire de projet devait être mis à contribution et se voir donner des pouvoirs décisionnels à toutes les étapes d'un projet clinique. Ceci étant dit, le gestionnaire de projet devait être d'office désigné pour l'assurance de la qualité des milieux de vie où résident les personnes vulnérables, et cela, tout au long du cycle de vie du projet clinique. Son rôle était de bien connaître les orientations, les exigences et les critères établis en termes de qualité des services en soins de santé et en services sociaux. Ayant les critères et les niveaux acceptables de la qualité des services en main, le ou les chargés de projet étaient dans une meilleure position pour mettre sur pied un projet clinique dont le but était d'assurer la qualité des milieux de vie où résident les personnes vulnérables. Le management de **qualité** et des **approvisionnements** se devait d'aider un gestionnaire à atteindre cette garantie de la qualité dans les milieux de vie des personnes vulnérables visées par les projets cliniques. Bien sûr, et avant tout, il fallait désigner un gestionnaire compétent et disponible pour mener le projet. Le domaine de connaissances de la qualité nous renvoie aux processus et à l'activité réalisée afin de déterminer les politiques de qualité, les objectifs et les responsabilités de l'organisation pour répondre aux besoins du projet clinique (PMBOK, 2013).

Données d'entrée : Les actions et les mesures à mettre en œuvre pour le contrôle de la qualité deviennent des éléments importants, car c'est ici qu'on façonne les critères de la qualité souhaitables et acceptables. Nous estimons qu'il existait déjà des principes ou objectifs de mesure de la qualité dans les CSSS. La mesure de contrôle de la qualité était un document essentiel, car elle dévoile les résultats des activités de contrôle de la qualité relativement au projet clinique. Ici, il fallait évaluer et analyser les normes et processus de qualité des CSSS déjà implantés ou à venir. Dès lors, il fallait partir avec les principes déjà en place et s'ajuster (au besoin) pour atteindre l'objectif des projets cliniques en termes de qualité de services. Le gestionnaire de projet devait être apte à instaurer ou à implanter ces principes de qualité. Le registre des parties prenantes, pour sa part, se devait d'identifier les parties concernées, particulièrement celles qui traitaient de la qualité ou encore celles qui pouvaient avoir un impact sur le projet clinique en termes de qualité. La satisfaction des parties prenantes (en particulier, des usagers) contribuait aux résultats de la qualité visés par les projets cliniques et ultimement par les CSSS. La qualité était la responsabilité de tous les intervenants (les prestataires et la population) afin de contrôler la qualité dans l'élaboration et la réalisation des projets cliniques, en instaurant des normes et des principes. Ensuite, il était de la responsabilité du gestionnaire d'instaurer les principes de l'assurance de la qualité dans les milieux de résidence des patients. Par ailleurs, l'utilisation des listes de contrôle de la qualité se devait de faire partie de tous les projets cliniques élaborés par les CSSS. Le gestionnaire qui était chargé d'assurer la qualité devait impérativement rédiger la liste de contrôle de la qualité. En effet, c'était un processus spécifique organisé et utilisé pour vérifier qu'un ensemble d'activités nécessaires avait été exécuté (PMBOK, 2013).

D'un autre côté, le management des approvisionnements était important dans la mesure où il fallait avoir les ressources surtout matérielles, adéquates et abondantes pour assurer la qualité de vie des personnes vulnérables dans leurs résidences. Il fallait pouvoir donner, au responsable du projet, toutes les ressources nécessaires pour mener un projet de qualité à bon terme.

Le document des exigences était important, car il permettait de détailler la planification et d'identifier les exigences du projet clinique. Cela devait aider à maintenir l'assurance de la qualité des services et, surtout, à assurer la continuité des services offerts dans les résidences. Si l'on se réfère au PMBOK (2013), le document devait inclure aussi les exigences ayant des impacts contractuels et légaux : la santé, la sécurité, la performance, l'environnement, les assurances, les licences et les permis. De plus, le document d'analyse des besoins (reliés aux activités) englobe et décrit ce dont un projet clinique a besoin en terme de RH, des équipements ou de l'emplacement de l'équipe et de l'équipement.

Outils et techniques : L'outil, audit de qualité, était un outil intéressant pour assurer la prestation des services de soins de santé et de services sociaux de qualité. Il fallait s'assurer que les processus et les procédures en termes de qualité dans la planification et la réalisation du projet étaient conformes aux politiques et aux normes de qualités des CSSS. L'inspection à tous les niveaux du projet clinique devait permettre de mettre en lumière les normes de qualité qui fonctionnent et celles qui devaient être réexaminées. D'autre part, l'analyse « produire ou acheter » était une technique cruciale. Selon le PMBOK (2013), il s'agit d'une technique « (…) pour déterminer si un travail spécifique peut être accompli de manière

satisfaisante par l'équipe de projet ou s'il doit être acheté auprès de sources extérieures » (PMBOK, 2013, p. 365). Cette technique devait aider l'équipe de projet et les décideurs à prendre la décision de produire ou de sous-contracter à une autre organisation la réalisation d'une partie ou la totalité du projet selon les RH disponibles et les compétences, les ressources financières adéquates et les ressources matérielles. Les négociations d'approvisionnement étaient une autre technique qui vient renforcer la technique d'analyse de « produire ou acheter », car elle clarifie la structure, les exigences, les responsabilités dans la planification et la réalisation du projet clinique. L'utilisation de ces techniques devait se traduire par la production d'un document fondamental pour la réussite du projet.

Données de sortie : Le plan de management de la qualité était un document qui devait fournir des données d'entrée au plan de management de l'ensemble du projet. Eu égard aux principes avancés dans le PMBOK (2013), il devait traiter du contrôle de la qualité, de l'assurance de la qualité et des approches d'amélioration continue des processus du projet. Le document des livrables validés devait énumérer tous les livrables qui devaient satisfaire aux exigences de la qualité. Une fois les livrables validés, ces derniers pouvaient être réalisés. Le plan de management des approvisionnements devait décrire comment les processus d'approvisionnement étaient gérés de sorte à répondre aux normes de qualité des projets cliniques, depuis l'élaboration jusqu'à la clôture du contrat. Le document d'approvisionnement devait inclure et détailler tous les contrats, les échéanciers, les processus de demande de contrat, les livrables, les garanties, etc.

Tableau 13

Objectif du projet clinique - QUALITÉ

Livrables projet clinique - CSSS	Processus de base * (chaque processus a des données d'entrée, des outils et techniques et des données de sortie)	Données d'entrée	Outils et techniques	Données de sortie
1. Adopter une stratégie d'amélioration continue de la qualité des services mettant à contribution les professionnels, les personnes desservies et la population	Management de la **qualité** ↓ Planifier le management de la qualité ↓ Mettre en œuvre l'assurance qualité ↓ Mettre en œuvre le contrôle qualité Management des **ressources humaines** ↓ Élaborer le plan des ressources humaines ↓ Former l'équipe de projet ↓ Développer l'équipe de projet ↓ Gérer l'équipe de projet	→ Mesures de contrôle de qualité → Registre des parties prenantes → Besoins en ressources nécessaires aux activités (planification des RH aux activités des projets) → Facteurs environnementaux des CSSS (population, besoins, clientèles, démographie) – (RH, compétence)	→ Étalonnage (pratique réelle *vs* projets comparables) → Diagrammes de contrôle (vérification de processus) → Analyse des processus (identification des améliorations nécessaires) → Négociation (membres d'équipe compétents et dédiés au projet) → Formation (améliorer les compétences des membres de l'équipe de projet)	→ Listes de contrôle qualité → Plan d'amélioration des processus → Plan des ressources humaines → Affectations du personnel du projet → Évaluation de la performance de l'équipe de projet
2. Établir les collaborations intersectorielles en vue d'agir sur les déterminants de la santé et ajuster l'offre de service à rendre à la population	Management des **parties prenantes** ↓ Identifier les parties prenantes ↓ Planifier le management des parties prenantes ↓ Gérer les engagements des parties prenantes ↓ Surveiller et maîtriser l'engagement des parties prenantes.	→ Registre des parties prenantes (identification de toutes les parties concernées par le projet clinique) → Plan de management de communication (exécution, surveillance, contrôle et clôture de la communication du projet) → Actifs organisationnels (les orientations du MSSS et la culture organisationnelle)	→ Méthode de communication (méthode de circulation de l'information ou de communication) → Outils de diffusion de l'information	→ Plan de management des parties prenantes
3. Recourir à diverses modalités pour informer la population, la mettre à contribution et connaître sa satisfaction à l'égard de l'organisation des services et des résultats obtenus	Management des **communications** ↓ Planifier le management de communications ↓ Gérer les communications ↓ Surveiller et maîtriser les communications Management des **parties prenantes** ↓ Identifier les parties prenantes ↓ Planifier le management des parties prenantes ↓ Gérer les engagements des parties prenantes	→ Registre des parties prenantes (identification de toutes les parties concernées par le projet clinique) → Facteurs environnementaux du CSSS (population, besoins, clientèles particulières, démographie) – (RH, compétence, disponibilité) → Plan de management de communication (exécution, surveillance, contrôle et clôture de la communication du projet)	→ Analyse des parties prenantes → Analyse des besoins en communication (détermine les besoins en information des parties prenantes du projet) → Méthodes de communication (méthode de circulation de l'information de ou communication)	→ Plan de management des parties prenantes → Plan de management de la communication → Stratégie de management des parties prenantes → Demande de modification

	↓ Surveiller et maîtriser l'engagement des parties prenantes.			
4. Désigner un gestionnaire responsable d'assurer la qualité dans les milieux de vie où résident des personnes vulnérables	Management de la **qualité** ↓ Planifier le management de la qualité ↓ Mettre en œuvre l'assurance qualité ↓ Mettre en œuvre le contrôle qualité Management des **approvisionnements** ↓ Planifier le management des approvisionnements ↓ Procéder aux approvisionnements ↓ Gérer les approvisionnements	→ Mesures de contrôle de la qualité → Registre des parties prenantes → Listes de contrôle de la qualité (vérification de l'ensemble d'étapes requises est exécutée) → Documentation des exigences (liste des exigences du projet - planification) → Besoins de ressources aux activités	→ Audits qualités (conformités de la qualité avec la politique interne, les processus et les procédures de l'organisation) → Inspection (examen des activités du projet - mesure de la qualité) → Analyse « produire ou acheter » (projet mené à l'interne ou acheté à l'extérieur) → Négociations d'approvisionnement	→ Plan de management de la qualité (identification des processus, normes, contrôle de la qualité) → Livrables validés (approuvés en qualité) → Plan de management des approvisionnements → Document d'approvisionnement

7. Les livrables du projet clinique et les connaissances en management de projet

En conclusion, nous avons montré dans ce chapitre qu'il est possible, et même souhaitable, de faire le rapprochement théorique entre la gestion de projet clinique et les domaines de connaissances mis de l'avant par le PMBOK. Tous les éléments réunis, les domaines de connaissances en management de projet peuvent êtres un levier fort intéressant pour améliorer la performance du système de santé québécois. La réforme en santé de 2004 a été conçue en mettant de l'avant la gestion de projet pour organiser de manière différente les services offerts à la population. Sans aucun doute, les domaines de connaissances dans l'ensemble pouvaient mieux structurer les projets à réaliser et répondre spécifiquement aux exigences et aux objectifs voulus. Il est important de comprendre que pour chaque projet (un ou plusieurs livrables), peu importe l'objectif visé, certains domaines de connaissances sont plus pertinents ou requis que d'autres, et le projet clinique n'échappe pas à cette règle. Ainsi, le tableau 10 montre les domaines de connaissances que nous estimons les plus importants ou appropriés pour chaque livrable du projet clinique relativement à l'objectif national qui était visé. C'est important de souligner que d'autres domaines de connaissances peuvent être utilisés conjointement avec d'autres. Suivant la lecture que l'on fait du PMBOK et notre compréhension du projet clinique comme suite au portrait esquissé par le MSSSQ, que nous avons détaillé dans les sections 4.1 à 4.4 inclusivement, nous avons bâti un tableau (Tableau 14) à double entrée: les domaines de connaissances vs les livrables du

projet clinique. Ainsi, chacun des livrables a été mis en relation avec des domaines de connaissances (à l'exception du management des coûts). Cela dit, il s'agit de propositions de recherche, autrement dit, de relations théoriques qui restent à être appuyées empiriquement.

Le management de l'intégration, du contenu, de la communication et des parties prenantes nous est apparu le plus adéquat quant à une livraison des projets cliniques dont l'objectif était l'accessibilité des services à la population. Pour l'objectif de la continuité, encore une fois l'intégration, le contenu et les parties prenantes nous ont semblé des domaines appropriés pour mener avec succès les projets cliniques dont le but était d'avoir une continuité des interventions en soins de santé pour toutes les personnes prises en charge par le système de santé. En ce qui concerne l'amélioration constante des services dispensés à la population, nous avons mis en relation le domaine de connaissances en qualité et des parties prenantes avec la livrable qualité.

Le management des parties prenantes était au cœur de 6 des 11 livrables du projet clinique. En effet, l'analyse des parties prenantes était une approche qui permettait de comprendre le système de santé territorial (les CSSS et RLS) en précisant l'intérêt, les besoins et les préoccupations des différentes parties concernées. En 2004, la configuration du système de santé faisait en sorte que nous trouvions plusieurs parties prenantes telles que les professionnels de la santé (médecins, infirmières), les représentants de la société civile (les élus), les associations ou coopérative communautaires (personnes concernées), le grand public et les instances gouvernementales (régulateurs), d'où la pertinence d'utiliser

efficacement les données d'entrée, les outils, les techniques et les données de sortie du management des parties prenantes.

Le prochain chapitre consiste à présenter la démarche méthodologique de la recherche, c'est-à-dire que nous allons justifier le choix de l'analyse documentaire pour mener notre étude à la fois qualitative et quantitative. Ensuite, nous donnons une description du matériau utilisé : les rapports annuels de gestion des CSSS. À partir de l'analyse de ce matériau, nous allons faire l'état de la situation des projets cliniques et l'organisation des services de santé et des services sociaux. Conséquemment, nous allons confronter le contenu théorique présenté au Tableau 14, à ce qui est réellement mis de l'avant ou en œuvre par les CSSS de toutes les régions sociosanitaires du Québec.

Tableau 14

Domaine de connaissances en gestion de projet et les livrables du projet clinique

		Domaines de connaissances en Gestion de projet (PMI, 2013)									
Livrables (projet clinique - CSSS)		**Intégration**	**Contenu**	**Délais**	**Coûts**	**Qualité**	**RH**	**Comm.**	**Risques**	**Appro**	**Parties prenantes**
ACCESSIBILITÉ	Services et interventions en santé publique	√	√								√
	Services généraux et spécialisés		√				√				
	Accès aux services pertinents							√			√
	Suivi des listes d'attente	√						√			
CONTINUITÉ	Assurer la continuité entre les interventions	√		√							
	Instaurer mécanismes de référence et de transfert		√								√
	Entente de services avec les parties prenantes								√		√
QUALITÉ	Adopter une stratégie d'amélioration continue de la qualité					√	√				
	Établir les collaborations intersectorielles										√
	Impliquer la population dans la qualité des soins de santé							√			√
	Assurer la qualité de vie où résident des personnes vulnérables					√				√	

CHAPITRE III - CADRE MÉTHODOLOGIQUE

1. Démarche méthodologique

1.1 L'analyse documentaire comme approche de recherche

Dans le cadre de la présente recherche, nous avons privilégié l'analyse documentaire comme approche de recherche. L'analyse documentaire est une procédure systématique pour examiner ou évaluer des documents imprimées et électroniques. « Like other analytical methods in qualitative research, document analysis requires that data be examined and interpreted in order to elicit meaning, gain understanding, and develop empirical knowledge» (Bowen, 2009, p.27). En effet, l'analyse documentaire nous amène à dépouiller et à décortiquer les documents pour en sortir des éléments et des détails que nous analyserons de manière qualitative et quantitative dans le but de répondre à une question spécifique de recherche.

L'analyse documentaire permet d'obtenir des données à partir de documents existants sans avoir à passer par des entrevues, questionnaires ou observations. Nous trouvons une panoplie de documents qui peuvent être analysés dans cette démarche: rapports organisationnels ou institutionnels, manuels, livres et brochures, journaux et revues,

programmes d'évènements, lettres et notes, journaux, communiqués de presse et données de l'enquête, pour n'en nommer que quelques-uns. En somme, l'analyse documentaire est une procédure analytique qu'implique la recherche, la sélection, l'évaluation et la synthétisation des données contenues dans les documents (Bowen, 2009). En fait, l'extrait suivant de Bowen résume bien le travail que nous poursuivons en empruntant l'analyse documentaire : « As a research method, document analysis is particularly applicable to qualitative case studies—intensive studies producing rich descriptions of a single phenomenon, event, organisation, or program » (Stake, 1995; Yin, 1994 cité par Bowen, 2009, p.29).

En ce qui nous concerne, nous empruntons l'analyse documentaire afin de mener une étude intensive des rapports annuels de gestion des CSSS (documents organisationnels) pour décrire un seul phénomène qui est le Projet Clinique (projet clinique) et les liens avec les domaines de connaissances en gestion de projet dans le secteur de la santé au Québec. En effet, l'analyse des rapports nous aidera à décrire, de façon rétrospective, l'état de la situation des projets cliniques des centres de santé et de service sociaux relativement aux domaines de connaissances du *Projet Management Institute.*

L'analyse documentaire tire sa pertinence eu égard aux objectifs de recherche que nous poursuivons du fait qu'elle nous propose une démarche rigoureuse pour faire le suivi du changement et du développement du Projet Clinique dans le domaine de la santé au Québec. En effet, avec l'analyse documentaire, nous avons la capacité de comparer les rapports annuels de gestion des quatre années étudiées pour identifier les changements, à l'intérieur

d'un CSSS en particulier, entre les CSSS de la même région ou dans l'ensemble de la province. En examinant de près les rapports annuels des CSSS, nous avons la chance d'obtenir une représentation distincte de la façon dont les CSSS et leurs projets cliniques ont progressé au fil du temps tout en obtenant de l'information contextuelle et informative (Bowen, 2009).

Il ne faut pas oublier que, comme toutes les autres approches méthodologiques, la démarche par l'analyse documentaire a ses limites et ses avantages. C'est avantageux, car c'est une méthode efficiente quant à la constitution du matériau lorsque comparé aux entrevues, par exemple, puisqu'elle exige moins de temps. Un autre avantage est l'accès sans embûche aux documents. Dans notre cas, les rapports ont été très accessibles, car la majorité se trouvait sur les sites Internet des CSSS. Puisque les documents sont « […] 'unobtrusive' and 'non-reactive' – that is, they are unaffected by the research process » (Bowen, 2009, p.31), cela représente également une force de l'analyse documentaire. Enfin, les documents restent stables (rien ne peut être changé par le chercheur), exacts (les noms, les références et les détails des évènements) et aussi peuvent s'étendre dans le temps et couvrir plusieurs évènements (Bowen, 2009).

Une limite de l'analyse documentaire est que nous trouvons peut-être des détails insuffisants, c'est-à-dire que le document a été produit pour un but autre que la recherche, ce qui peut conduire à un manque de précision permettant de répondre à la question de la recherche. Une autre limite que nous pouvons considérer est ce qui est appelé la sélection

biaisée (biased selectivity) où les documents des organisations et institutions sont souvent produits en lien avec les politiques, la mission et la vision de ces derniers. Clairement, nous avons des avantages et des limites dans l'utilisation de la démarche de l'analyse documentaire, mais les avantages surpassent les limites (Bowne, 2009). Nous pensons que l'analyse documentaire des rapports annuels de gestion des CSSS pour notre recherche est pertinente et crédible dans la mesure où nous examinons les CSSS et leurs efforts dans l'atteinte des grands principes découlant de la réforme de 2004 en santé et, plus précisément de la gestion des projets cliniques.

1.2. Les rapports annuels de gestion des centres de santé et services sociaux (CSSS) (matériaux de recherche)

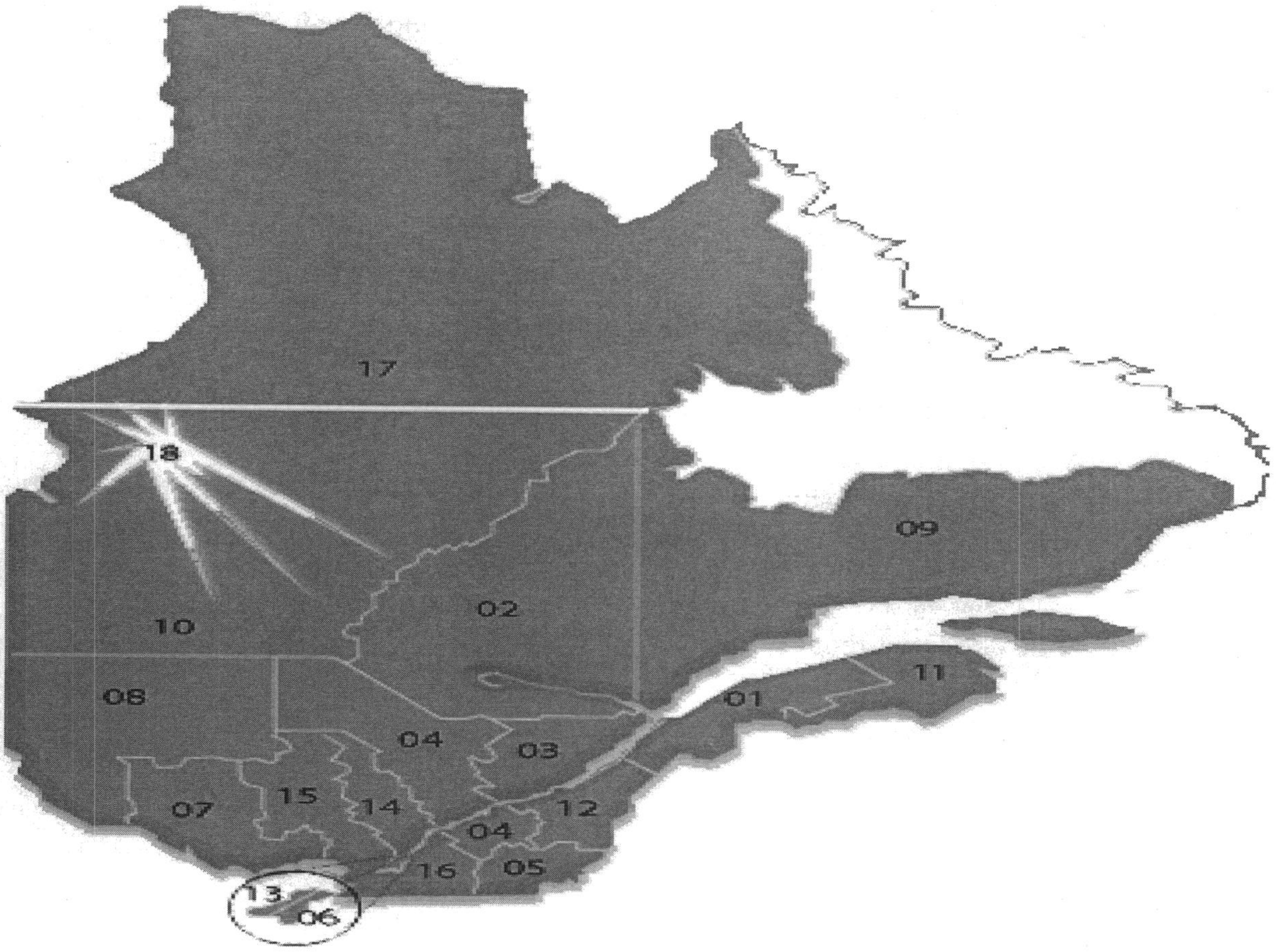
L'article 182.7 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) stipule que tous les CSSS devaient préparer un Rapport annuel de gestion et le soumettre à l'Agence de la santé et des services sociaux duquel le CSSS relevait.

Le rapport annuel de gestion du CSSS devait comprendre 1) une présentation des résultats en lien avec les objectifs prévus au plan stratégique et à l'entente de gestion et d'imputabilité convenue avec l'agence; 2) une déclaration du directeur général de l'établissement attestant la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents; et 3) tout autre élément ou renseignement déterminé par le Ministère. En d'autres mots, le rapport annuel de gestion avait pour but de transmettre et de présenter aux citoyens et aux intéressés de l'information significative et fiable quant aux résultats atteints, en lien avec les engagements

pris pour l'année qui précède. Le rapport annuel de gestion devait également avoir une section donnant un compte rendu de la situation ou du développement des projets cliniques dans chaque CSSS.

1.3 Un échantillonnage des rapports annuels de gestion des CSSS

Comme suite à la réforme de 2004, quatre-vingt-quatorze (94) CSSS et un (1) centre régional de santé (région nordique) ont été déployés dans dix-huit (18) régions sociosanitaires du Québec. La Figure 4 donne un aperçu général du découpage des régions et le nombre de CSSS par région.



Nom région sociosanitaire (nombre de CSSS) (source MSSS)			
1	Bas-Saint-Laurent (8)	10	Nord-du-Québec (1)
2	Saguenay–Lac-Saint-Jean (6)	11	Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (5)
3	Capitale-Nationale (4)	12	Chaudière-Appalaches (5)
4	Mauricie-et-Centre-du-Québec (8)	13	Laval (1)
5	Estrie (7)	14	Lanaudière (2)
6	Montréal (12)	15	Laurentides (7)
7	Outaouais (5)	16	Montérégie (11)
8	Abitibi-Témiscamingue (5)	17	Nunavik (1)
9	Côte-Nord (6)	18	Terres-Cries-de-la-Baie-James (1)

Figure 4. Découpage régional sociosanitaire du Québec

Pour analyser et comprendre l'évolution des projets cliniques de chaque CSSS dans le temps, les rapports annuels de gestion de quatre années consécutives ont été retenus, précisément ceux des années 2008-2009, 2009-2010, 2010-2011 et 2011-2012 (du 1er avril au 31 mars). Pourquoi ces années? On estime que durant les trois années qui suivent la réforme de 2004-2005, les CSSS ont eu suffisamment de temps pour s'organiser et s'orienter à l'instauration des projets cliniques.

Les rapports ont été obtenus directement sur les sites Internet des CSSS, ou par l'entremise de courriels au département des communications de ces derniers. Cependant, nous avons seulement été en mesure de recueillir les rapports annuels de gestion (les quatre années) de quatre-vingt-un (81) CSSS sur quatre-vingt-quatorze (94) CSSS (ce qui représente 86 % des rapports annuels de gestion des quatre années), pour un total de trois cent vingt-quatre (324) rapports annuels[7]. Dix-sept (17) sur dix-huit (18) régions sociosanitaires sont représentées dans les rapports. Seule la région sociosanitaire de la Terres-Cries-de-la-Baie-James (région 18 à la Figure 4) est manquante. Les rapports sont tous en format PDF.

---

[7] Nous avons été dans l'impossibilité de retrouver les rapports annuels de gestion de 13 CSSS. Les rapports ne se trouvaient pas sur les sites Internet des CSSS respectifs et nous n'avons pas eu de réponse à nos nombreuses demandes auprès de ces CSSS.

1.4 Traitement du matériau

Le logiciel NVivo est utilisé pour produire des résultats qualitatifs et quantitatifs pour la présente recherche. NVivo nous a permis d'organiser et d'analyser le contenu des rapports annuels de gestion. La première étape a été de créer un projet unique s'intitulant « *Le projet clinique* » dans NVivo. Ensuite, les trois-cent vingt-quatre (324) rapports annuels de gestion (en format PDF) ont été importés dans NVIVO et classés sous la fonction « *Sources* ». Subséquemment, nous avons créé une liste d'attributs. Les attributs permettent de classer et de comparer les rapports annuels de gestion avant même la création des nœuds; nous reviendrons sur ce dernier point un peu plus tard. La liste d'attributs comprend : le nom du CSSS, le nom de la région sociosanitaire dont font partie les CSSS, l'année du rapport, la mention directe au projet clinique (oui ou non) et la mention à des projets autres que clinique (oui ou non). Donc, chaque rapport annuel de gestion (324 au total) s'est vu attribuer le nom du CSSS (par exemple : CSSS de Gatineau), la région sociosanitaire à laquelle appartient le CSSS (p. ex.: Outaouais), l'année sur laquelle porte le rapport (p. ex. : 31 mars 2009 au 31 mars 2010) et finalement si le rapport faisait oui ou non mention directe du projet clinique ou d'autres projets (p. ex : projet clinique jeune en difficulté ou projet de prévention de dépendance).

La classification est une étape qui permet la construction du corpus d'un projet NVivo. Par la suite, nous avons commencé à thématiser, c'est-à-dire à créer des nœuds par thème, pour ensuite en faire l'analyse. Un nœud est un contenant permettant de regrouper

dans un endroit unique le contenu associé afin de pouvoir identifier les idées et les thèmes émergents (Guide NVivo 9, p.11). L'arbre thématique (nœuds) s'est formé à partir de l'objectif spécifique de la présente recherche, qui est de décrire la situation des projets cliniques des centres de santé et de service sociaux par rapport aux domaines de connaissances du *Projet Management Institute.*

En somme, nous cherchons à comprendre et à décrire quelle place est accordée aux dix (10) domaines de connaissances en gestion de projet dans l'élaboration et la réalisation des projets cliniques de chaque CSSS. Pour ce faire, nous avons misé sur les statistiques descriptives et l'analyse du contenu des rapports annuels de gestion afin de mettre à jour quantitativement et qualitativement la place qui a été faite aux domaines de connaissances et à leurs processus de base dans la gestion des projets cliniques. En même temps, l'analyse nous permettra de faire l'état de la situation des projets cliniques à travers le Québec à la veille du déploiement de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (Loi 10 ou la réforme santé Barette).

Pour organiser et regrouper nos catégories, nous avons procédé à la création des dossiers dans NVivo. En premier lieu, un dossier nommé « *Projet Clinique – Objectifs* » a été créé, regroupant les objectifs stratégiques du gouvernement du Québec (Projet Clinique) : l'accessibilité, la continuité et la qualité. Un deuxième dossier nommé « Projet Clinique – Programmes-services » a également été créé. Celui-ci regroupe les neuf (9)

programmes-services qui désignent un ensemble de services et d'activités que chaque CSSS devait s'efforcer d'offrir à sa population selon les besoins (santé publique, services généraux - activités cliniques, perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, jeunes en difficulté, dépendances, santé mentale et santé physique). Pour une description détaillée de chaque programmes-services, voir le Tableau 3. Enfin, nous avons regroupé dans un troisième dossier, et auquel nous avons donné le nom de « *Domaine de connaissances en gestion de projet* », les dix (10) domaines de connaissances en gestion de projet (gestion de l'intégration, du contenu, des délais, des coûts, de la qualité, des ressources humaines, des communications, des risques, des approvisionnements et des parties prenantes). Chaque domaine de connaissances possède des activités ou des processus de base sur lesquels une équipe de projet intervient. Ces processus sont réalisés pour faire une description des données d'entrée, des outils et techniques, ainsi que des données de sortie pour un ou plusieurs domaines de connaissances touchant le projet. C'est concrètement à partir de ces processus qu'une équipe peut planifier et contrôler le déroulement d'un projet. Les quarante-sept (47) processus ou activités sont devenus les sous-nœuds correspondant à leurs domaines de connaissances dans le dossier « *Domaine de connaissances en gestion de projet* ». Tous les détails comprenant une description complète des domaines de connaissances ainsi qu'une liste de tous les processus se trouvent au Tableau 10.

CHAPITRE IV – RÉSULTATS ET INTERPRÉTATIONS

Nous rappelons de nouveau que le Québec s'est engagé, en 2004, à actualiser le système de santé et de services sociaux pour mieux répondre aux défis, aux problèmes et aux besoins de la population afin de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en lançant, à la grandeur de la province, le Projet Clinique. L'objectif visé était une meilleure accessibilité, une continuité et une qualité accrues des services. Comme il est mentionné plus haut, le Project Clinique se traduit sur le plan local par plusieurs projets cliniques dont les CSSS et le Réseau local de service (RLS) étaient responsables. Le but des projets cliniques des CSSS, en collaboration avec les partenaires, était d'identifier des pistes d'amélioration des services en vue de mieux répondre aux besoins de la population et des clientèles vulnérables sur le territoire d'un CSSS.

Avant de présenter les analyses et les résultats des projets cliniques des CSSS par rapport aux domaines de connaissances en gestion de projet, il est important de présenter quelques chiffres sur le Projet Clinique à l'échelle provinciale afin de faire un constat de l'état de la situation. Il faut bien comprendre que toute notre analyse porte seulement sur les principes, les fondements et les objectifs du Projet Clinique et des projets cliniques.

1. Projet Clinique – État de la situation provinciale

En premier lieu, une analyse a été faite pour savoir si, oui ou non, un ou des projets cliniques sont mentionnés et décrits dans tous les rapports annuels de gestion examinés (soit ceux de 2008 à 2012) de chacun des 81[8] (sur 94) CSSS. Les résultats qui se trouvent à la Figure 5 mettent bien en évidence l'avancement dans le temps de la place que prend la gestion des Projets Cliniques. Quatre ans après l'introduction du Projet Clinique, 79 % des CSSS font le point quant au Projet Clinique (clinique) dans leurs rapports annuels de gestion (année d'exercice 2008-2009). Cela relève de l'effort mis par les CSSS afin d'en arriver aux objectifs dictés par le MSSS. Cependant, nous pouvons constater qu'au fil des années le Projet Clinique (clinique) est de moins en moins décrit dans les rapports annuels. En quatre ans (2008-2009 à 2011-2012), il y a une réduction de 28 % dans les comptes rendus faits de la gestion des Projets Cliniques dans l'ensemble de la province. Nous estimons que cela est élevé considérant que seulement 51 % des rapports annuels des CSSS décrivent leurs projets cliniques en 2011-2012. Cela dit, en 2012, et cela huit ans après le lancement de la réforme de 2004, un CSSS sur deux rend compte de l'avancement des Projets Cliniques (cliniques) dans son rapport annuel de gestion. Nous estimons que ces résultats ne sont pas très

---

[8] Nous rappelons que notre échantillon est constitué des rapports annuels de gestion de 81 des 94 CSSS et cela pour quatre années consécutives (2008-2009 à 2011-2012). Au total, 324 rapports ont été analysés.

encourageants compte tenu que l'introduction du Projet Clinique a été initié et dicté par le gouvernement du Québec dans le but d'améliorer le système de santé québécois.

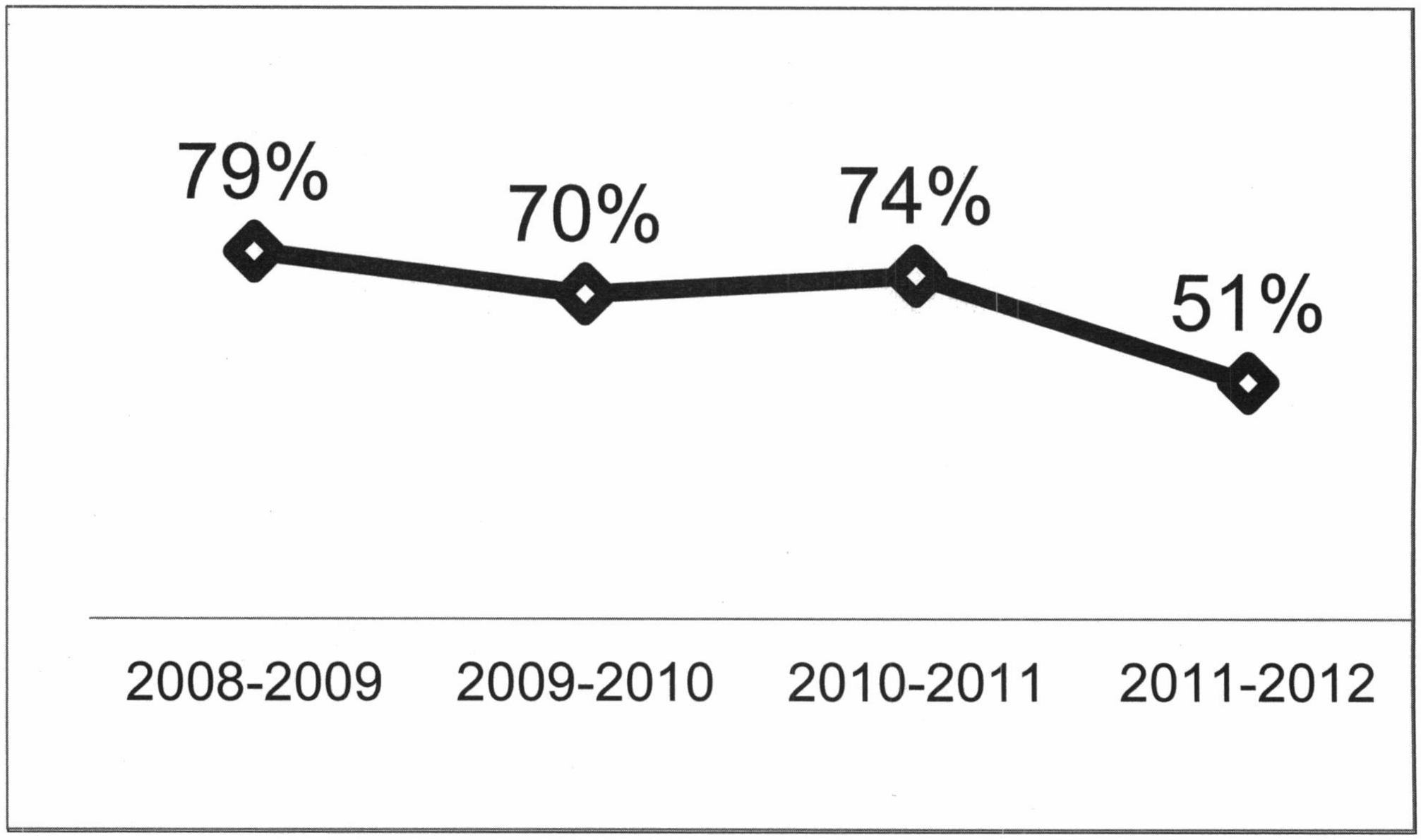


Figure 5. Comptes rendus de la gestion des Projets Cliniques au fil du temps

Il y a également une disparité dans la gestion des projets cliniques à travers les différentes régions sociosanitaires. À la Figure 6, nous avons analysé le projet clinique dans les rapports annuels des CSSS par région sociosanitaire. Cela veut dire que l'analyse comporte quatre rapports annuels (2008-2012) pour chacun des 81 CSSS. Les pourcentages représentent le nombre de fois que les projets cliniques sont décrits par les CSSS à l'intérieur

d'une région. Par exemple, comme nous pouvons le constater, le CSSS de Laval se classe en haut du peloton avec 100 %, c'est-à-dire que ses quatre rapports annuels présentent une description des projets cliniques. Dans la région des Laurentides et de l'Estrie, seulement 40% respectivement des CSSS présentent leurs projets cliniques. Ailleurs, huit (8) régions (Abitibi-Témiscamingue (88 %), Bas-Saint-Laurent (81 %), Capitale-Nationale (81 %), Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (88 %), Laval (100 %), Mauricie-et-Centre-du-Québec (84 %), Outaouais (80 %), Saguenay–Lac-Saint-Jean (80 %)) maintiennent un très bon pourcentage, et cela, en dessus des 80 %. Quatre (4) régions se trouvent entre 60 % et 80 % (Chaudière-Appalaches (75 %), Lanaudière (75 %), Montréal (65 %), Nord-du-Québec (75 %)). Cinq (5) régions sociosanitaires ne se trouvent qu'entre 40 % et 50 % (Côte-Nord (46 %), Estrie (40 %), Laurentides (40 %), Montérégie (48 %), Nunavik (50 %)). Finalement, la moyenne pour toutes les régions sociosanitaires (les CSSS) présentant le projet clinique est de 67 % (pour les quatre années étudiées). Ce chiffre n'est pas très élevé compte tenu de la baisse à 51 % des rapports rapportant la gestion des projets cliniques à travers la province en 2012 (Figure 5). Il faut explorer d'avantage les défis et les problèmes qui causeraient ce manque d'élaboration et de gestion de Projet Clinique (clinique) dans les régions avec un faible pourcentage. Nous n'avons pas pu dégager les effets ou les causes de ce manque à travers les rapports annuels de gestion des CSSS des régions sociosanitaires avec un pourcentage de moins que 50 %. Peut-être faudrait-il aller voir directement ces CSSS pour connaître les causes ou les raisons du manque de projet clinique dans leurs rapports annuels.

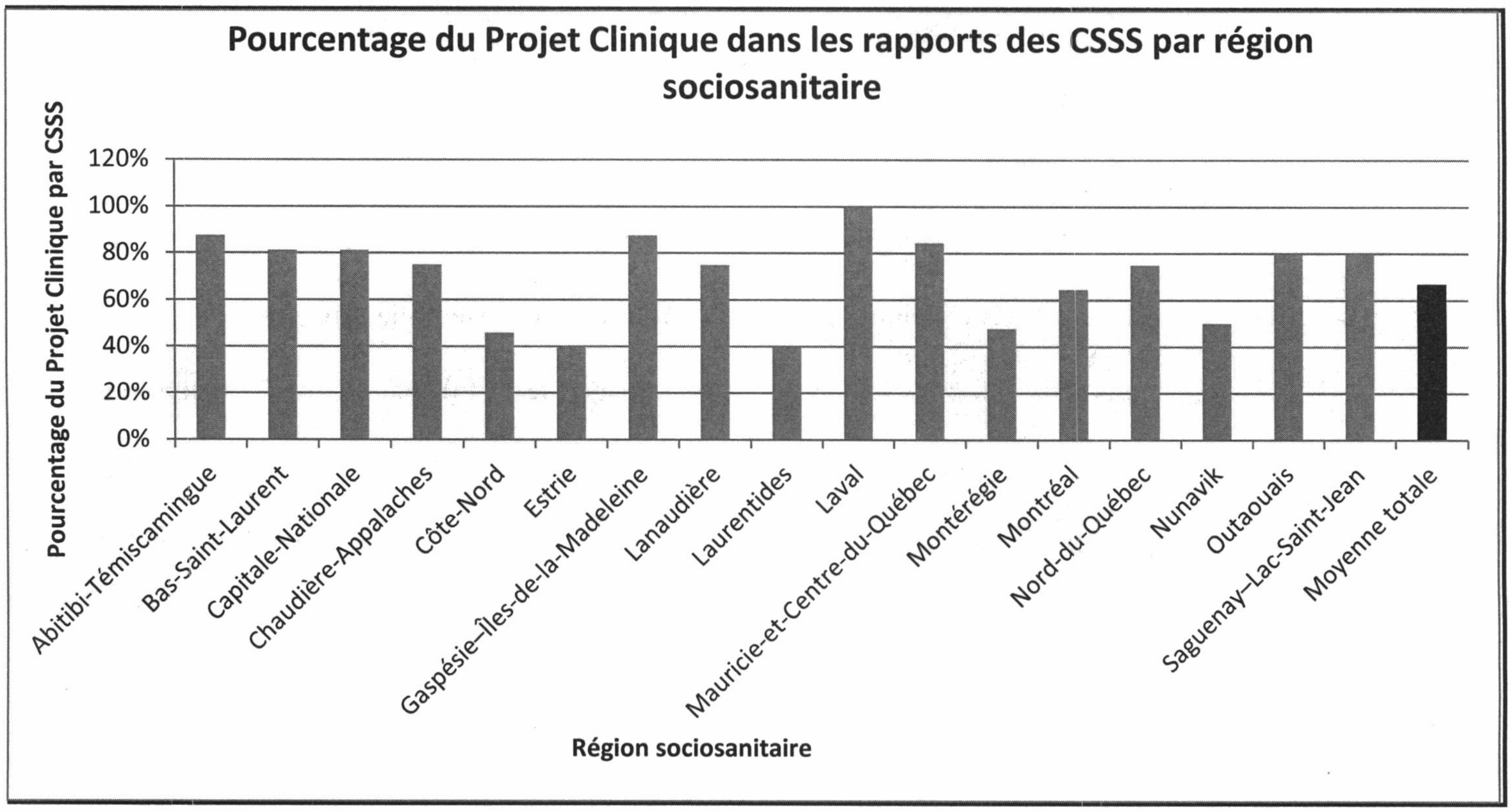


Figure 6. Projet clinique dans les régions sociosanitaires

1.1 Objectifs suivis par le Projet Clinique (Accessibilité, Continuité, Qualité)

Le Projet Clinique se devait d'atteindre des objectifs provinciaux où une constante amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services était une priorité. Le tableau 15 dévoile la place que prend les trois objectifs poursuivis dans les 324 rapports, et cela, dans les sections touchant directement le Projet Clinique (clinique). Il faut noter que les grands objectifs de la réforme de 2004 (accessibilité, continuité et qualité) traités ailleurs que dans le cadre des Projets Cliniques (cliniques) ne sont pas retenus dans notre analyse.

Tableau 15

Gestion du Projet Clinique vs objectifs ciblés

Objectifs Projet Clinique	ANNÉES DES RAPPORTS				
	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Moyenne
ACCESSIBILITÉ	63 (78 %)	46 (57 %)	38 (47 %)	21 (26 %)	42 (52 %)
CONTINUITÉ	28 (35 %)	21 (26 %)	30 (37 %)	17 (21 %)	24 (30 %)
QUALITÉ	17 (21 %)	15 (19 %)	17 (21 %)	12 (15 %)	15 (19 %)

Comme nous pouvons le constater, les quatre années confondues, l'accent est surtout mis sur l'accessibilité des services à la population. La création des guichets uniques d'accès dans les CSSS revient le plus souvent dans l'atteinte de l'objectif d'accessibilité. La continuité et la qualité arrivent en seconde et troisième place quant aux efforts déployés pour atteindre ces objectifs. Cela dit, au fil des années, les objectifs ciblés par les CSSS pour leurs projets cliniques varient. Par exemple, en 2008-2009, l'objectif d'accessibilité était au cœur des préoccupations des projets cliniques (78 %). En 2011-2012 seulement 26 % des rapports rendaient compte de leurs projets cliniques eu égard à l'accessibilité (soit un écart de 52 % entre 2008-2009 et 2011-2012). L'écart n'est pas aussi considérable pour la continuité (14 %) et la qualité (6 %). En croisant les résultats de la Figure 5 avec ceux au Tableau 15, nous en arrivons au constat qu'au fil des années les CSSS rendent de moins en moins compte de l'état des activités du projet clinique et lorsque cela est fait, l'accessibilité, par rapport à la continuité et à la qualité, est en perte de priorité.

Certains CSSS s'investissent à l'atteinte d'un seul objectif par année.

> L'Amélioration des mécanismes d'accès aux services – Le volet de l'amélioration des mécanismes d'accès aux services, faisant partie intégrante du projet clinique et débuté en 2005 s'est poursuivi. » (Aurores-Boréales, 2008-2009, p.29)[9]. « Le volet de l'amélioration des mécanismes d'accès aux services, faisant partie intégrante du projet clinique et débuté en 2005 s'est poursuivi. En ce sens, les délais d'attente répondent amplement aux exigences ministérielles. (Aurores-Boréales, 2010-2011, p19)

Par contre, des CSSS ont choisi de mettre en place des tables de concertation de projet clinique pour l'ensemble du territoire afin de coordonner et d'actualiser les projets cliniques en vue atteindre les trois objectifs conjointement.

> Le travail en partenariat a permis d'améliorer grandement l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts pour la population du territoire de la MRC de Drummond. Il est primordial de souligner l'excellente collaboration et l'implication constante des acteurs du territoire au sein des tables des projets cliniques. (Drummond, 2008- 2009, p. 20)

> Ces équipes ont pour mandat d'organiser et de prodiguer les soins et les services de santé et services sociaux aux usagers de l'établissement. De plus, elles doivent élaborer les projets cliniques, avec les partenaires, afin d'améliorer l'accessibilité et la continuité des soins et des services sur le territoire de Drummond. (Drummond, 2010-2011, p. 9)

> Le projet clinique vise à améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Cette démarche se fait en consultant l'ensemble des partenaires impliqués ainsi que des représentants de la population. Par la suite, un plan d'action est élaboré pour l'adaptation et le développement de services avec les partenaires du milieu. (Basse-Côte-Nord, 2008-2009, p.10)

---

[9] Afin d'alléger le texte et les répétitions, nous ne donnerons que le nom et l'année quand nous faisons référence au rapport annuel de gestion des CSSS.

Par ailleurs, d'autres CSSS se sont concentré davantage sur une réorganisation des services afin d'atteindre les objectifs du projet clinique en ce qui concerne les programmes-services.

> S'inscrivant dans une logique de révision des modes d'organisation de services, le projet clinique en santé mentale (adulte) ainsi que celui en dépendances (adulte) du territoire de Charlevoix visent l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services à la population. L'actualisation des cibles se poursuit grâce à la collaboration et l'implication soutenue des partenaires dédiés à ces problématiques. (Charlevoix, 2010-2011, p. 31)

> Depuis 2006, des équipes de 11 programmes-services, avec la participation des partenaires du réseau local, travaillent à l'actualisation de plans d'action permettant d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et services. Ces travaux ont permis la réalisation d'objectifs fort intéressants. (Chicoutimi, 2008-2009, p. 35)

Quelques CSSS sont arrivés à déployer rapidement des projets cliniques sur leur territoire.

C'est notamment le cas du CSSS Jardins-Roussillon. Leurs travaux sur les projets cliniques ont abouti à :

> Quarante-et-une pistes d'action visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, l'accessibilité et la continuité des services ont été mises en priorité » et « le dénominateur commun du plan d'action médical et du plan d'action du projet clinique demeure l'amélioration de l'accessibilité des services. (Jardins-Roussillon, 2008-2009, p. 23)

À ce dernier exemple, il est possible d'ajouter celui du CSSS du Sud de Lanaudière qui a entamé plusieurs projets cliniques dont un en santé mentale en 2008 et en 2010.

> L'amélioration de l'accessibilité des travaux ont permis de poursuivre l'actualisation du projet clinique en santé mentale. L'ouverture graduelle du guichet d'accès aux services de santé mentale a permis à 390 personnes différentes d'être évaluées, soit une augmentation de plus de 300 %. (Sud de Lanaudière, 2008-2009, 2009-2010, p. 22)

Si ces exemples montrent le déploiement de projets cliniques en lien avec les priorités ministérielles, ils représentent cependant des cas isolés. En effet, six années après le

lancement de la réforme de 2004 (2010-2011 et 2011-2012), plusieurs rapports de CSSS s'attardent encore à la description de l'actualisation des cibles afin d'améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services, les principes fondamentaux ou l'élaboration des stratégies des projets cliniques. Ce constat est étonnant puisque ces éléments auraient dû être réglés dans les toutes premières années du projet clinique. De toute évidence, il n'a pas été possible aux CSSS de pouvoir changer les offres de services pour les orienter vers les objectifs du projet clinique.

> L'année 2011 fut aussi l'aboutissement des travaux de planification du projet clinique du Réseau local de services de Laval par la publication de « Projet clinique, s'arrimer pour la continuité, la qualité et l'accessibilité ». Fruit de quatre années de concertation régionale, ce document guidera la mise en œuvre du projet clinique d'ici 2016, dont l'objectif ultime est d'organiser les soins et services de manière à offrir le bon service, à la bonne personne, au bon moment et au meilleur coût. (Laval, 2011-2012, p. 25)

Comme le démontre cet exemple, les projets cliniques tendent à prendre beaucoup de temps afin de concrètement s'actualiser et ainsi devenir un élément intégrant des CSSS. Dans le cas du CSSS de Laval, cela a pris 4 années de concertation pour développer un guide visant à aider la mise en œuvre des projets cliniques, qui, à son tour, prendra 4 années avant de devenir réalité.

1.2 La gestion des projets cliniques et les domaines de connaissances du PMI

L'analyse et les résultats de cette section portent directement sur l'objectif spécifique de la présente recherche qui est de : **décrire la situation des projets cliniques des centres de santé et de service sociaux par rapport aux domaines de connaissances du *Projet Management Institute.*** Considérant notre objectif spécifique et notre cadre de référence théorique, l'analyse se tourne vers les livrables du projet clinique des 81 CSSS à l'égard des domaines des connaissances en gestion de projet. Plus précisément, les résultats répondent à une question spécifique : quelle place ont pris les domaines de connaissances en gestion de projet du *Project Management Institute* dans l'atteinte des livrables des projets cliniques, comme il est décrit dans les recommandations du MSSS lors de la mise en place de la réforme en santé de 2004?

Le tableau 16 est une extension du tableau 14. Si, au tableau 14, nous avons proposé des liens théoriques entre les domaines de connaissances et les livrables du Project Clinique, le tableau 16 a été construit comme suite à notre analyse des rapports annuels de gestion des CSSS à l'égard des livrables. Nous avons compilé les résultats à chaque fois qu'un rapport faisait référence aux domaines de connaissances, et cela, à l'intérieur d'un projet clinique avancé par le CSSS. Par exemple, une référence représente 0,3 % dans notre tableau 16. Plus précisément, 0,3 % représente ou signifie qu'un rapport sur 324 fait référence aux domaines de connaissances en gestion de projet ; s'il y a deux références pour le même domaine, alors on aurait 0,6 %. En premier lieu, nous allons décrire les résultats que nous

avons eus suite à l'analyse des rapports et, ensuite, nous interpréterons les résultats de l'état de la situation et de l'état des projets cliniques dix ans après sont impositions dans le réseau sociosanitaire québécois.

Tableau 16
Références faites aux domaines de GP dans les rapports selon les livrables[10]

		Domaines de connaissance en Gestion de projet (PMI, 2013)									
Livrables (Project clinique - CSSS)		**Intégration**	**Contenu**	**Délais**	**Coûts**	**Qualité**	**RH**	**Comm**	**Risque**	**Appro**	**Parties prenantes**
ACCESS-IBILITÉ	Service et intervention santé publique	**0.30%**	**0.30%**								✓
	Service généraux et spécialisés		✓				**0.30%**				
	Accès aux services pertinents							**0.90%**			**0.90%**
	Suivi des listes d'attente	✓						✓			
CONTINUITÉ	Assurer la continuité entre les interventions	**0.61%**		✓							
	Instaurer mécanismes de référence et transfert		**0.91%**								✓
	Entente de services avec les parties prenantes								✓		**1.80%**
QUALITÉ	Adopter une stratégie d'amélioration continue de la qualité					**1.50%**	✓				
	Établir les collaborations intersectorielles										✓
	Impliquer la population dans la qualité des soins de santé							**0.60%**			✓
	Assurer la qualité de vie où résident des personnes vulnérables					**0.30%**				✓	

[10]**Légende**

Chaque référence fait à la théorie est égale à 0.30%	**Domaine de connaissance (PMI) proposé pour chaque livrable du projet clinique (voir aussi tableau 14)**	**Domaine de connaissance (PMI) proposé pour chaque livrable du projet clinique non retrouvé dans les rapports annuels de gestion des CSSS**

Dès le premier coup d'œil, nous pouvons constater dans le tableau 16 que les pourcentages des livrables par rapport aux domaines de connaissances sont très faibles et même parfois inexistants. La couleur grise représente la théorie avancée au tableau 14 que nous avons trouvé dans les rapports annuels des CSSS. La couleur noire représente toujours la théorie avancée au tableau 14 que nous n'avons pas trouvée dans aucun des rapports des CSSS. Le calcul des pourcentages est fait en fonction du nombre de fois que le domaine de connaissance a fait l'objet d'une référence[11] dans les 324 rapports annuels de gestion des CSSS, toutes les années confondues. Nous avons constaté qu'il y a un manque très évident de l'utilisation des processus, des outils et des techniques de gestion de projet dans l'élaboration et la réalisation du projet clinique.

1.2.1 Management de l'intégration

Le livrable de service et d'intervention en santé publique a fait l'objet d'une seule référence dans les rapports de gestion (2008 à 2012).

> Depuis l'automne 2005, le Projet clinique du CSSS de la Pointe-de-l'Île a pris son envol en collaboration avec ses partenaires. Son évolution s'est déroulée en deux grandes étapes : l'implantation et l'intégration. Ces grandes étapes ont donné le jour à différents projets à partir des besoins identifiés, de la mobilisation du réseau local de services, de l'implantation des nouveaux programmes et des résultats. (Pointe-de-l'Île, 2011-2012, p. 12)

---

[11] Une référence dans un rapport annuel d'un domaine de connaissance en gestion de projet en lien avec un livrable du projet clinique représente 0,3 % (1 référence sur 324).

Dans ce cas, nous voyons que le CSSS prenait en main les projets cliniques afin de **diriger et de piloter l'exécution** de ces derniers. Nous voyions qu'il y avait eu une certaine planification et exécution des projets cliniques. Le CSSS avec les partenaires a élaboré leurs projets cliniques après avoir identifié et ciblé les priorités en santé pour leur population.

Par ailleurs, **l'élaboration d'un plan de management** du projet a fait l'objet de référence afin d'assurer la **continuité entre les interventions**.

> Les gestionnaires des services de première et de deuxième ligne destinés à la petite enfance, aux enfants/adolescents et aux adultes finalisent une trajectoire intégrée d'accès au service. On y précise les rôles de chacun ainsi que les différents outils cliniques et administratifs utilisés. Ces travaux vont permettre d'améliorer la mise en commun des expertises des différents professionnels tout en rendant plus facile l'accès aux services pour les clients. (Charlevoix, 2011-2012, p. 32)

Toujours dans le but d'assurer la **continuité entre les interventions**, le CSSS de Chicoutimi (2010-2011) a amorcé, pour tous ces projets cliniques, :

> […] un projet de mise en place d'un cadre de référence en gestion de projets et détermination des modalités d'un bureau de projets, dont l'objectif est de s'assurer que les projets autorisés soient réalisés avec efficacité en utilisant une méthodologie de gestion de projets. (CSSS de Chicoutimi, 2010-2011, p. 26)

1.2.2 Management du contenu

L'un des processus du management du contenu est de **définir le contenu** du projet à réaliser (PMBOK, 2013). Dans ce sens, un projet clinique du CSSS de Basque (2010-2011) essaie de faire exactement cela afin d'atteindre le livrable de **service et d'intervention en santé publique**. Dans son rapport annuel de 2010-2011, le CSSS décrit la mise en place d'un comité de travail pour dresser « les orientations d'un plan d'optimisation en fonction

du suivi des indicateurs » (p. 17) pour ainsi recueillir les informations pertinentes et présenter les orientations proposer dans le cadre des grands projets cliniques dans l'atteinte des services et des interventions en santé publique.

Au CSSS de Chicoutimi (2010-2011) et poursuivant le livrable d'instaurer des mécanismes de référence et de transfert, l'administration s'est penchée sur la maîtrise du contenu de ces projets. Pour tous les projets touchant les livrables du projet clinique, le CSSS a mis en place « […] un cadre de référence en gestion de projet […] dont l'objectif est de s'assurer que les projets autorisés soient réalisés avec efficacité en utilisant une méthodologie de gestion de projets » (p. 26). À l'époque, le CSSS de Chicoutimi était bien conscient des avantages que pouvaient apporter les méthodes ou processus de gestion de projet dans la réalisation des projets cliniques. Le cadre de référence (comme notre cadre logique) était un outil très utile pour amener tous les prestataires à encadrer leurs interventions et l'offre de services sur le territoire, en utilisant les domaines de connaissances en gestion de projet. Ainsi, toutes les parties se partageaient les mêmes informations et utilisaient les mêmes outils, et ce, de manière coordonnée.

Dans le même ordre d'idées, et toujours pour **instaurer des mécanismes de référence et de transfert**, un autre CSSS a créé un bureau de projets qui permettait de développer un centre d'expertise des meilleures pratiques en gestion de projet en respectant les besoins et les contraintes du CSSS dans ses projets cliniques (Ahuntsic et Montréal-Nord, 2011-2012). Selon le PMBOK (2013), le **recueil des exigences** du projet est essentiel dans une bonne planification et réalisation d'un projet. Encore une fois, la collecte des meilleurs pratiques en gestion de projet, tout en tenant compte des besoins d'un territoire, était

primordial dans l'atteinte des objectifs des livrables du projet clinique. Le CSSS a donné à un bureau de projet la responsabilité d'élaborer et de réaliser tous les projets, notamment les projets cliniques. Le bureau était appelé à utiliser les meilleures pratiques en gestion de projet tout au long de la vie du projet.

Pour instaurer la continuité dans les différentes interventions (livrable : **mécanismes de référence et de transfert**) offertes à la population, le CSSS du Haut-Richelieu-Rouville (2011-2012) a créé un formulaire commun d'engagement thérapeutique pour le client et qui devait être utilisé par tous les intervenants dans leur projet clinique d'intervention de 1re ligne. Ainsi,

> Des normes en lien avec le nombre et la durée des interventions ont été révisées et appliquées. Des normes de rédaction de notes professionnelles au dossier ont été révisées, et les ressources et outils sont partagés entre les intervenants. (Haut-Richelieu-Rouville, 2011-2012, p.35)

Cet extrait souligne bien comment le processus de **vérification du contenu** en gestion de projet peut être un moyen efficace afin de s'assurer qu'un formulaire faisant partie du projet est adéquat et compris par tous les intervenants. Cela conduit à une réduction dans les erreurs, l'incompréhension et les informations manquantes des interventions précédentes.

1.2.3 Management de la qualité

Nous avons observé dans notre analyse des rapports annuels que la qualité est une notion qui était souvent utilisée pour décrire la performance (souhaitable) globale d'un CSSS. « L'approche de l'assurance qualité basée sur la révision des processus est au cœur de la philosophie de gestion et des valeurs organisationnelles du CSSS des Basques »

(Basques - 2011-2012, p. 32). Comme il est souligné dans cet extrait, le CSSS des Basques (2011-2012) a bien démontré son intérêt d'atteindre le livrable d'adopter une stratégie d'amélioration continue de la qualité par le processus de mise en œuvre de l'assurance qualité. Ainsi, tous les projets sont assujettis à ces exercices de qualité. D'ailleurs, afin d'utiliser le processus de mis en œuvre du contrôle de la qualité, les gestionnaires ont défini et mise en œuvre une stratégie organisationnelle afin de développer une culture de la qualité au sein du CSSS (Ahuntsic et Montréal-Nord, 2010-2011). D'autres CSSS vont mêmes réaliser un programme unique d'amélioration continue de la qualité afin de répondre au livrable d'adopter une stratégie d'amélioration continue de la qualité comme c'était le cas dans le CSSS de la Baie-des-Chaleurs (2011-2012). Le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord (2010-2011) s'est doté d'un projet d'identification des meilleurs pratiques en gestion de la qualité pour tous ses projets cliniques. En effet, une base de donnée a été créée pour l'amélioration continue de la qualité qui « […] fait le lien entre l'ensemble des démarches d'évaluation, les opportunités d'amélioration en découlant, ainsi que les diverses interventions confiées aux gestionnaires et aux équipes » (Ahuntsic et Montréal-Nord, 2011-2012, p.28). Comme il est décrit dans cet extrait, le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord a mis sur pied une démarche afin d'assurer la qualité de ses services et projets. En effet, la démarche consistait à recueillir une rétroaction sur la qualité des services dispensés par le CSSS. Plus précisément, le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord voulait mesurer la satisfaction des clients par rapport aux services dispensés afin d'améliorer ou de modifier les services. Le mécanisme de la qualité des services est en place, et sa bonne utilisation

apportera des résultats concrets pour ce qui est du niveau de qualité souhaité par le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord.

1.2.4 Management des ressources humaines

Bien que le succès de l'offre des services généraux et spécialisés passe par l'organisation des RH, les références faites au management des ressources humaines sont presque inexistantes dans les rapports analysés. Un seul CSSS souline dans son rapport annuel que la Direction des RH est un partenaire stratégique aux projets cliniques et, par conséquent, à une livraison de **services généraux et spécialisés** : « La Direction des ressources humaines a également participé au déploiement du projet clinique par le support à l'implantation d'une nouvelle structure organisationnelle et le travail de réorganisation des unités de soins. » (Baie-des-Chaleurs, 2009-2010, p. 29)

Pour aider à l'implantation du projet clinique, le CSSS Baie-des-Chaleurs a **élaboré un plan des RH** dans lequel toutes les activités et les responsabilités sont décrites. Le CSSS a cherché à démontrer l'importance de la collaboration entre les intervenants des RH et l'organisation des activités à réaliser. La réforme en santé de 2004 appelait une nouvelle organisation du travail pour dispenser les services à la population. En réorganisant les unités de soins, CSSS Baie-des-Chaleurs met sur pied un plan de RH exactement dans le but de réaliser ses projets cliniques et de dispenser des services à sa population.

2.3.4 Management des communications

Après le management des parties prenantes (voir section F), c'est celui des communications qui, en comparaison aux autres domaines de connaissances, a pris une place importante dans la réalisation des projets cliniques. En effet, plusieurs CSSS transmettent de nombreuses informations sur leurs offres de services. L'importance d'une bonne communication était cruciale dans la réalisation et la réussite des projets cliniques. Que la communication soit interne ou externe, elle devait permettre à tous les intervenants d'avoir une meilleure connaissance possible de l'organisation et des défis, et de réaliser leurs travaux en relation avec les projets cliniques. Pour le livrable, **accès aux services pertinents**, nous trouvons trois (3) CSSS qui utilisent un processus de management des communications. Au CSSS de l'Énergie (2008-2009) un **plan de communication** sur le bilan des projets cliniques a été transmis à la population. Également, pour les partenaires du CSSS, les « Plans de communication et opérations de relations publiques sont réalisés - Présentation du RLS du bilan de l'an 1 du projet clinique » (L'Énergie, 2008-2009, p. 12). Au CSSS de Pierre-Boucher (2008-2009), on a élaboré aussi un **plan de communication** pour les projets cliniques pour l'accès aux services pertinents. Ce dernier énumérait tous les clients cibles et les moyens pour les rejoindre. Le CSSS a utilisé plusieurs moyens pour diffuser l'information : rencontres, communiqués, courriels, courriers et Internet. « Le site Web du CSSS contient également tous les documents relatifs au projet clinique (bulletins, communiqués, présentations, documents de référence, etc.) » (Pierre-Boucher, 2008-2009, p. 17). Au CSSS de Rouyn-Noranda (2008-2009), on a mis en place un « Bulletin de Projet Clinique » pour informer tous les intéressés

des objectifs à atteindre, avec qui et comment avoir accès aux services dans le cadre des projets cliniques.

Pour impliquer la population dans la qualité des soins de santé (livrable – objectif qualité), le CSSS de Lucille-Teasdale (2011-2012) a réorganisé les responsabilités des départements pour tenir compte d'une nouvelle organisation des projets cliniques et assurer ainsi la qualité de ces projets. La Direction de la performance, de la qualité de l'information, des pratiques cliniques et du projet clinique a fait des examens pluriannuels pour faire un bilan de son projet clinique. Les résultats des examens pluriannuels étaient disponibles à tous. De plus, « […] le CSSS s'engagera dans une consultation de laquelle résultera la planification stratégique 2012-2015. » (Lucille-Teasdale, 2011-2012, p. 27) Afin d'assurer une qualité dans les services dispensés, il était important pour les CSSS de mener des consultations internes (CSSS, services communautaires, etc.) et externes (population) pour orienter les projets cliniques futures, toujours en vue d'améliorer les services de santé fournies à une population. C'est-à-dire, il fallait impliquer toutes les parties prenantes afin de bien comprendre quels projets cliniques ont bien fonctionné et les méthodes utilisées et ceux qui n'ont pas été satisfaisants. Bien sûr, ces consultations devaient faire l'objet de plans et d'une planification de communications pour informer tous les intéressés en vue de contrôler la qualité des services à l'intérieur des projets cliniques. Dans le même ordre d'idées, le CSSS Port-Cartier (2011-2012) a **élaboré un plan de communication** qui a fait partie intégrante de la révision des projets cliniques tout en incluant les partenaires visés. Incluant le plan de communication, ledit CSSS a mis en place un mécanisme sous-régional pour la révision du projet clinique.

Autrement dit, des moyens ou méthodes ont été mis en place afin que les parties prenantes puissent réviser le projet clinique du CSSS.

1.2.5 Management des parties prenantes - Planifier le management des parties prenantes

Sur la base du contenu des rapports de gestion analysé, et comme nous l'avons souligné précédemment, le management des parties prenantes a occupé la plus grande place dans l'élaboration du projet clinique. Cela n'est pas surprenant dans la mesure où les intervenants dans le réseau de la santé et des services sociaux sont nombreux et que leur collaboration était essentielle à la réalisation du projet clinique. Nous estimons qu'un CSSS ne pouvait réussir à offrir à lui seul toutes les interventions nécessaires dans un territoire donné. Les CSSS devaient s'entourer de bons partenaires afin de partager la responsabilité des offres de services. Cela dit, il était important de bien **planifier le management des parties prenantes** dans l'atteinte du livrable : **accès aux services pertinents**. Le CSSS de la Colline (2011-2012) a élaboré un projet clinique pour la lutte contre le cancer tout en mettant au point en parallèle un « […] protocole d'entente avec le CSSS Gatineau ». Le CSSS du Haut-Richelieu-Rouville (2011-2012) pour sa part à organiser des sessions où plus de 400 personnes du réseau local de santé (partenaires) ont participé aux travaux des projets cliniques. Ces partenaires provenaient à la fois du CSSS, des organismes communautaires, de la population, d'organismes socio-économiques, de cabinets privés de médecins, des milieux municipal et scolaire, etc. Il était impératif de mobiliser toutes les parties qui pouvaient avoir un impact direct ou indirect sur le succès du projet clinique dans l'organisation des activités **d'accès aux services pertinents**. Par exemple, le CSSS Jonquière (2008-2009) a continuer son :

> […] implication dans la démarche de projet clinique des six réseaux locaux de la région, ce qui lui a permis de faire connaître les services offerts grâce au dépôt et à la présentation officielle de son offre de services à ses partenaires notamment au Forum de concertation régional. (Jonquière, 2008-2009, p. 15)

Cet extrait démontre bien que le CSSS de Jonquière **planifie une gestion des parties prenantes** en travaillant avec ces derniers. Ledit CSSS présente l'offre de service dont il s'efforce de fournir à sa population et, par le fait même, partage de l'information pertinente avec tous les intervenants qui sont concernés de près ou de loin. Les parties prenantes vont pouvoir s'organiser et ainsi dispenser des services de soins de santé de concert avec les projets cliniques (services) du CSSS de Jonquière.

On fait abondamment référence au livrable de la continuité, **entente de services avec les parties prenantes**, dans les rapports annuels de gestion des CSSS. Nombreux CSSS ont essayé d'amener les partenaires du réseau dans l'élaboration des projets cliniques et, du même coup, gérer l'engagement de ces derniers. « Assurer la participation des partenaires du réseau local de services au développement du projet clinique » (Pierre-Boucher, 2011-2012, p. 13). Dans le CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau (2011-2012), un des objectifs a été d'accroître le nombre d'ententes de services et de collaborations entre les CSSS. Ce dernier a appelé ses partenaires locaux et régionaux en fonction des objectifs des projets cliniques et organisationnels à atteindre. On a essayé de responsabiliser directement les partenaires dans l'engagement de leur offre de services. Au CSSS de Portneuf (2011-2012), « Onze partenaires provenant du réseau de la santé et des services sociaux, d'organismes communautaires et du secteur municipal ont poursuivi leurs rencontres en lien avec les deux priorités qui ont

été retenues localement dans le cadre du projet clinique. » (p. 29). Le CSSS de la Pointe-de-l'Île (2011-2012) est un autre exemple. Une fois le portrait de la population sur son territoire connu, le CSSS de la Pointe-de-l'Île a ciblé des projets cliniques tout en développant des partenariats par programmes pour atteindre ces objectifs. Ce CSSS a réussi principalement avec les partenaires de différents regroupements à établir des ententes pour réaliser les projets cliniques. Enfin, pour atteindre les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services offerts à la population, le CSSS de Laval (2011-2012), avec les partenaires du RLS, a défini le projet clinique axé sur l'interdisciplinarité entre les divers intervenants et la complémentarité des services entre les différents partenaires.

1.2.6 Les domaines de connaissances manquantes dans les rapports annuels des CSSS

Le management des délais, des coûts, des risques et des approvisionnements ne sont aucunement abordés dans les rapports annuels de gestion des CSSS. Le management des délais comprend les processus (livrables, relation entre activité, échéancier) permettant de gérer le bon déroulement du projet en temps voulu (PMBOK, 2013, p. 141). Nous estimons qu'une bonne planification et une bonne allocation des ressources dans un délai convenable (temps – jours, semaines, mois) à chaque activité ou étape du projet étaient essentielles pour atteindre et **assurer la continuité entre les interventions**. À partir de là, il était possible de minimiser ou de réduire les imprévus ou les risques susceptibles de freiner la réalisation du projet. La **liste des attributs et des jalons** (milestones) des activités était également importante à faire dans la mesure où il fallait identifier les activités qui auront besoin des

ressources et à quel moment durant le cycle de vie du projet clinque de sorte à assurer la continuité des soins.

D'avis que le **management des coûts** est hors des projets cliniques, c'est-à-dire que c'est l'ASSS, voire même le MSSS, qui décide de l'allocation des budgets, nous avons choisi d'écarter de nos analyses le domaine de connaissances. Cela dit, nos analyses ont porté sur le **management des risques** dans l'atteinte des **ententes de services avec les parties prenantes**. Cependant, aucune référence n'était faite dans les rapports annuels dépouillés. Pour assurer l'atteinte de l'objectif de la continuité, les CSSS devaient s'efforcer de réduire les risques de discontinuité ou de bris des services et des soins de santé. La gestion des risques pour les projets cliniques devait comprendre les éléments de contrôle envers les engagements des parties prenantes. C'est-à-dire que les CSSS devaient identifier et mettre sur pied des mesures de correction et d'ajustement au cas où un dispensateur de services ne livrait pas un service prévu. Pour minimiser les risques ou l'échec d'un projet clinique, il était important de mener une planification des risques (identifications, analyses, réponses) où toutes les parties concernées s'engagent formellement dans l'offre de services ou l'entente de services.

Avoir recours aux services de santé et aux services sociaux est une épreuve, surtout si le séjour est plus d'une journée. Alors, il serait important de s'assurer de la qualité des résidences sociosanitiaires où vivent des personnes vulnérables. Ceci dit, il est primordial de planifier les ressources (surtout) matérielles adéquates et abondantes pour garantir et assurer une qualité de vie acceptable. Pour y arriver, nous estimions que le domaine du **management des approvisionnements** devrait être privilégié. Le **plan de management**

des approvisionnements décrit comment les processus d'approvisionnement doivent être gérés de sorte à répondre aux normes de qualité des projets cliniques, de l'élaboration jusqu'à la clôture du contrat (PMBOK, 2013). Il est fondamental pour les personnes vulnérables d'avoir un lieu de résidence adapté à leurs besoins particuliers. Le document d'approvisionnement que nous envisageons ici inclut et détaille tous les contrats, les échéanciers, les processus de demande de contrat, les livrables et les garanties pour toutes les ressources nécessaires dans une résidence sociosanitaire.

CHAPITRE V - DISCUSSION

Depuis les années 1970, des réformes dans le domaine de la santé se sont succédées au Québec afin de répondre aux besoins de la population tout en tentant de rendre le système de santé et des services sociaux plus proche de la population, plus efficace et plus productif (Fleury *et al.,* (2007). Les responsables de la santé publique (MSSS) et les responsables des soins de santé (hôpitaux, institutions sociosanitaires) sont donc appelés à collaborer de près dans l'exercice de leur responsabilité populationnelle, afin de répondre à la fois aux problèmes de la santé publique et aussi pour assurer des soins de qualité optimale, la prévention des maladies et la promotion de la santé (Wright, Franks, Ayres, Jones, Roberts, & Whitty, 2002).

Dans les dix dernières années, nous avons eu deux réformes (2004 et 2015) dans le système de santé qui ont changé l'organisation et la façon de dispenser des services de santé et desservices sociaux à la population. La réforme du gouvernement du Québec en 2004 misait sur une nouvelle manière d'organiser les établissements sociosanitaires (les CSSS) ancrée aux besoins des territoires avec la perspective d'améliorer l'efficacité et l'efficience du réseau de la santé et des services sociaux de la province (MSSS, 2004a). Le projet clinique était alors proposé comme modalité d'intégration des services de santé. Ainsi, jusqu'à la réforme Barette de 2015, le projet clinique constituait une modalité aux besoins locaux et au bien-être de la population et devait servir de véritable levier à la performance

du système de santé. La réforme du ministre Barrette de 2015, centralisatrice, risque d'influencer certains des comportements et des pratiques internes du système de santé implantés et en place depuis 2004. Même s'il est trop tôt pour prédire ce qui arrivera, il ne faut pas oublier qu'une réforme peut avoir les résultats voulus aussi bien que des effets pervers. Bien sûr, cela dépendra des stratégies qu'adopteront les acteurs du système pour répondre aux nouvelles contraintes, et selon celles des différents centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) qui deviennent, après les CSSS, des mégastructures responsables du développement du nouveau système des services de santé et des services sociaux dans toutes les régions de la province.

Nous estimons que la réforme Barette en cours devrait prendre en considération et garder les grands principes et objectifs de la réforme de 2004. Par exemple, recourir aux projets cliniques comme modalité territoriale à l'atteinte des objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services dispensés. Il faut également continuer et encourager davantage l'utilisation de la gestion de projet selon les principes du PMI comme moyen d'élaboration, de planification et de réalisation des projets cliniques, mais aussi tous les autres projets dans le système de la santé et des services sociaux. Comme nous l'avons démontré dans la section 4, l'utilisation des domaines de connaissances en gestion de projet sont adaptables et utilisables au contexte des soins et des services de santé. Le gouvernement en 2004 avait eu l'audace d'innover en avançant le management de projet comme moyen pour arriver à l'aboutissement de ses objectifs. Alors, il est important de continuer dans

cette même voie. Cependant, il est nécessaire de revoir les éléments de la réforme de 2004 qui ont bien fonctionné et ce qui n'a pas bien fonctionné pendant ces dix dernières années.

De plus, le Projet Clinique était la pierre angulaire de la réforme 2004 et était supposé de rendre le système de santé plus efficace et efficient. Cependant, nous avons démontré lors de notre analyse des résultats et des interprétations (section 6) que le réseau de la santé sur le plan provincial est loin d'atteindre les cibles imposées par le MSSS depuis 2004. Nos résultats soulignent qu'au fil des années les objectifs du Projet Clinique perdent de l'importance. « Les stratégies mises de l'avant pour le déploiement du projet clinique s'avèrent très différentes d'un site à l'autre […], reflétant du même coup l'état d'actualisation des travaux ainsi que la mobilisation des acteurs du RLS. De toute évidence, l'actualisation des travaux visant une meilleure intégration clinique n'est pas complétée » (MSSS, 2010, p. 67). D'après les analyses que nous avons menées, nous constatons qu'il a une réduction considérable du bilan, de la description ou d'un compte rendu des projets cliniques dans les rapports des CSSS. Dans toute la province, la description des projets cliniques dans les rapports annuels des CSSS est passée de 79 % en 2008-2009 à 51 % en 2011-2012. Cela est considérable car sur 81 CSSS (analysés dans le cadre de la présente recherche), la moitié ne considérait plus important d'inclure un bilan de leurs (gestion des) projets cliniques dans leurs rapports. Certes, une nouvelle organisation de la prestation des services de santé découlant de la réforme de 2004 et la création de CSSS demandent beaucoup d'effort et du temps à s'implanter et à se concrétiser. Néanmoins, nous pensons que huit (8) ans après la réforme (c'est-à-dire en 2011-2012), les CSSS avaient eu assez de

temps pour s'organiser et s'assurer d'orienter les services selon les nouveaux processus et modalités émanant de la réforme 2004. Nous sommes conscients que chaque changement ou transformation (réforme 2004) apporte des défis et des enjeux nouveaux. Ces obstacles et enjeux sont peut-être une des causes qui peuvent expliquer la lenteur ou l'inexistence de l'élaboration et la réalisation du Projet Clinique (clinique). La fusion des établissements, le manque de ressources financières et humaines (incluant les médecins), la disparité géographique, les difficultés pour des bonnes ententes de services entres partenaires et d'autres obstacles ou enjeux peuvent grandement affecter l'élaboration et la réalisation du projet clinique. « Selon les efforts consentis par les CSSS, les stratégies mises de l'avant et la mobilisation des participants, les projets cliniques se construisent plus ou moins rapidement. » (MSSS, 2010, p.66)

La finalité de la réforme de 2004 était d'améliorer la santé et le bien-être de la population par l'atteinte de trois objectifs (accessibilité, continuité et qualité) par l'entremise des projets cliniques. Toutefois, comme il est décrit dans le Tableau 15, l'analyse des rapports annuls des CSSS démontre que les CSSS peinent à atteindre les objectifs ciblés par le MSSS. En effet, l'objectif de l'accessibilité n'est seulement rapporté qu'en moyenne dans 52 % des rapports annuels des CSSS, la continuité dans 30 % des cas et la qualité dans seulement 19 %. Une fois de plus, ces pourcentages indiquent la lenteur et les difficultés de traduire les trois objectifs en réalité et ainsi atteindre le succès souhaité dans l'amélioration du système sociosanitaire. Sans porter de jugement ou critiquer les instances (MSSS, ASSS, CSSS) sociosanitaires, les résultats de notre analyse montrent

cependant que les objectifs tels qu'ils sont avancés dans la réforme de 2004 étaient difficilement atteignables. En effet, bien qu'il fallait qu'une personne (client) ait accès aux services pertinents dans les délais convenables (accès facile aux points de services), qu'elle puisse également bénéficier d'une orientation ou d'un cheminement efficace dans les couloirs de services (continuité dans les épisodes ou interventions de services), et qu'elle ait confiance aux professionnels et aux services reçus (la qualité des services dispensés par le système), les CSSS ont de toute évidence de la difficulté à jongler avec toutes les priorités qui leur étaient imposées en plus du Projet Clinique (clinique).

Ainsi, dans les suites de la réforme actuelle (celle de 2015), les stratégies d'atteinte des objectifs d'accessibilité, de continuité et qualité des services ne peuvent pas faire l'économie d'une analyse des enjeux et des difficultés rencontrées par les CSSS (lors de la réforme de 2004). Tout au long de la présente recherche, nous avons démontré que pour parvenir au succès des Projets Cliniques (cliniques) il était primordial de faire une utilisation adéquate des outils et des techniques du management de projet selon PMI (plus précisément les domaines de connaissances). La citation suivante d'Hernandez *et al.*, (2011) résume bien nos pensées dans la mesures où pour mener un projet complexe (comme un projet clinique ou tout autre projet dans le domaine de la santé) en soins et en services de santé dans les contraintes préétablies, les normes ou les connaissances en gestion de projet sont incontournables. « As physician leaders are asked to lead large projects in health care, they discover how valuable project managers can be in organizing and bringing complex projects to successful completion on time and on budget » (Hernandez *et al.*, 2011, p.62).

La réforme en santé de 2004 exigeait à l'époque que la nouvelle façon d'organiser les services et l'offre de services en santé et en services sociaux devait s'appuyer sur les méthodes de la gestion de projet pour élaborer et réaliser les projets cliniques. Nous estimons que c'est une grande innovation d'avancer la gestion ou le management de projet pour arriver à améliorer la santé et le bien-être de la population. Il est essentiel pour la nouvelle réforme du ministre Barette de garder les principes du management de projet et même d'exiger des CISSS de l'inclure dans l'élaboration et la réalisation de chaque projet entrepris dans le réseau de la santé. Il faut l'exiger parce que, comme nous l'avons vu dans notre analyse (section 6.3), les domaines de connaissances et les processus (données d'entrée, outils et techniques, données de sortie) s'y rattachant de la gestion de projet dans la réalisation des projets cliniques des CSSS étaient presque inexistants. Seulement le management des communications (cinq (5) références) et des parties prenantes (neuf (9) références) était le plus utilisé dans l'élaboration ou la réalisation des projets cliniques des CSSS (voir Tableau 16). Toutefois, les échantillons de ces derniers domaines de connaissances sont très faibles par rapport à l'ensemble des 324 rapports annuels analysés.

C'est regrettable de faire un tel constat, parce que nous pensions que les méthodes et les outils de gestion de projet peuvent grandement aider ou appuyer l'organisation des services de santé et des services sociaux. Il est essentiel, pour la nouvelle réforme de 2015, qu'un projet puisse débuter avec les processus ou méthodes de gestion de projet et ainsi finir avec des méthodes de gestion de projet (Shirley, 2011). Une bonne utilisation des domaines des connaissances en gestion de projet gérés et livrés par un gestionnaire compétent en

gestion de projet est d'une grande importance. « A skilled project manager will bring knowledge, experience and a bundle of tools to assist in guiding a project to a successful conclusion for the sponsor of the project, typically a physician leader or administrator » (Hernandez *et al.*, 2011, p.62).

La réforme Barette de 2015 devrait obliger chaque CISSS d'implanter et de mettre sur pied une équipe de projet dont tous les membres ou presque ont une connaissance adéquate de la gestion de projet comme il est définie par le PMI. « Without a project team, there wouldn't be much project management. […] a project manager could not possibly follow through with all of the planning, organizing, and controlling that has to be done to successfully manage a project » (Shirley, 2011, p.149). Nous sommes confiants, qu'une équipe de projet chargée de planifier, d'exécuter et de clore un projet en santé en utilisant les connaissances, les processus, les outils et techniques de gestion de projet (tout en travaillant avec les parties prenantes tout au long du projet) peuvent grandement augmenter les chances de réussite des projets dans le réseau de la santé. Encore une fois, lors de notre analyse des rapports annuels des CSSS, nous avons constaté que très peu de CSSS avaient mis sur pied des bureaux de projet pour coordonner les projets cliniques. Peut-être que nous avons ici (partiellement) une réponse aux manques d'utilisation des connaissances en gestion de projet par les CSSS pour planifier et réaliser leurs projets cliniques.

Alors, qu'est-ce qui peut expliquer l'absence des connaissances en gestion de projet dans l'élaboration des projets cliniques depuis la réforme en santé de 2004? En essayant

d'aller de l'avant et ainsi d'appliquer la réforme, la gestion de projet devrait être un outil ou un moyen pour y parvenir. C'est-à-dire, que les outils et les connaissances en gestion de projet peuvent guider de manière efficace l'implantation des nouvelles façons de faire dans la prestation des services de santé et des services sociaux. D'ailleurs, il faut le rappeler que c'était l'intention du gouvernement du Québec d'introduire la gestion de projet comme plateforme pour réorganiser le modèle des services rendus à la population avec la réforme de 2004. Malheureusement, rien de cela ne se trouve dans les rapports annuels de gestion de CSSS. Nous n'avons pas été en mesure de faire ressortir ni de confirmer que les principes de gestion de projet sont acquis ou utilisés dans l'organisation des services dans les CSSS. Comment expliquer l'absence des connaissances, des notions, des principes et des outils de gestion de projet dans les rapports? À première vue, ce manque peut s'expliquer par le fait que l'introduction de la gestion de projet dans la réforme de 2004 n'a pas été soutenue par une directive, un guide, un cadre de référence ou des outils découlant des connaissances de gestion de projet comme il est promu par le *Project Management Institute*. De plus, les documentations présentant la réforme et la manière d'aborder la réforme n'utilisent pas non plus des outils ou des cadres de référence de gestion de projet. Du fait même, le MSSS manque une occasion très importante pour renforcer et dicter, en quelque sorte, ce que les CSSS devraient faire pour vraiment faire un bon usage des connaissances de la gestion de projet. Suite à la réforme de 2015, nous encourageons le MSSS de servir de guide à la planification et à la réalisation du Projet Clinique (clinique) à l'intention des CSSS tout en incorporant les principes et les connaissances en gestion de projet. Nous sommes conscients que la réalité et la capacité des CSSS à réaliser des projets sont différentes, mais, néanmoins,

un cadre de référence ou un guide généraliste applicable à de nombreux projets aurait été très pertinent dans l'application des connaissances en gestion de projet. D'autre part, nous croyons que l'absence de connaissances en gestion de projet dans les rapports est dû au fait que les CSSS, en plus de réorganiser les services organisationnels et cliniques, devaient introduire dans leur façon de faire des connaissances (de gestion de projet) qui n'existaient pas auparavant. En 2004, ce n'est pas tous les CSSS qui avaient des connaissances de la gestion de projet. Cela peut expliquer le manque de référence dans les rapports annuels. Nous pensons que face à l'incertitude, à l'incompréhension ou au manque d'experts des principes de la gestion de projet, les CSSS ont abandonné ou délaissé les outils de la gestion de projet afin de se concentrer sur l'atteinte des objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité par l'entremise des projets cliniques. Nous pensions qu'un grand problème de la réforme de 2004 était que les CSSS avaient été laissés à eux-mêmes pour élaborer et réaliser les projets cliniques sans avoir des balises solides dans le domaine de la gestion de projet. Le manque de compréhension et d'expertise des professionnels de la santé en gestion de projet peut, en quelque sorte, expliquer l'inexistence de l'utilisation des méthodes de management de projet dans la gestion de projet. D'autre part, nous estimons que tous les paliers de tous les niveaux du système de santé, et surtout, de la haute gestion, (MSSS, CISSS, et partenaires), devront prendre leurs responsabilités afin de réaliser le Projet Clinique (clinique). Il est essentiel de travailler ensemble, de s'entourer des gestionnaires de projet et d'utiliser les méthodes et connaissances en gestion de projet. La poursuite et la réussite de la nouvelle réforme de 2015 repose sur la collaboration de nombreux acteurs dans tout le réseau de la santé.

Comme nous le savons, un projet a un but unique, il est temporaire, nécessite des ressources de plusieurs secteurs (dépendant de la complexité du projet) et devrait avoir un commanditaire ou un client. Dans cette perspective, l'intégration de notions de gestion de projet dans les rapports annuels de gestion des CSSS auraient fait état d'une meilleure approche pour entreprendre les projets, d'une meilleure planification, d'un responsable et de la spécification d'un ou des objectifs. Nous aurions certainement vu la progression d'année en année des projets cliniques utilisant les outils et connaissances de la gestion de projet. Nous n'avons pas été en mesure de constater une coordination ou un processus (découlant de la gestion de projet) dans les rapports. L'impact de l'intégration de notions de gestion de projet dans les rapports auraient été autrement. C'est-à-dire que nous aurions vu concrètement comment les CSSS se prennent pour organiser, coordonner et réaliser tout projet ayant pour but d'atteindre les objectifs de la réforme (accessibilité, continuité et qualité). Par ailleurs, nous aurions constaté dans les rapports, si c'était le cas, la planification, l'organisation (de projet clinique et organisationnel) et la surveillance de manière systématique des ressources affectées à la réalisation des objectifs et des résultats établis. Il aurait été intéressant de voir comment les CSSS envisagent et priorisent l'allocation du budget d'un projet et la planification des travaux. Nous n'avons pas eu d'exemple ou de référence d'un outil de gestion de projet utilisé pour planifier un projet ou des activités d'un projet (par exemple : GANTT qui planifie le calendrier et les activités clés d'un projet). L'impact d'intégrer des notions de gestion de projet dans les rapports nous auraient aidés à mieux comprendre comment les projets, dans le but d'atteindre les orientations de la réforme, étaient entrepris par les CSSS en termes de : contenu du projet;

délais du projet; les avantages ou bénéfices du projet; les coûts du projet; ce qui est attendu des intervenants ou gestionnaires de projet; ou qu'est-ce qui définit un résultat positif. Ces outils nous auraient aidés à mieux comprendre quels outils ou techniques sont utilisés par les CSSS afin de réaliser un projet. Plus précisément, il faut des informations plus fiables concernant l'allocation des coûts, le calendrier, le contrôle de la qualité, les ressources humaines et les plans de communication pour un projet. Par ces moyens, nous aurions été en position de voir comment les CSSS s'ajustent aux orientations découlant de la réforme de 2004.

C'est pourquoi nous suggérons, pour la nouvelle réforme de 2015, aux CISSS de se doter d'un portefeuille de projets conçus pour répondre aux orientations et objectifs, de former des équipes de travail autour de ces projets, d'affecter des ressources nécessaires à leur réalisation et de mettre en place des mécanismes de suivi et de diffusion. Par exemple, nous n'avons recensé que de rares cas où un CSSS avait créé un bureau de projet pour mener et planifier les projets. Nous ne savons pas d'où proviennent véritablement les problèmes. Est-ce un manque de détermination au niveau de l'organisation, une absence d'idées fortes, une incapacité à réaliser les changements requis ou des obstacles à l'interne ou l'externe? Malheureusement, nous n'avons pas les réponses à nos questions dans les rapports annuels des CSSS. Nous aurions souhaité retrouver des stratégies de mobilisations des professionnels (médecins, haute gestion, population, intervenants de différents milieux, etc.) de la santé et des services sociaux afin de constater comment sont formulés les objectifs stratégiques, les orientations et les priorités de chacun des CSSS pour enfin être traduits en projets. L'intégration des notions de gestion de projet dans les rapports annuels aurait eu un

impact positif sur la standardisation des pratiques, des politiques et des procédures pour entamer un projet qui a pour objectif l'amélioration des objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services offerts à la population. Nous n'avons pas eu la certitude que les CSSS ont mis en place des indicateurs atteignables ou mesurables (par exemple, la performance des actions en termes d'accessibilité, de continuité et de qualité) afin d'apprécier l'impact d'un projet sur la santé et le bien-être de la population de leurs régions.

Comme il a été soulevé précédemment, les CSSS avaient été laissés à eux-mêmes. Il aurait fallu donner et transmettre des guides qui proposent des orientations, visant à faire évoluer les réseaux de santé vers une mission et les orientations stratégiques décrites par le MSSS. Cela aurait apporté un appui aux intervenants et aux équipes de première ligne afin de bien s'organiser et d'adapter les services envers la population.

CONCLUSION

> Aussi grandes soient-elles, les ressources financières injectées dans notre système de santé n'ont pas eu d'effets dignes de mention sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins, ni sur la performance du système, trop faible à plusieurs égards. L'évidence est bien malheureuse : l'état de notre système de santé est inacceptable. (Castonguay, 2012, p. 33)

Le constat de celui que l'on appelle le père de l'assurance-maladie québécois, Claude Castonguay (2012), résume bien l'état du système sociosanitaire au Québec. Depuis la réforme de 2004 jusqu'en 2013, les dépenses dans le domaine de la santé sont passées de 18 milliards à 31,1 milliards de dollars. Malgré l'investissement massif dans le système de santé québécois, les problèmes persistent (urgence débordée, manque de médecin de famille, liste d'attente, etc.). Les résultats obtenus lors de notre analyse pour la présente recherche confirment que la situation du système de santé au Québec est en difficulté et que la réforme de 2004 n'a pas donné les résultats souhaités. Le gouvernement du Québec est loin d'atteindre les objectifs stratégiques de politiques de santé souhaités depuis 2004. En effet, la réforme appelait une nouvelle manière d'organiser les services en soins de santé et en services sociaux afin d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population. Le but de la réforme consistait à rapprocher les services de la population et à faciliter les interventions de tous les patients dans le réseau. Les CSSS nés de la fusion de plusieurs instances sociosanitaires (CLSC, CHSLD, CH) étaient devenus les instances locales

principales et responsables pour élaborer le projet d'organisation des services cliniques (Projet Clinique) qui avait pour but la recherche constante de l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité de l'ensemble des services.

Notre recherche aurait pu se pencher sur un nombre innombrable de problématiques auxquelles fait face le système de santé non seulement au Québec mais partout au Canada. À l'égard à tout ce qui précède, cette recherche contribue, de façon originale et pour la première fois, à améliorer les connaissances sur la gestion des projets relatifs à la prestation de services en santé et en services sociaux. En se concentrant sur la façon de gérer et de réaliser les services de santé dispensés à la population, notre recherche souhaite contribuer à la réflexion et aux débats en cours sur les problèmes et les défis du système de santé québécois. Nous estimons pertinent de tirer des leçons de la réforme de 2004 pour mieux implanter et rédiger la nouvelle réforme de 2015. Notre étude a réussi à atteindre l'objectif spécifique **de décrire, de façon rétrospective, l'état de la situation des projets cliniques des centres de santé et de service sociaux relativement aux domaines de connaissances du *Projet Management Institute.***

En 2004, le MSSS avait avancé la gestion de projet comme moyen d'organiser et de coordonner l'élaboration et la réalisation du Projet Clinique (projets cliniques). Il est important que le système de santé en 2015 (avec la Réforme Barrette) puisse continuer à garder les principes et les connaissances de la gestion de projet pour organiser et ainsi simplifier l'accès aux soins et services. Cela étant, la nouvelle réforme devra se fonder sur

les points forts de la réforme 2004 et essayer de corriger les faiblesses. Il est important que la nouvelle réforme continue de garder et d'insister sur la réalisation des Projets cliniques pour l'organisation des services en soins et en services de santé. Le Projet Clinique et les livrables du projet clinique étant au centre de notre recherche (aussi le manque de recherche académique dans le domaine des services de soins et de services de santé) nous a amenés à proposer les domaines de connaissances en management de projet pour élaborer et réaliser les projets qui découlaient de la réforme de 2004 pour ainsi alimenter et bâtir la nouvelle réforme de 2015. Le Projet Clinique tarde à s'implanter uniformément partout au Québec, et les grands objectifs de la réforme de 2004, soit l'accessibilité, la continuité et la qualité perdent leur importance au fil des ans. Seulement, 50 % des CSSS abordaient le projet clinique en 2011-2012. L'analyse des rapports annuels de gestion des 81 CSSS nous a donné une bonne indication de ce qui se fait concrètement sur le terrain, c'est-à-dire à l'intérieur de nos hôpitaux. Malgré l'énoncé d'intention du MSSS, les méthodes, les processus ou les domaines de connaissances en gestion de projet pour mener les projets cliniques sont presque inexistants. En effet, 50 % des domaines de connaissances que nous proposons pour les livrables des projets cliniques (Tableau 14) sont introuvables dans les rapports annuels de gestion des CSSS (Tableau 16). D'autre part, le nombre de fois qu'un CSSS fait référence à un domaine de connaissances selon un livrable est encore une fois négligeable. Sur 324 rapports analysés, le management de l'intégration par exemple n'est soulevé que trois fois, le management du contenu que quatre fois, le management de la communication que cinq fois et le management des parties prenantes que neuf fois. Nous estimons que les CSSS avaient été laissés à eux-mêmes depuis 2004 pour s'organiser, s'orienter et fonder une

nouvelle manière d'organiser les services de soins et des services de santé par la gestion des projets cliniques. C'est le même constat que fait la Direction de l'évaluation du MSSS, en 2010, c'est-à-dire six (ans) après la réforme de 2004 :

> Après une période d'observation de près de quatre ans dans la mise en œuvre de cette réforme, les résultats de l'évaluation montrent que l'intégration organisationnelle et clinique n'est pas terminée dans aucun site et que beaucoup de travaux restent à compléter. (MSSS, 2010, p.97)

Les données compilées (section 6) nous montrent qu'un très faible pourcentage des CSSS a eu recours aux domaines de connaissances du management de projet pour la réalisation de leurs projets cliniques.

Pour décrire rétrospectivement l'état des projets cliniques des CSSS relativement aux domaines de connaissances du PMI, les 11 livrables du projet clinique ont été mis en relation avec un ou plusieurs domaines de connaissances du PMBOK (Tableau 14). En résumé, tous les domaines de connaissances doivent être pris en considération pour chaque livrable du projet clinique, mais nous proposons qu'une importance plus grande soit accordée au management de l'intégration, au contenu, à la communication et aux parties prenantes. Ces connaissances sont les plus utilisées dans notre proposition (Tableau 14) pour réaliser les livrables du projet clinique. Une maîtrise de ces connaissances (et les activités associées) conduira chaque projet du début à la fin de manière coordonnée, structurée et à l'intérieur d'un cadre bien limité. De plus, ces connaissances sont importantes pour garder le contrôle de chaque projet clinique (les livrables) et éliminer la possibilité d'exécuter des activités ou des tâches qui ne sont pas nécessaires dans la réalisation du projet. Cela favorise l'efficience et l'efficacité d'un projet clinique, peu importe le livrable.

Nous avons démontré en détail, dans le Chapitre II, les domaines de connaissances (processus, outils et techniques) qui peuvent être utilisés selon le livrable du projet clinique à l'intention des CSSS, mais cela peut également s'importer aux nouveaux CISSS. Il devient donc important de comprendre l'environnement des soins de santé et la nature des projets dans le domaine de la santé. Cela influencera la pratique de la gestion de projet et aura un plus grand impact dans l'avancement des projets de soins de santé, dont la gestion de projet clinique. Il est essentiel, pour la nouvelle réforme de 2015, de ne pas faire les mêmes erreurs. Il faut guider les CISSS dans l'implantation des projets en mettant à leurs dispositions des documents de gestion de projet biens détaillés, clairs et applicables dans la pratique (c'est-à-dire toutes les activités de soins et de santé) de toutes les institutions qui donnent des services de soins, des services de santé et des services sociaux. Il faut orienter les membres du personnel dans l'organisation et la réalisation des projets, toujours selon les principes du management de projet du PMI. Il faut mettre en place des mécanismes et des formations de soutien et d'aide en management de projet pour tous les membres d'une équipe chargée de mettre sur pied un projet sociosanitaire.

L'objectif général de notre recherche est de comprendre comment les connaissances produites en gestion de projet peuvent constituer un levier dans l'atteinte des objectifs stratégiques du gouvernement du Québec en matière de santé (accessibilité, continuité, qualité) et, en même temps, augmenter l'efficacité et l'efficience du système de santé québécois. Le Québec et son Projet Clinique nous apparaissent un cas d'étude extrêmement approprié pour ce qui est des leçons à tirer eu égard à la nouvelle réforme en santé de 2015.

Autrement dit, nous avions l'intérêt à démontrer comment, par ses savoirs, la gestion de projet peut contribuer au succès du Projet Clinique (réforme 2004) pour ainsi simplifier l'accès aux soins et services dans le système de santé (réforme 2015), du moins quant à l'atteinte de ses objectifs. Cela étant, tout au long de cette recherche, nous avons présenté et décrit l'importance que représente la gestion ou le management de projet dans une bonne réalisation des projets dans le milieu de la santé. Le système de santé n'est pas si différent que des organisations, institutions ou compagnies (publiques ou privées) dans la mesure où l'on souhaite atteindre les objectifs préétablis dans le but de réussir. La gestion de projet comme discipline, savoir ou connaissance a fait ses preuves dans plusieurs domaines et secteurs de l'industrie. L'innovation de 2004, par le MSSS, d'inciter et de recommander la gestion de projet comme vecteur et moyen pour réorganiser les services de santé et de services sociaux par les projets cliniques, est un pas vers l'avant dans l'objectif d'augmenter l'efficacité et l'efficience du système de santé québécois. On peut parvenir à une efficacité et une efficience accrues dans la mesure où les éléments essentiels pour réussir son présents. Pour que les savoirs en management de projet contribuent au succès des projets dans le domaine de la santé, il est fondamental que ces projets s'inscrivent dans la mission et la vision du MSSS, CISSS et autres établissements sociosanitaires.

Le management de projet repose sur des techniques et des processus sûrs et utilisables dans plusieurs projets sociosanitaires. Cependant, il faut savoir les comprendre et les mettre en action sur le terrain. Pour augmenter l'efficience et l'efficacité du système de santé québécois, et plus précisément les services en santé et en services sociaux, nous demandons que chacun CISSS prenne le temps de mettre sur pied une méthodologie ou un

processus de gestion de projet. Cela impliquera la gestion de projet proactive. C'est-à-dire qu'une fois les techniques, les connaissances ou les méthodologies développées, elles peuvent être applicables et réutilisées dans presque tous les projets. Par exemple, notre cadre logique ou notre tableau 14 peut faire partie de la technique et être appliqué dans les projets cliniques. Cela entraînera une réduction du temps pour démarrer un projet et des coûts associés (membres de l'équipe de projet) parce que nous ne serons plus tenus de recommencer les techniques ou les procédures. Dans ces cas, les projets seront mieux exécutés car, après chaque projet, des ajustements des techniques ou des outils de gestion projet pourront être apportés pour les projets futurs. Ces exercices entraîneront une meilleure communication et une meilleure gestion des parties prenantes. En effet, nous pensons qu'en ayant une méthodologie standard, il serait possible d'éliminer les conflits entre les intervenants tout en utilisant la communication proactive (formelle et informelle). En se fondant sur tous les projets réalisés, nous pouvons prévoir d'avance les risques, les désaccords ou les conflits entre les parties avant mêmes qu'ils ne surviennent, tout en utilisant des voies de communication proactives et efficaces. Nous sommes convaincus que les connaissances en management de projet peuvent aider à l'amélioration du système de santé et des services sociaux au Québec et même ailleurs au Canada.

La gestion de projet peut faciliter et rendre plus efficace les services appropriés que reçoivent les clients, au bon moment et par les professionnels et l'établissement adéquats et outillés de façon appropriée. Il est primordial de consacrer une attention particulière et de déployer un effort supplémentaire autour du management des parties prenantes, en partant

du MSSS, et en passant par les CISSS aux établissements communautaires, dans le but de s'entendre sur des objectifs communs et acceptables.

La nouvelle réforme de 2015 devra se concentrer et donner des balises et un soutien aux CISSS dans le but d'atteindre les nouveaux objectifs sans pour autant oublier les grands principes de la réforme de 2004. Le projet de *Loi 10, modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment, par l'abolition des agences régionales*, vient encore une fois donner une plus grande responsabilité aux instances locales chapeautées par les grands CISSS. Même en abolissant les agences régionales, les CISSS deviennent des mégas centres où une nouvelle réforme organisationnelle (gestion, administration, bureaucratie) va prendre encore une fois des années avant de s'implanter et de dispenser les services prévus par la réforme. Les conséquences directes seront ressenties sans aucun doute sur la prestation des services en santé et en services sociaux, surtout dans la démarche des projets cliniques. Une fois de plus, en dix (10) ans, le système de santé au Québec devra déployer tous les efforts nécessaires pour réaliser une nouvelle réorganisation des prestataires de services en santé et en services sociaux et encore une restructuration de l'organisation des instances sociosanitaires. Il serait préférable et avantageux dans la nouvelle réforme de mettre l'accent sur la capacité de continuer à construire et à renforcer les principes de gestion de projet et le Projet clinique découlant de la réforme de 2004. Gérer la prestation en soins de santé et en services sociaux par les connaissances en gestion de projet était innovateur en 2004, mais cela reste encore plus d'actualité en 2015. Est-ce que la nouvelle réforme sera la solution

aux problèmes que l'ancienne réforme n'a pas pu résoudre? Nous sommes encore loin dans le temps afin de répondre à cette question. Nous pensons qu'il serait intéressant dans le futur de voir ce qui motive réellement les réformes en si peu de temps dans un domaine aussi complexe que la santé. Le système de santé au Québec doit comprendre que, pour rester compétitif et pertinent, il devra développer des compétences et des habilités afin de mieux gérer, organiser et choisir de manières efficace les projets de services en santé et de services sociaux. Le système de santé ne peut pas continuellement augmenter ses dépenses sans réellement améliorer (dans la mesure du possible) l'organisation et la prestation des services de santé et des services sociaux. C'est incontournable d'essayer et d'innover dans le but d'améliorer l'efficacité et l'efficience du système de santé québécois. Ceci dit, nous proposons que la nouvelle réforme envisage de garder la gestion de projet comme principe d'organisation de la prestation des services, surtout par l'entremise des projets cliniques. Voilà dix ans que les CSSS essaient de s'organiser plus ou moins autour des principes de gestion de projet. Il est essentiel de miser sur le travail accompli pour mieux construire et réaliser les objectifs de l'avenir. Les principes ou domaines de connaissances en gestion de projet peuvent contribuer de manière significative à la réussite des organisations sociosanitaires. La gestion de projet ne laisse rien au hasard, tout est pensé et des solutions sont avancées. Nous sommes conscients que des changements profonds dans un domaine aussi complexe que la santé prennent du temps et des efforts. Cependant, il faut s'attaquer à la culture organisationnelle du système de santé au Québec pour ainsi inclure les principes de gestion de projet dans les activités journalières. C'est-à-dire que tous les intervenants dans le système comprennent qu'il faut avant tout privilégier les principes de management

de projet. Il serait important que toutes les activités, prestations et interventions soient traitées et envisagées comme un projet comme il est décrit par le PMI. Chaque patient ou cas, peu importe les besoins, devrait être traité comme un projet du début à la fin. La nouvelle réforme (2015) pourra, à notre avis, mettre en place des programmes (par exemple, financiers) afin d'inciter les CISSS à choisir et à inclure les techniques de gestion de projet dans l'organisation et la réalisation des services de soins de santé et services sociaux. Enfin, il est essentiel de continuer à bâtir et à améliorer la gestion des projets cliniques tout en utilisant et en insistant sur les domaines de connaissances en gestion de projet. Est-ce que les principes ou techniques de gestion de projet sont les réponses aux défis auxquels fait face le système de santé au Québec? Non, cependant, l'utilisation des principes de management de projet peut alléger et voir améliorer le niveau d'efficacité et d'efficience de la prestation de services en santé et services sociaux.

Les limites et pistes futures de recherche

Des changements majeurs ont eu lieu dans le système de santé au Québec (la réforme 2015), lors de la rédaction de la présente recherche. Nous aurions peut-être pris d'autres pistes de réflexion ou d'autres voies de recherche pour mieux alimenter la nouvelle réforme. Néanmoins, nous pensons que cette recherche peut contribuer à l'ouverture des débats et la proposition concrète de techniques en gestion de projet pour améliorer la santé et le bien-être de la population.

Dans le cadre de la présente recherche, nous avons privilégié l'analyse documentaire comme approche méthodologique de recherche qualitative. Nous avons constaté que peu de

rapports nous parlent concrètement de la gestion de projet dans la réalisation des projets cliniques. Depuis le départ, nous étions convaincus que la gestion ou le management de projet est un savoir qui peut être bénéfique dans le secteur de la santé. C'est ainsi, pour permettre une meilleure compréhension des méthodes que l'approche qualitative a été combinée à la perspective quantitative. Nous pensons que cela nous a donné une perspective globale de la réalité en ce qui concerne le Projet Clinique (clinique) et que cela peut être utilisé comme repère pour la nouvelle réforme que le MSSS a implantée en 2015. Notre approche de regrouper la méthode qualitative à la méthode quantitative nous permet d'éliminer les soupçons voulant que notre recherche se base sur des informations partielles qui ne représentent pas la totalité de la réalité de la situation des projets cliniques. Une autre limite de la recherche sera le fait que les rapports annuels de gestion des CSSS analysés ne soient pas représentatifs de l'ensemble de la situation des projets cliniques réalisés dans les hôpitaux. Certes, pour moins généraliser les résultats obtenus, il aurait fallu aller chercher et analyser tous les documents rédigés par les CSSS concernant l'élaboration et la réalisation des projets cliniques (certains CSSS avaient élaboré un guide ou plan explicatif uniquement sur leurs projets cliniques). Comme ce n'est pas tous les 81 CSSS étudiés qui avaient rédigé un rapport seulement sur les projets cliniques, nous avons décidé de s'en tenir seulement au rapport annuel de gestion des CSSS.

Empiriquement, nous avons eu assez des données provenant des CSSS (324 rapports de 81 CSSS) pour constater l'importance et la place que prennent les objectifs du Projet Clinique (accessibilité, continuité et qualité) et l'utilisation faite des méthodes de gestion de

projet dans l'élaboration et la réalisation de projets cliniques. Les rapports annuels de gestion des CSSS doivent présenter et exposer les activités et les résultats obtenus pour une année d'exercice. Cela dit, une des limites de notre recherche repose sur le fait que les rapports annuels étudiés ne sont pas uniformisés ni dans la forme, ni dans le fond. C'est-à-dire que chaque CSSS suit et utilise un format ou un compte rendu dans les rapports qui est différent d'un CSSS à l'autre. Il nous est difficile de déterminer si les rapports annuels d'un CSSS à l'autre rapportent bien tout ce qui se pratique à l'intérieur de ces établissements. Par conséquent, il est probable que l'on puisse observer une variation moins significative des écarts des résultats si cette recherche devait être reconduite avec des rapports annuels plus uniformisés. À la suite de notre analyse de données qualitatives, les résultats nous ont surpris. Nous ne pensions pas retrouver si peu de référence en gestion de projet étant donné que les projets cliniques devaient être organisés et réalisés en fonction des principes de gestion de projet. De plus, nous n'avons pas eu le temps, ni le privilège de faire faire la vérification de nos données ou l'interprétation de nos données par un autre chercheur afin de déterminer s'il y avait un accord dans l'interprétation et le jugement de nos analyses ou de notre démarche.

La limite la plus importante est aussi une future piste de recherche. En effet, il manque à notre recherche la validation empirique des éléments développés. Notre recherche possède une base théorique qui supporte chaque concept utilisé dans le développement de ces éléments. Cependant, il reste à appliquer les éléments dans une situation réelle pour définir les avantages et les désavantages dans la pratique. Plus précisément, c'est dans la

pratique (c'est-à-dire sur le terrain) que nous pourrons confirmer réellement si les domaines de connaissances en management de projet ont une grande influence dans la réalisation des projets cliniques. Nous n'avons pas la garantie ni la certitude que les cadres de référence proposés (cadre logique ou domaines de connaissances) peuvent en tout temps apporter les bénéfices souhaités dans 100 % des cas.

Nous avons constaté lors de notre recension des écrits qu'il y a un manque criant de recherche en ce qui concerne la prestation de services de soins de santé et de services sociaux en fonction des principes de gestion de projet selon le PMI. La gestion de projet est un domaine qu'il faut avancer et privilégier dans le domaine de la santé et c'est ce que nous avons essayé de démontrer. Maintenant, il faut voir comment l'utilisation des connaissances peut apporter un avantage dans les projets cliniques ou autre projet dans le milieu de la santé et des services sociaux. Il est nécessaire de réaliser des études de cas pour appliquer les éléments développés et, de cette façon, identifier leurs forces et leurs faiblesses dans la pratique. Pour que la gestion de projet s'impose dans le domaine de la santé, il est essentiel de mener plus de recherchse dans la matière. Peut-être que l'une des futures pistes de recherche serait d'étudier l'utilisation et l'implantation des cadres exposés dans la présente recherche au sein de quelques CISSS pour voir réellement si ces derniers sont compatibles avec les projets en soins et en services de santé dans les instances sociosanitaires québécoises. Ou encore, nous pourrions comparer ce que nous présentons et ce qui est utilisé couramment dans la gestion des projets dans le système de santé ailleurs au Canada ou dans d'autres pays.

RÉFÉRENCES

Abel, M. H., & Cummings, P. (1993). A demonstration program for homeless male alcohol and other drug abusers. *Journal of Mental Health Administration, 20*(2), 113-117.

Adler, K. G. (2007). How to successfully navigate your EHR implementation. *Family Practice Management*, *14*(2), 33-39.

Agenbag, M H A., & Lues, J.F.R. (2009). Resource management and environmental health service delivery regarding milk hygiene: A South African perspective. *British Food Journal, 111*(6), 539-553.

Allgar, V., Leese, B., Heywood, P., & Walker, R. (2001). First wave PMS pilots: A critical analysis of documentation. *Journal of Management in Medicine, 15*(4), 299-311.

Anderson, J. (2004). Project Management in Health and Community Services. Australian Health Review, *27*(2): 103-104.

Barlow, J., & Koberle-Gaiser, M. (2009). Delivering innovation in hospital construction: Contracts and collaboration in the UK's private finance initiative hospitals program. *California Management Review, 51*(2), 126-143.

Barlow, J., Bayer, S., & Curry, R. (2006). Implementing complex innovations in fluid multi-stakeholder environments: Experiences of 'telecare'. *Technovation, 26*(3), 396-406.

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.

Bowen, G. A. (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal*, *9*(2), 27-40.

Bowerman, J. (2006). Designing the primary health care centre of the future: A community experience. *Leadership in Health Services*, 19(4), 16-23.

Budget 2013-2014. Québec : Gouvernement du Québec, Repéré à http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2013-2014/fr/documents/Planbudgetaire.pdf

Budget 2010-2011. *Vers un système de santé plus performant et mieux financé*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2010-2011/fr/documents/VersSystemeSante.pdf

Buelow, J. R., Zuckweiller, K. M., & Rosacker, K. M. (2010). Evaluation Methods for Hospital *Projects. Hospital Topics*, *88*(1), 10-17

Campobasso, F. D., & Hosking, J. E. (2004). Two factors in project success: A clear process and a strong team. *Journal of Healthcare Management, 49*(4), 221-225.

Cardno, C. A. (2008). Sustainable Design: Lake Will Help Heat, Cool New Hospital. *Civil Engineering*, *78*(10), 25-27.

Carr, D. M. & Dimitrakakis, J. (2003). Explore all-encompassing electronic health records. *Nursing Management*, *34*(10), 24-25.

Castonguay, C. (2015). *La fin des vaches sacrées*. Montréal : Les Éditions La Presse.

Castonguay, C. (2012). *Santé : l'heure des choix*. Montréal : Les Éditions Boréal.

Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csssamn.ca/votre-ciusss/documentation/publications-corporatives/#c20058

Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord (2011). *Rapport annuel de gestion 2010-2011*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csssamn.ca/votre-ciusss/documentation/publications-corporatives/#c20058

Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales (2009). *Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csssab.qc.ca/fr/index.cfm

Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales (2011). *Rapport annuel de gestion 2010-2011*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csssab.qc.ca/fr/index.cfm

Centre de santé et de services sociaux de la Baie-des-Chaleurs (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://csssbc.qc.ca/csssbc.aspx?sec=177

Centre de santé et de services sociaux de la Baie-des-Chaleurs (2010). *Rapport annuel de gestion 2009-2010*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://csssbc.qc.ca/csssbc.aspx?sec=177

Centre de santé et de services sociaux de Basque (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csssbasques.qc.ca/publication/rapport/index.php

Centre de santé et de services sociaux de Basque (2011). *Rapport annuel de gestion 2010-2011*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csssbasques.qc.ca/publication/rapport/index.php

Centre de santé et de services sociaux de la Basse-Côte-Nord (2009). *Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csssbcn.gouv.qc.ca/actualites/nos-publications.html

Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.cssscharlevoix.qc.ca/publications

Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix (2011). *Rapport annuel de gestion 2010-2011*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.cssscharlevoix.qc.ca/publications

Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi (2011). *Rapport annuel de gestion 2010-2011*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csss-chicoutimi.qc.ca/

Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi (2009). *Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csss-chicoutimi.qc.ca/

Centre de santé et de services sociaux des Collines (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://santedescollines.qc.ca/documents/nos-publications/

Centre de santé et de services sociaux de Drummond (2011). *Rapport annuel de gestion 2010-2011*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csssdrummond.qc.ca/Web/Page.aspx?Id=1

Centre de santé et de services sociaux de Drummond (2009). *Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csssdrummond.qc.ca/Web/Page.aspx?Id=1

Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie (2009). *Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.etrehumain.ca/fr/outils/publications/

Centre de santé et de services sociaux d'Haut-Richelieu-Rouville (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.santemonteregie.qc.ca/haut-richelieu-rouville/documentation/documents-corporatifs.fr.html#.Ven6oxHBzRY

Centre de santé et de services sociaux des Jardins-Roussillon (2009). *Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.santemonteregie.qc.ca/jardins-roussillon/index.fr.html

Centre de santé et de services sociaux de Jonquière (2009). *Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csssjonquiere.qc.ca/rapport_annuel.html

Centre de santé et de services sociaux de Laval (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.cssslaval.qc.ca/documentation/publications/info-c3s.html

Centre de santé et de services sociaux de Lucille-Teasdale (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à https://www.csssluciilleteasdale.qc.ca/votre-ciusss/documentation/publications/

Centre de santé et de services sociaux de Pierre-Boucher (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.santemonteregie.qc.ca/cssspierreboucher/documentation/liste/index.fr.html#.Ven7AhHBzRY

Centre de santé et de services sociaux de Pierre-Boucher (2009). *Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.santemonteregie.qc.ca/cssspierreboucher/documentation/liste/index.fr.html#.Ven7AhHBzRY

Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.cssspointe.ca/votre-csss/documentation/publications-corporatives/

Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île (2011). *Rapport annuel de gestion 2010-2011*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.cssspointe.ca/votre-csss/documentation/publications-corporatives/

Centre de santé et de services sociaux de Port-Cartier (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csssportcartier.ca/index.php/accueil.html

Centre de santé et de services sociaux de Portneuf (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csssdeportneuf.qc.ca/?cat=30

Centre de santé et de services sociaux de Portneuf (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csssdeportneuf.qc.ca/?cat=30

Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda (2009). *Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csssrn.qc.ca/pub.html

Centre de santé et de services sociaux du Sud Lanaudière (2010). *Rapport annuel de gestion 2009-2010*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csss.sudlanaudiere.ca/Pages/publications.aspx

Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Gatineau (2012*). Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csssvg.qc.ca/c_admin.php

Chandra, V., & Loosemore, M. (2011). Communicating about organizational culture in the briefing process: case study of a hospital project. *Construction Management and Economics, 29*(3), 223-231.

Chiocchio, F., Beaulieu, G., Boudrias, J., Rousseau, V., Aubé, C., & Morin, E. M. (2010). The project involvement index, psychological distress, and psychological well-being: Comparing workers from projectized and non-projectized organizations. *International Journal of Project Management, 28*(3), 201.

Claeyé, F., & Jackson, T. (2011). Project delivery in HIV/AIDS and TB in Southern Africa. *Journal of Health Organization and Management, 25*(4), 469-486.

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (ou commission Clair), (2000). *Les solutions émergentes. Rapport et recommandations*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-109.pdf

Cote, M.J., & Daugherty, C.R. (2000). Using project management to improve month-end reporting in a hospital. *Production and Inventory Management Journal, 41*(4), 17-22.

Datsenko Y., & Schenk, J. (2013). Leading clinical projects. *Applied Clinical Trial*, *22*(1), 24-28.

De Vries, J. (2011). The shaping of inventory systems in health services: A stakeholder analysis. *International Journal of Production Economics, 133*(1), 60-69.

Dey, P. K., Hariharan, S., & Brookes, N. (2006). Managing healthcare quality using logical framework analysis. *Managing Service Quality*, *16*(2), 203-222.

Elf, M., Engström, M. S., & Wijk, H. (2012). An assessment of briefs used for designing healthcare environments: A survey in Sweden. *Construction Management and Economics, 30*(10), 835-844.

Engwall, M. (2003). No project is an island: linking projects to history and context. *Research Policy*, *32*(5), 789-808.

Fickenscher, K., & Bakerman, M. (2011). Leadership and governance for IT projects. *Physician Executive, 37*(1), 72-76.

Fleury, M. J., Trembley, M., Nguyen., & Bordelau, L. (2007). *Le système sociosanitaire au Québec. Régulation, gouvernance et participation*, Montréal: Gaëtan Morin éditeur.

Fraser, S. W. (2003). Project storyboards: catalysts for collaborative improvement. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *16*(6), 300-305.

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. [Supplémentaire – exclusivité web]

Gauthier, J.B. (2011) Analyse qualitative informatisée. Introduction à la version 9 de NVivo. *Cahier d'accompagnement pédagogique inédit*. Québec : Université du Québec en Outaouais

Geelen-Baass, B., & Johnstone, J. M. K. (2008). Building resiliency: Ensuring business continuity is on the health care agenda. *Australian Health Review, 32*(1), 161-173.

Gray, E. (2005). Utilizing the Ethics of Project Management in the Healthcare Field. *Project Management Journal*, *36*(4), 61-65.

Guah, M.W. (2008). IT project escalation: A case analysis within the UK NHS. *International Journal of Information Management, 28*(6), 536-540.

Guinan, E., Boudreau, K. J., & Lakhani, K. R. (2013). Experiments in Open Innovation at Harvard Medical School. MIT Sloan Management Review, *54*(3), 44-52.

Gulliver, S. R., Uday, B., Joshi, U. B., & Michell, V. (2013). Adapted customer relationship management implementation framework: facilitating value creation in nursing homes. *Total Quality Management*, *24*(9), 991–1003.

Hartmann, S. (2013). Project scheduling with resource capacities and requests varying with time: a case study. Flexible Services and Manufacturing Journal, *25*(2), 74–93.

Hayes, D. S. (2000). 1999 international student paper award winner: Evaluation and application of a project charter template to improve the project planning process. *Project Management Journal, 31*(1), 14-23.

Hegland, L. T., & Kruger, M. (2008). From the Ground Up: Building an All-Digital Hospital *Physician Executive, 34*(5), 6-11.

Helfert, M. (2009). Challenges of business processes management in healthcare. *Business Process Management Journal, 15*(6), 937-952.

Hernandez J. S., Aderton J., & Eidem L. (2011). The role of project managers who assist physician leaders at mayo clinic. *Physician Executive Journal*, *37*(3), 62-65

Hirshfield, M. (2006). Project planning for health care software implementations. *The Health Care Manager*, 25(4), 310-314.

Hosking, J. E. (2005). Lessons learned: Seven keys to a successful replacement hospital project. *Journal of Healthcare Management, 50*(1), 8-11.

Hougham, M. (1996). London Ambulance Service computer-aided despatch system. *International Journal of Project Management*, *14*(2), 103-110.

Hutton, A., & West, L. (2001). Scalability and sustainability: research experiment to operational service. *Library Management, 22*(1/2), 39-42

Ika, L.A., & Lytvynov, V. (2011). The ‘‘Management-Per-Result’’ Approach to International Development Project Design. *Project Management Journal*, *42*(4), 87-104.

Jaafari, A. (2007). Project and program diagnostics: A systemic approach. *International Journal of Project Management, 25*(8), 781.

Jacobsen, J. (2008). Teamwork Makes the Difference. The Journal for Quality and Participation, *31*(3), 30-38.

Kjaer, A., & Madsen, K.H. (1997). Customer-vendor co-operation. *Information Technology & People, 10*(3), 205-223.

Kropf, R., & Scalzi, G. (2008). Great project management = IT success. *Physician Executive*, *34*(3), 38-40.

Lamichhane, D. K., & Mangyo, E. (2011). Water accessibility and child health: Use of the leave-out strategy of instruments. *Journal of Health Economics*, *30*(5), 1000-1010.

Larrison,,R.G.Jr. (2003). Development of an inpatient rehab facility in an urban safety-net hospital. *Journal of Healthcare Management, 48*(3), 202-209.

Lavoie-Tremblay, M., Bonneville-Roussy, A., Richer, M. C., Aubry, M., Vezina, M., & Deme, M. (2012). Project management office in health care: A key strategy to support evidence-based practice change. *The Health Care Manager, 31*(2), 154-165.

Lee, E. (2010). Advancing health care on multiple fronts. *OR/MS Today, 37*(3), 20-31.

Lee, P.D., & Hirshfield, M. (2006). Project Planning for Health Care Software Implementations. *The Health Care Manager, 25*(4), 310-314.

Lin, B., & Umoh, D. (2002). E-healthcare: A vehicle of change. *American Business Review, 20*(2), 27-32.

Loi sur la Santé publique, Chapitre S-2.2. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html

MacLean, S., Berends, L., Hunter, B., Roberts, B., & Mugavin, J. (2012). Factors that enable and hinder the implementation of projects in the alcohol and other drug field. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 36*(1), 61-68.

Miller, R. H., & Miller, B. S. (2007). The Santa Barbara County care data exchange: What happened? *Health Affairs,* 568-580. [Supplémentaire – exclusivité web]

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Évaluation Santé et Services sociaux, MSSS direction des évaluations*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-722-01.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Le système de santé et de services sociaux au Québec. En Bref.* Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à https://www.cssscoeurdelile.ca/fileadmin/csss_cdi/Publications/pdf/systeme_en_bref.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004a). *Projet clinique - Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - Document principal*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-05.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004b). *L'intégration des services de santé et de services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.* Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-08.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004c). *Projet clinique - Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – Résumé.* Québec :
Gouvernement du Québec. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-07.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004d). *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-834-01.pdf

Morris, P. (2013). Reconstructing Project Management Reprised: A Knowledge Perspective. *Project Management Journal*, *44*(5), 6-14.

NVivo qualitative data analysis software. (2010). *Guide de démarrage rapide*. QSR International Pty Ltd. Version 9.

O'Shaughnessy, W. (2006). Collection le management. *La conception et l'évaluation de projet*. (Tome 2) Trois-Rivière, Québec : Les Éditions SMG.

Paavola, T. (2007). Justifying IT system investments. *International Journal of Healthcare Technology & Management*, *8*(1/2), 97-106.

Pauget, B., & Wald, A. (2013). Relational competence in complex temporary organizations: The case of a French hospital construction project network. *International Journal of Project Management*, *31*(2), 200–211.

Peters, D. H., Paina, L & Schleimann, F. (2013). Sector-wide approaches (SWAps) in health: what have we learned? *Health Policy and Planning*, *28*(8), 884–890.

Pinto, M. B., & Pinto, J. K. (1990). Project Team Communication and Cross-Functional Cooperation in New Program Development. *The Journal of Product Innovation Management, 7*(3), 200-2012.

Project Management Institute (2013). *Guide du corpus des connaissances en management de projet : (Guide PMBOK),* (5ième édition), Newtown Square, Pennsylvanie: Project Management Institute.

Ramani, K. V., & Mavalankar, D. (2009). Management capacity assessment for national health programs: A study of RCH program in India. *Journal of Health Organization and Management, 23*(1), 133-42.

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.

Ruscitti, G., Palchetti, G., Ciccarone, L., & Bernaschi, P. (2000). The ISO 9000 quality assurance projects of paediatric hospital bambino gesu. *Total Quality Management & Business Excellence*, *11*(4-6), 393-398.

Sanders, J. (2002). Development and implementation of an endovascular surgery program in a community general hospital. *Journal of Healthcare Management, 47*(5), 335-340.

Shirley, David. (2011). *Project management for healthcare*. Boca Raton, Florida: Francis&Taylor/CRC Press.

Söderlund, J. (2004). Building theories of project management: past research questions for the future. International Project Management Journal, *22*(3), 183-191.

Stockholm junior water prize generates two award-winning projects. (2011). *American Water Works Association Journal, 103*(5), 132-134. [Résumé]

Sweeting, P. (2002). Designing robotic systems for the healthcare industry. *The Industrial Robot, 29*(1), 15-19.

Tareen, E. U., & Omar, M. A. (1997). Community entry - an essential component of participation. *Health Manpower Management, 23*(3), 97-99.

Thielst, C. (2007). Effective Management of Technology Implementation. *Journal of Healthcare Management*, *52*(4), 216-219.

Thor, A., & Rader, L.E. (2004). A Revised Staging System for Breast Cancer. *The Breast Journal*, *10*(1), 15-19.

Thor, J., Herrlin, B., Wittlöv, K., Skår, J., Brommels, M., & Svensson, O. (2004). Getting Going Together: Can Clinical Teams and Managers Collaborate to Identify Problems and Initiate Improvement? *Quality Management in Health Care*, *13*(2), 130-42.

Trudel, M., 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), 31-42.

Vega-González, L.R., Hernández, A. J., Sánchez, E.P., & Ortega-Martinez, R. (2012). The management of medical innovations using propriety technology: A Mexican case study. *International Journal of Management*, *29*(4), 454-463.

Weitzel, J.R., & Andrews, K.R. (1998). A Company/University Joint Venue to Build a Knowledge-Base System. *MIS Quarterly, 12*(1) 23-24.

Whitehead, D. (2005). Project management and action research: Two sides of the same coin? *Journal of Health Organization and Management, 19*(6), 519-531.

Wright, J., Franks, A., Ayres, P., Jones, K., Roberts, T., & Whitty, P. (2002). Public health in hospitals: the missing link in health improvement, *Journal of Public Health Medicine*, *24*(3), 152-155.

Yeow, J., & Edler, J. (2012). Innovation Procurement as Projects. Journal of Public Procurement, *12*(4), 472-504.