

# LES CONDITIONS DE SUCCÈS DES PROJETS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ : L'INTÉGRATION DES ÉQUIPES DE PROJET

Jacques-Bernard Gauthier, Université du Québec en Outaouais, Canada

[Jacques-Bernard.Gauthier@uqo.ca](mailto:Jacques-Bernard.Gauthier@uqo.ca)

Michèle St-Pierre, Université Laval, Canada

[Michele.St-Pierre@mng.ulaval.ca](mailto:Michele.St-Pierre@mng.ulaval.ca)

## RÉSUMÉ

*La création des liens interdisciplinaires et interorganisationnels participe à la performance des équipes et conséquemment au succès des projets dans le secteur de la santé. L'examen d'un projet clinique a permis de cerner trois conditions à la création de ces liens d'intégration : les besoins des groupes d'acteurs composant l'équipe de projet, la réponse à ces besoins et la répétition des échanges satisfaisants.*

## KEYWORDS

Gestion de projet; intégration des équipes; Services de santé

## 1. INTRODUCTION

Le projet est une des modalités privilégiées de gestion des organisations dans plusieurs secteurs d'activités afin de répondre à des situations exceptionnelles, mettre en œuvre des changements ou encore lancer de nouveaux programmes, services et produits (Kloppenborg & Opfer, 2002; Kwak & Anbari, 2009; Pellegrinelli, 2011). Le système de santé québécois n'échappe pas à cette tendance où une politique ministérielle pour l'organisation de la première ligne de soins de santé est constituée autour des projets cliniques. Il s'agit de permettre une meilleure intégration des services dispensés par diverses organisations et différents professionnels (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2004b) et ce, pour mieux répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population d'un territoire local donné. Des relations sont alors établies entre le succès des projets, la performance des équipes et l'intégration des équipes de projet (Al-Rawi, 2008; Baiden et Price, 2011; Hoegl et Gemuenden, 2001 ; Kratzer, Leenders, Rattan & Van Engelen, 2004). Cette dernière fait état des partenariats, de la collaboration, de la cohésion, autrement dit des liaisons entre les différentes disciplines, les organisations, les buts, les besoins, les activités et même les cultures afin d'atteindre des fins communes (Baiden, Price & Dainty, 2006; Baiden & Price, 2011).

On s'accorde à vouloir susciter l'intégration des équipes en ayant recours à diverses mesures dont, des incitatifs financiers, une amélioration de l'information disponible, des redéfinitions de responsabilités et de tâches (Boddy & Macbeth, 2000; Lin, Simon, Katzelnick & Pearson, 2001; Pawlson & O'Kane, 2002; Pitagorsky, 1998). Cependant, peu est dit sur la dynamique sociale sous-jacente aux liaisons (Baiden *et al.*, 2006 ; 2011) au cours de laquelle des groupes d'acteurs avec des pratiques différenciées, à la fois sur les plans organisationnel et disciplinaire, en arrivent à arrimer leurs activités respectives, à créer une équipe de projet performante et à atteindre une finalité commune. Alors, la question qui se pose est : quelles sont les conditions d'intégration des équipes de projet, compte tenu à la fois des réalités vécues par les groupes d'acteurs des équipes de projet, des services de santé et des structures à mettre en place, tout cela dans un souci de cohérence d'ensemble ?

Afin de présenter ces conditions, nous situons, d'abord, ce que sont les projets cliniques et ce qu'ils sous-tendent en terme d'intégration des équipes de projet. Puis par la suite, nous traitons du cas d'un projet clinique en particulier, celui des services généraux en Outaouais québécois. Enfin, c'est à partir de là que nous posons les conditions de succès de l'intégration des équipes de projet qui présagent du succès des projets cliniques.

## **2. PROJETS CLINIQUES ET INTÉGRATION DES ÉQUIPES**

De concert avec les partenaires de leur réseau local de services (RLS), les centres de santé et de services sociaux (CSSS)<sup>1</sup> ont à développer des projets cliniques afin d'atteindre les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services visés par la dernière réforme du système de santé québécois (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2004a). Les projets cliniques sont en fait composés de deux volets : clinique et organisationnel (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2004b).

En cohérence avec les nouvelles orientations nationales et les priorités stratégiques régionales, le volet clinique est conçu pour arrimer les services de santé et les services sociaux aux besoins d'une population d'un territoire local donné. À partir de là, certaines clientèles jugées vulnérables sont priorisées et l'offre de services est consolidée, notamment pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, celles souffrant de maladies chroniques (maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et cancer), ainsi que les jeunes en difficulté et leur famille (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2004a). Quant au volet organisationnel, il se définit autour des stratégies et des mécanismes (ententes, protocoles, etc.) aptes à développer et asseoir les partenariats interorganisationnels, interdisciplinaires nécessaires à une offre de service intégrée (Commissaire à la santé et au bien-être, 2010).

En fait, pour les deux volets des projets, c'est l'intégration qui est vue comme un levier à la consolidation de l'organisation des services de santé, étant donnée qu'elle s'oppose aux modes d'organisation dits en « silos », lesquels reposent sur la juxtaposition des interventions (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2001) et l'indépendance des groupes d'acteurs formant les équipes des projets cliniques (Demers, Dupuis & Poirier, 2002; Glouberman & Mintzberg, 2001a, 2001b; Organisation Mondiale de la Santé, 1996).

L'intégration au sein des équipes a fait l'objet de plusieurs analyses sous divers angles d'approche, peu importe le secteur d'activités et le type de projet. Les études ont abordé l'intégration des équipes de projet

par l'intermédiaire de l'efficacité des équipes (les effets de l'intégration sur la performance ont été particulièrement examinés), de la création d'interfaces à partir desquelles s'effectue l'échange interorganisationnel des ressources requises et des leviers ou des freins à l'intégration selon la confiance, la communication, le partage des connaissances et les conflits (Al-Rawi, 2008; Crowlery & Karim, 1995; Baiden *et al.*, 2006; 2011; Emmitt, 2010; Herzog, 2001; Koutsikouri, Austin & Dainty, 2008; Kratzer, Keenders & Engelen, 2004; Li, Chen, Love & Irani, 2001; Munns, 1995; Smith & Offodile, 2008; Tarricone & Lucca, 2002; Vaaland, 2004). En ce qui concerne le secteur de la santé en particulier, ce sont les facteurs de succès ou d'échecs des affiliations voulues (Fleury, 2002; Forgues & Koskela, 2008; Friedman & Goes, 2001; Pitagorsky, 1998; Shortell, Gillies & Anderson, 1994; Walston, Kimberly & Burns, 1996), les déterminants et les contingences aptes à relever les leviers fonctionnels et structurels des liens effectués (Axelsson & Axelsson, 2006; Boddy & Macbeth, 2000; Gillies, Shortell, Anderson, Mitchell & Morgan, 1993; Young, Parker & Charns, 2001), ou encore, les aspects relationnels qui ont été documentés (D'Amour & Oandasan, 2005; D'Amour, Tremblay & Bernier, 2007; Kadefors, 2004; Lamothe, 2002, 2007; Smulders, Lousberg & Dorst, 2008).

Si peu d'études ont porté sur les conditions capables de soutenir à la fois l'ensemble des aspects fonctionnels, structurels et relationnels de l'intégration des équipes de projet, certains auteurs insistent tout de même sur les défis que pose la prise en compte de toutes ces facettes (Baiden & Price, 2011; Fong, 2003; Li, Chen, Love & Irani, 2001). Ainsi, si l'accent a été mis sur le structurel et le fonctionnel qui sont aptes à supporter l'obtention de résultats probants pour les patients (Clancy, Bilheimer & Gagnon, 2006), les mesures de performance (François & Pomey, 2005) et les impératifs de réduction des erreurs cliniques (McDonald, Waring & Harrison, 2006), il reste que parallèlement, la création d'une ambiance propice à la communication, à la coordination, au sens au travail et à la motivation font de plus en plus l'objet des préoccupations dans le secteur de la santé (Embertson, 2006; Valentino, 2004). La notion d'intégration des équipes de projet clinique, ainsi mise en perspective, peut alors de moins en moins faire l'économie de la considération des divisions intra et interdisciplinaires, de même qu'intra et interorganisationnelles qui marquent en particulier le système de santé, du fait de la relative autonomie dont disposent les groupes d'acteurs dans la dispensation des soins et des services (Commissaire à la santé et au bien-être, 2010; Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2004b). La notion d'intégration ne peut donc être dissociée de la différenciation, reconnue dans les travaux fondateurs de Lawrence et Lorsch (Axelsson & Axelsson, 2006). Si l'intégration oriente vers les regroupements, les affiliations, elle doit aussi considérer la différenciation qui situe les inévitables spécialisations et les divisions fonctionnelles qui permettent de reconnaître les diverses capacités d'action dans un contexte donné.

Parce que l'intégration et la différenciation sont deux notions indissociables, il devient nécessaire de tenir compte du mouvement qui s'instaure entre les coordinations et les systèmes communs de référence et les divisions, les séparations organisationnelles. Ainsi l'accent qui est porté sur l'ensemble des aspects structurels, fonctionnels et relationnels lors de la gestion des projets cliniques doit s'effectuer par une prise en compte de la double dynamique de rapprochement et d'éloignement des groupes d'acteurs constituant les équipes de projet. C'est de cette façon que les réalités vécues peuvent s'allier aux services à mettre en place dans un souci de cohérence d'ensemble.

### **3. PROJET CLINIQUE “SERVICES GÉNÉRAUX” EN OUTAOUAIS QUÉBÉCOIS**

Afin d’illustrer les conditions d’intégration des équipes de projet clinique, nous traiterons d’un cas concret, celui du projet clinique « services généraux » mis de l’avant par le CSSS de Gatineau (CSSSG). Ce projet a pour finalité la délocalisation des services d’urgence de première ligne au sein des communautés locales pour en accroître l’accessibilité.

Avec ses 5 000 employés et ses services destinés à une population estimée à plus de 250 000 personnes, le CSSSG est l’un des plus importants CSSS au Québec. Il est formé de deux centres hospitaliers (Hull et Gatineau), d’un hôpital psychiatrique (Centre Hospitalier Pierre-Janet), de quatre centres d’hébergement, de huit sites de centres locaux de services communautaires (CLSC), d’une maison des naissances et d’une unité de médecine familiale. En raison de la pénurie de professionnels de la santé dans l’Outaouais québécois, il est fréquent que les urgences des centres hospitaliers du CSSSG débordent et que le temps d’attente y soit supérieur à la moyenne québécoise. À cet égard, l’établissement d’un projet clinique, visant la délocalisation des services d’urgence de première ligne au sein des communautés locales, est vu comme une solution à l’amélioration de l’accessibilité des services d’urgence de première ligne et à la réduction de la pression sur les urgences des centres hospitaliers (celui du secteur Hull, en particulier).

Ce projet doit se réaliser en partenariat avec la Coopérative Santé Aylmer (CSA) qui pour sa part dessert un secteur couvert par le CSSSG. Cette coopérative de santé, la première dans l’Outaouais québécois, est formée par des médecins, des professionnels de la santé et des citoyens afin de pallier la détérioration de l’offre de services de santé dans le secteur Grande-Rivière (Aylmer) de la ville de Gatineau. Ses locaux hébergent des médecins spécialistes itinérants, une pharmacie, un centre dentaire, un centre de ressources en psychologie familiale, un laboratoire de prélèvement sanguin et d’électrocardiogramme, ainsi qu’un groupe de médecine familiale (GMF) formé de neuf médecins. En plus de garantir un service avec rendez-vous à leurs patients, les médecins du GMF participent à une clinique d’urgence qui reçoit en consultation autant les personnes inscrites au GMF, que les membres de la CSA. De l’ensemble des visites, il appert que neuf visites sur dix ont pour objet une urgence mineure et que lorsque la CSA n’offre pas de services d’urgence, les personnes du secteur Grande-Rivière doivent se rendre au centre hospitalier le plus proche faisant partie du CSSSG. Si la CSA a avantage à développer une clinique d’urgence pour le traitement des urgences mineures pouvant fonctionner 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (Benoit, 2007), il reste qu’elle ne dispose ni des équipements techniques, ni des ressources humaines et financières pour ce faire. Le partenariat avec le CSSSG dans son projet clinique « services généraux » devient, sous cette perspective, fort intéressant pour la CSA.

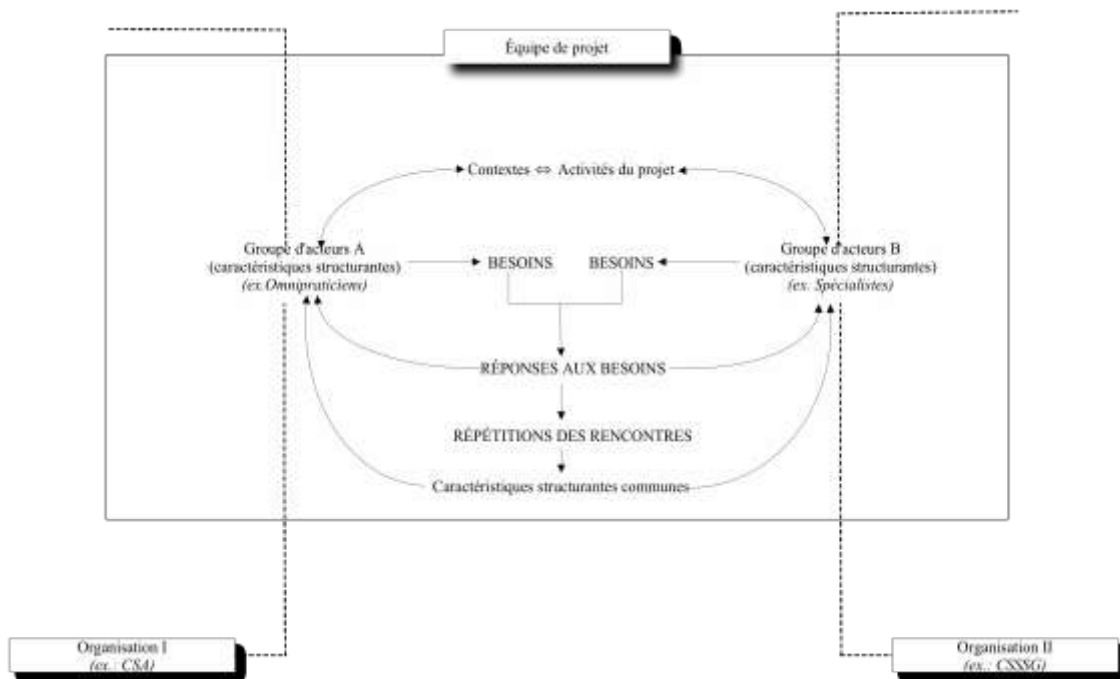
### **4. CONDITIONS À L’INTÉGRATION DES ÉQUIPES DE PROJET**

Vouloir mener chacune des phases du projet clinique « services généraux », le démarrage (conception/faisabilité), la planification, l’implantation et la clôture (Project Management Institute, 2004), en tenant compte des dynamiques de rapprochement/éloignement suscitées par l’intégration, est un défi majeur. Ce défi ne peut être relevé qu’en misant à la fois sur la capacité d’agir des acteurs en regard des contextes structurels, relationnels et fonctionnels des projets. Afin de tenir compte de ces contextes et des dynamiques sous-jacentes nous nous sommes fondés sur la théorie de la structuration d’Anthony Giddens (1984), laquelle a permis de développer un cadre théorique relatif à la constitution des interfaces organisationnelles (Gauthier & St-Pierre 2009/2010; St-Pierre, Rheinharz & Gauthier, 2006; St-Pierre, Gauthier & Rheinharz, 2007). En fait, la théorie de la structuration permet d’appréhender comment les groupes d’acteurs d’une équipe de projet, dans leur quotidien, sont contraints, mais aussi habilités par des éléments variés des structures qu’ils ont ou n’ont pas choisis et comment ils arrivent, en même temps, à

interagir avec d'autres, en faisant valoir leurs capacités d'agir qui sont variables d'un groupe à l'autre (Manning, 2008).

À partir de nos analyses, trois conditions d'intégration des équipes de projet sont apparues essentielles. Ces conditions dynamiques sont : 1) un besoin ressenti par les groupes d'acteurs, 2) une réponse au besoin et 3) la répétition des échanges. À la Figure 1, ces trois conditions dynamiques sont illustrées.

Figure 1. Conditions d'intégration des équipes de projet.



#### 4.1 Conditions à l'intégration des équipes de projet

En accord avec Nocker (2006) et Sydow (2006), le projet apparait comme un construit collectif du fait qu'il est l'objet d'un processus de structuration et de restructuration des actions menées par les groupes d'acteurs concernés. Dans le cas du projet clinique « services généraux », ces groupes composant l'équipe sont formés de professionnels (ex : médecins, infirmières, technologues, gestionnaires) de la CSA et du CSSSG.

Tel que l'exprime Reynaud (1997), les acteurs doivent avoir une bonne raison pour agir, pour s'intégrer. En effet, les différents groupes d'acteurs d'une équipe de projet ne conduisent pas leurs activités de manière improvisée et dénaturée de sens; chacun participe au projet sur la base d'un but précis en fonction des activités qu'il a à conduire, et ce, en lien avec les finalités du projet. Ainsi les groupes d'acteurs d'une équipe de projet doivent ressentir un certain besoin pour échanger certaines ressources ou pour adopter des règles spécifiques.

Au CSSSG, le besoin des gestionnaires est de permettre, par le projet, l'accès aux services d'urgence de première ligne et pour les professionnels de la santé, il s'agit plutôt de pouvoir réduire la pression sur les services médicaux d'urgence. D'autre part, pour les gestionnaires de la CSA, le besoin est lié à l'élargissement 24 heures sur 24 de l'accès sur place aux services d'urgence de première ligne. Quant aux professionnels de la CSA, le besoin ressenti se situe davantage au niveau de l'amélioration des services rendus aux patients qu'ils desservent. C'est à partir de ces besoins, qui semblent converger avec les objectifs du projet clinique « services généraux », que les échanges s'entreprennent. Cependant, au-delà de ces besoins généraux, c'est la manière dont ceux-ci sont susceptibles de se concrétiser dans les activités qui fait foi de la possibilité de succès du projet. Cette concrétisation apparaît dépendre de ce que chaque groupe d'acteurs est capable de réaliser à partir de ce qu'il est et du contexte dans lequel il agit.

En fait, l'analyse du projet clinique « services généraux » a permis de mettre en évidence que chaque groupe d'acteurs d'une équipe de projet ne dispose pas des mêmes règles et des mêmes ressources pour conduire ses activités, c'est ce qui caractérise chacun d'eux et balise les actions à réaliser. Ainsi, chaque groupe d'acteurs d'une équipe de projet possède des capacités différenciées d'agir en fonction de combinaisons particulières des règles et des ressources qui fondent ses actions, ce que nous avons appelé *les caractéristiques structurantes* des groupes d'acteurs d'une équipe de projet (notion inspirée de Cohen, 1986 ; Whittington, 1992; Archer, 1996). Ces combinaisons sont composées des pouvoirs qui sont dévolus à chaque groupe d'acteurs (ex : autorité hiérarchique des médecins sur des infirmières), des rôles ou des tâches qui lui sont attribués (ex : diagnostiquer la maladie des patients pour les médecins), des expertises qui sont acquises (ex : application d'une technique ou d'une intervention spécifique), des éléments matériels qui lui sont affectés (ex : plateau technique disponible pour traiter les malades), ainsi que des communications qui sont privilégiées (ex : types d'informations transmises, canaux de communication). Ces caractéristiques qui structurent les capacités d'action de chaque groupe d'acteurs sont mises à contribution chaque fois qu'une activité est à réaliser et spécifient en même temps le besoin de faire affaires avec l'autre. Ainsi le besoin est à chaque fois circonscrit par l'ensemble des savoirs, des savoir-faire et du contrôle (Bailey, 1998; Dickie-Clark, 1984; Feldman, 2000; King, 2000) que chacun peut mobiliser dans le contexte particulier de l'activité à mener. C'est là le point de départ et la première condition liée à l'intégration des équipes de projet.

## **4.2 Réponse aux besoins**

Avant d'être en mesure de voir si les échanges sont susceptibles de se traduire en activités intégrées, la détection des besoins des uns et des autres ne suffit pas, il faut considérer l'évaluation que font les groupes d'acteurs formant les équipes de projet quant aux possibilités d'obtenir une réponse satisfaisante à leurs besoins et ensuite la réponse effectivement obtenue.

### **4.2.1 Évaluation d'une réponse satisfaisante aux besoins**

Avant même d'entrer en contact avec un autre groupe dans un contexte spécifique, le groupe d'acteurs évalue les possibilités de réponses à ses besoins. Pour ce faire, il se réfère à ce qu'il a retenu de l'historique des relations et des communications qu'il a déjà eu avec l'autre, des ressources qu'il pense devoir ou pouvoir mobiliser avec lui, des façons de faire de l'autre, des règles organisationnelles ou professionnelles qui balisent les activités des uns et des autres. L'interdépendance qui est susceptible de s'établir entre les groupes d'acteurs d'une équipe de projet dépend donc des connaissances générales que

chaque groupe a de l'autre (Fararo & Butts, 1999). Par exemple, dans le cas du projet clinique « services généraux » l'ouverture d'une clinique 24/7 (ou la façon de concevoir le projet) dépend de la manière dont les médecins omnipraticiens de la CSA interagissent déjà avec les médecins spécialistes du CSSSG. Les omnipraticiens accepteront de recevoir à la clinique de la coopérative des cas de colique hépatique aiguë en tout temps, car ils savent qu'ils pourront être référés aux médecins spécialistes du CSSSG qui sont en mesure d'intervenir en moins de 24 heures les week-ends. Les omnipraticiens de la CSA savent que les spécialistes sont en mesure d'agir du fait qu'ils disposent des ressources nécessaires à cet égard, et de plus, ils acceptent de le faire pourvu que leur soit communiqué l'ensemble des examens (de laboratoire et graphiques) et que les autres épreuves diagnostiques sont positives.

Une évaluation favorable de la réponse aux besoins facilite ainsi la mise en place d'actions communes entre les groupes en permettant la tenue des activités reliées au projet. Cependant cette évaluation est pertinente à un moment donné, dans un espace précis; autrement dit, elle est contextuelle et toujours à refaire en fonction des activités à conduire.

#### **4.2.2 Satisfaction ou non des besoins ressentis.**

Au-delà de l'évaluation positive ou négative de la réponse possible aux besoins exprimés, ce sont les échanges qui permettent de véritablement répondre aux besoins ressentis. C'est là que se concrétise l'intégration des équipes de projet et conséquemment l'atteinte de ses finalités.

Dans la poursuite de l'exemple de la colique hépatique aiguë, afin de répondre aux besoins des spécialistes en CSSSG à l'égard des examens diagnostiques à leur transmettre, les omnipraticiens de la CSA demandent une batterie d'examens, dont une échographie abdominale, avant de référer le patient en spécialité. Il se peut que les omnipraticiens ne soient pas en mesure de transmettre aux spécialistes l'ensemble des résultats dans les délais requis. Les cas échéant, les spécialistes peuvent juger que les délais de transmission des résultats des examens satisfaisants à leurs besoins soient trop longs pour qu'ils puissent intervenir dans les 24 heures prévues par le projet. Ainsi, quand les activités d'échange ne répondent pas aux besoins des spécialistes du CSSSG, il arrive que des patients du CSA ne puissent être vus en priorité (dans les 24 heures). La récurrence de telles situations peut même engendrer auprès des groupes d'acteurs de la coopérative ou du CSSSG (ou les deux à la fois) un manque d'intérêt à poursuivre leur engagement au projet clinique « services généraux » en Outaouais québécois.

Il importe donc de saisir ce qui favorise ou ce qui entrave les interfaces possibles entre les groupes d'acteurs d'une équipe de projet à partir de ce qui attendu de l'autre, de ses compétences, de ses pouvoirs et des règles sous-jacentes. Cette mise en perspective est essentielle à l'évaluation des groupes d'acteurs quant aux possibilités de réponse satisfaisante à leurs besoins et ensuite de ce qui se passe réellement dans la conduite des activités à l'égard de la satisfaction ou non de ces besoins. La définition des activités requises des projets cliniques proposés par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec doit donc être modulée par les réponses aux besoins dans les contextes sous-tendus par le projet.

### 4.3 Répétition des échanges

Si les projets cliniques se fondent sur les échanges entre les groupes d'acteurs de l'équipe de projet aptes à répondre à un besoin, cette réponse aussi satisfaisante soit-elle ne suffit pas à la pérennité des finalités du projet. En effet, il faut qu'il y ait satisfaction répétée des besoins de chacun des groupes d'acteurs, laquelle n'est possible qu'à travers une routinisation des activités (Cohen, 1986) pour que s'installent les ponts durables entre des groupes d'acteurs dissemblables. C'est au cours de la répétition des rencontres que de nouvelles caractéristiques structurantes communes s'établissent, lesquelles viennent en retour façonner les caractéristiques de chacun des groupes d'acteurs, participant, du même coup, à la transformation des besoins. C'est alors que de nouvelles règles et ressources peuvent s'établir, fondant par le fait même les pratiques d'interface centrées sur les activités de projet d'action commune.

C'est là l'essence même de l'intégration des équipes de projet nécessaire au succès des projets cliniques, qui, en remplacement de simples rencontres sporadiques, misent sur des échanges continus. La récurrence et la systématisation des activités mutuellement construites doivent nécessairement s'effectuer (Bailey, 1998) pour que les activités intégrées puissent faire partie des interventions quotidiennes des groupes d'acteurs des équipes de projet. La répétition des échanges est la dernière condition à l'intégration des équipes de projet.

## 5. CONCLUSION

La politique québécoise d'organisation des services de première ligne de soins fait des projets cliniques le préalable à une meilleure accessibilité, une plus grande continuité et une qualité accrue des services. Le succès des projets cliniques mise sur l'intégration des équipes de projet intra et interorganisationnelles, intra et interdisciplinaires. Comment réussir à relier les acteurs, les disciplines, les structures d'organisation, les manières de faire et leurs contextualités, en un projet clinique cohérent ? C'est à cette question que nous nous sommes efforcés de répondre en articulant les conditions pouvant faire état de la dynamique que commandent les structures, les fonctionnalités et les relations sous-tendant les projets.

La mise en évidence de ces conditions nécessaires à l'intégration s'est faite en considérant les capacités différenciées d'agir des groupes d'acteurs d'une équipe de projet (Baiden *et al.*, 2006; 2011; Giddens, 1984; Manning, 2008; Sydow, 2006; Sydow & Windeler, 1998). Ainsi la gestion de projet ne peut que s'articuler au niveau local de manière à pouvoir appréhender la complexité des interventions et la dynamique sous-jacente. Ces interventions en tant que conduites répétées, se détectent à partir de combinaisons de règles et de ressources utilisées par les groupes d'acteurs d'une équipe de projet. C'est sur cette base que les projets cliniques s'établissent de façon durable. Sans la connaissance des caractéristiques structurantes des groupes d'acteurs d'une équipe de projet, des besoins qui en ressortent, sans une réponse satisfaisante à ce besoin et sans la répétition des échanges tout au long du cycle de vie du projet afin de maintenir le bénéfice de cette réponse, le projet clinique reste une intention non réalisée et l'intégration des services de première ligne de soins dispensés par diverses organisations et différents professionnels est difficile à atteindre.

Cette lecture des phénomènes ouvre la voie à l'adoption d'une posture stratégique créatrice dans la gestion des projets dans le secteur de la santé. Celle-ci ne se résume plus simplement à trouver les meilleurs incitatifs fonctionnels, structurels ou relationnels à l'intégration des groupes d'acteurs constituant les équipes de projet. En effet, l'étude du projet clinique « services généraux » en Outaouais québécois



permet de mettre en exergue les dynamiques sociales sous-jacentes au processus d'intégration des équipes de projet esquissé par Baiden et Price (2011). Parce que l'intégration des équipes de projet s'établit à partir des caractéristiques qui contraignent et habilitent les capacités d'agir des parties prenantes, la faisabilité des projets en est dépendante.

Conduire un projet de manière à soutenir l'intégration sous-jacente exige donc de s'intéresser autant à la manière d'ordonner ensemble, que d'opérer ensemble avec les ressemblances et les différences. Devant ce constat, il nous faut dorénavant raffiner nos appareils analytiques pour être davantage en mesure d'alimenter la réflexion sur nos façons de gérer. C'est ce à quoi nous avons voulu contribuer.

## REFERENCES

- Al-Rawi, K. (2008). "Cohesiveness within teamwork : the relationship to performance effectiveness – case study". *Education, Business and Society* 1, no. 2: 92-106.
- Archer, M. (1996). "Social Integration and System Integration: Developing the Distinction". *Sociology* 30, no. 4: 679-699.
- Axelsson, R., et Axelsson, S. B. (2006). "Intergration and collaboration in public health - a conceptual framework". *International Journal of Health Planning and Management* 21: 75-88.
- Baiden, B. K., Price, A. D. F. et Dainty, A. R. J. (2006). "The extent of team integration within construction projects". *International Journal of Project Management* 24, no. 1: 13-23.
- Baiden, B. K. et Price, A. D. F. (2011). "The effect of integration on project delivery team effectiveness". *International Journal of Project Management* 29: 129-136.
- Bailey, K. D. (1998). "Structure, Structuration, and Autopoiesis: The Emerging Significance of Recursive Theory". *Current Perspectives in Social Theory* 18: 131-154.
- Benoit, G. (2007). "Coop Santé Aylmer. Du rêve à la réalité". *L'action Nationale* 97, no. 4: 62-72.
- Boddy, D., et Macbeth, D. (2000). "Prescription for managing change: a survey of their effects in projects to implement collaborative working between organisations". *International Journal of Project Management* 18, no. 5: 297-306
- Clancy, C., Bilheimer, L., et Gagnon, D. (2006). "Health policy roundtable: Producing and adapting research syntheses for use by health-system managers and public policymakers". *Health Services Research* 41: 905-917.
- Cohen, I. J. (1986). "The Status of Structuration Theory: A Reply to McLennan". *Theory, Culture & Society* 3, no. 1: 123-134.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2010). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010. État de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et services sociaux*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Crowley, L. G., et Karim, A. (1995). "Conceptual Model of Partnering". *Journal of management in engineering* 11, no. 5: 33-39.
- D'Amour, D., et Oandasan, I. (2005). "Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept". *Journal of Interprofessional Care* 19, no. 1: 8-20.
- D'Amour, D., Tremblay, D., et Bernier, L. (2007). "Les pratiques professionnels de réseaux: l'intégration au delà des structures". Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen et L. Bordeleau (Eds.), *Le système sociosanitaire au Québec: Gouvernance, régulation et participation* (pp. 273-287). Montréal: Gaëtan Morin éditeur.
- Demers, L., Dupuis, A., et Poirier, M. (2002). "L'intégration des services passe-t-elle par des fusions d'établissements?" *Santé mentale au Québec* XXVII, no. 2, 74-92.
- Dickie-Clark, H. F. (1984). "Anthony Giddens's Theory of Structuration". *Canadian Journal of Political and Social Theory/Revue canadienne de théorie politique et sociale* 8, no. 1/2: 92-110.

- Embertson, M. K. (2006). "The importance of middle managers in healthcare organizations". *Journal of Healthcare Management* 51, no. 4: 223-232.
- Emmitt, S. (2010). *Managing Interdisciplinary Projects*. Milton Park: Spon Press.
- Fararo, T. J., et Butts, C. T. (1999). "Advances in Generative Structuralism: Structured Agency and Multilevel Dynamics". *The Journal of Mathematical Sociology* 24, no. 1: 1-65.
- Feldman, M. S. (2000). "Organizational routines as a source of continuous change". *Organization Science* 11, no. 6: 611-629.
- Fleury, M.-J. (2002). "Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire". *Santé mentale au Québec* XXVII, no. 2: 7-15.
- Fong, P. S. W. (2003). "Knowledge creation in multidisciplinary project teams: an empirical study of the processes and their dynamic interrelationships". *International Journal of Project Management* 21, no. 7: 479-486.
- Forgues, D., et Koskela, L. (2008). "The influence of a collaborative procurement approach using integrated design in construction on project team performance". *International Journal of Managing Projects in Business* 2, no. 3, 370-385.
- François, P., et Pomey, M.-P. (2005). "Implementation of quality management in French hospitals: staff interplay and induced changes". *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 53, no. 1: 4-11.
- Friedman, L., et Goes, J. (2001). "Why Integrated Health Networks Have Failed". *Frontiers of Health Services Management* 17, no. 4: 3-28.
- Gauthier, J. B. et St-Pierre, M. (2009/2010). "La faisabilité de l'intégration organisationnelle des projets entre coopératives de santé et système public". *Économie et Solidarités* 40, no. 1/2: 84-98.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society : outline of the theory of structuration*. Berkeley: University of California Press.
- Gillies, R. R., Shortell, S. M., Anderson, D. A., Mitchell, J. B., et Morgan, K. L. (1993). "Conceptualizing and Measuring Integration: Findings from the Health Systems Integration Study". *Hospital & Health Services Administration* 38, no. 4: 467-489.
- Glouberman, S., et Mintzberg, H. (2001a). "Managing the Care of Health and the Cure of Disease - Part I: Differentiation". *Health Care Management Review* 26, no. 1: 56-69.
- Glouberman, S., et Mintzberg, H. (2001b). "Managing the Care of Health and the Cure of Disease - Part II: Integration". *Health Care Management Review* 26, no. 1: 70-84.
- Herzog, V. L. (2001). "Trust Building on Corporate Collaborative Project Teams". *Project Management Journal* 32, no. 1: 28-37.
- Hoegl, M. et Gemuenden, H. G. (2001). "Teamwork quality and the success of innovative projects : A theoretical concepts and empirical evidence". *Organization Science* 2, no. 4: 435-449.
- Kadefors, A. (2004). "Trust in project relationships - inside the black box". *International Journal of Project Management* 22, no. 3: 175-182.
- King, A. (2000). "The Accidental Derogation of the Lay Actor: A Critique of Giddens's Concept of Structure". *Philosophy of the Social Sciences* 30, no. 3: 362-383.
- Kloppenborg, T. J., et Opfer, W. A. (2002). "The current state of project management research: trends, interpretations, and predictions". *Project Management Journal* 33, no. 2: 5-18.
- Koutsikouri, D., Austin, S. et Dainty, A. (2008). "Critical success factors in collaborative multi-disciplinary design projects". *Journal of Engineering, Design and Technology* 6, no. 3: 198-226.
- Kratzer, J., Leenders, R. et Van Engelen, J. (2004). "A delicate managerial challenge : how cooperation and integration affect performance of NDP teams". *Team Performance Management* 10, no. ½: 20-25.
- Kwak, Y. H., et Anbari, F. T. (2009). "Analyzing project management research: Perspectives from top management journals". *International Journal of Project Management* 27, no. 5: 435-446.
- Lamothe, L. (2002). "La recherche de réseaux de services intégrés: un appel à un renouveau de la gouverne". *Gestion* 27, no. 3: 23-30.
- Lamothe, L. (2007). "Le rôle des professionnels dans la structuration des réseaux: une source d'innovation". In M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen et L. Bordeleau (Dir.), *Le système*

- sociosanitaire au Québec: Gouvernance, régulation et participation* (pp. 289-297). Montréal: Gaëtan Morin éditeur.
- Li, H., Chen, E. W. L., Love, P. E. D., et Irani, Z. (2001). "Co-operative benchmarking: a tool for partnering excellence in construction". *International Journal of Project Management* 19, no. 3: 171-179.
- Lin, E. H., Simon, G. E., Katzelnick, D. J., et Pearson, J. (2001). "Does Physician education on depression management improve treatment in primary care ?" *Journal of General Internal Medicine* 16, no. 9: 614-619.
- Manning, S. (2008). "Embedding projects in multiple contexts - a structuration perspective". *International Journal of Project Management* 26, no. 1: 30-37.
- McDonald, R., Waring, J., & Harrison, S. (2006). "Rules, safety and the narrativisation of identity: a hospital operating theatre case study". *Sociology of Health and Illness* 28, no. 2: 178-202.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec: Gouvernement du Québec.
- 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.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2004b). *Projet clinique - Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux –Résumé*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Munns, A. K. (1995). "Potential influence of trust on the successful completion of a project". *International Journal of Project Management* 13, no. 1: 19-24.
- Nocker, M. (2006). "The contested object: on projects as emergent space". In D. Hodgson et S. Cicmil (Eds.), *Making Projects Critical* (pp. 132-154). New York: Palgrave.
- Organisation Mondiale de la Santé (1996). *Intégration de la prestation des soins de santé. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS*. Genève: OMS.
- Pawlson, L. G., et O'Kane, M. E. (2002). "Professionalism, regulation and the market: Impact on accountability for quality of care". *Health Affairs* 21, no. 3: 200-2007.
- Pellegrinelli, S. (2011). "What's in a name: Project or programme?" *International Journal of Project Management* 29, no. 2: 232-240.
- Pitagorsky, G. (1998). « The Project Manager/Functional Manager Partnership ». *Project Management Journal*, 29(4), 7-16.
- Project Management Institute (2004). *Guide du Corpus des connaissances en management de projet*. Newtown Square: Project Management Institute.
- Reynaud, J.-D. (1997). *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale..* Paris: Armand Colin.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., et Anderson, D. A. (1994). "The New World of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems ". *Health Affairs* Winter: 46-64.
- Smith, A. D. et Offodile, O. F. (2008). "Strategic importance of team integration issues in production developpement processes to improve manufacturability". *Team Performance management : An International Journal* 14, no. 5/6: 269-292.
- Smulders, F., Lousberg, L., et Dorst, K. (2008). "Towards different communication in collaborative design". *International Journal of Managing Projects in Business* 1, no. 3: 352-367.
- St-Pierre, M., Gauthier, J.-B. et Rheinharz D. (2007). "L'intégration organisationnelle et sa dynamique de production d'actualisation et de reproduction", *Acte de la journée de recherche sur la "socialisation organisationnelle" du CREPA*. Paris: France, pp. 16-30.
- St-Pierre, M., Rheinharz, D. et Gauthier, J.-B. (2006). "Organizing the public health-clinical health interface: Theoretical bases", *Medicine, Health Care and Philosophy* 9, no. 1: 97-106.
- Sydow, J. (2006). "Managing projects in network contexts: a structuration perspective". In D. Hodgson et S. Cicmil (Eds.), *Making Project Critical* (pp. 252-264). New York: Palgrave.
- Sydow, J., et Windeler, A. (1998). "Organizing and Evaluating Interfirm Networks: A Structurationist

- Perspective on Network Processes and Effectiveness”. *Organization Science* 9, no. 3: 265-284.
- Tarricone, P. et Luca, J. (2002). “Employees, teamwork and social interdependence- a formula for successful business ?” *Team Performance management : An International Journal* 8, no. 3/4: 54-59.
- Vaaland, T. I. (2004). “Improving project collaboration: start with the conflicts”. *International Journal of Project Management* 22, no. 6 : 447-454.
- Valentino, C. L. (2004). “The role of middle managers in the transmission and integration of organizational culture”. *Journal of Healthcare Management* 49, no. 6: 393-404.
- Walston, S. L., Kimberly, J. R., et Burns, L. R. (1996). “Owned vertical integration and health care: Promise and performance”. *Health Care Management Review* 21, no. 1: 83-92.
- Whittington, R. (1992). “Putting Giddens into Action: Social Systems and Managerial Agency”. *Journal of Management Studies* 29, no. 6: 693-712.
- Young, G. J., Parker, V. A., et Charns, M. P. (2001). “Provider Integration and Local Market Conditions: A Contingency Theory Perspective”. *Health Care Management Review* 26, no. 2: 73-79.

## NOTES

1. Les CSSS sont des établissements dispensant des services de première ligne de soins issus de la fusion des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres d’hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et des centres hospitaliers (CH) d’un territoire.