

Les bureaux de projet dans le secteur de la santé et des services sociaux: quelques caractéristiques

Louis Babineau, DBA, ASC

Professeur

23 novembre 2016

LASER UQAR

A decorative graphic at the bottom of the slide features a blue background with a fine, diagonal grid pattern. A vertical red bar is positioned on the left side of this graphic.

Présentation

- Objectifs
- Contexte
- Méthodologie
- Fonctions
- Motivations institutionnelles
- Stratégies d'implantation
- Facteurs de succès/insuccès et de développement
- Constats et recommandations du milieu

Objectifs

Phase 1:

Identifier les principaux déterminants du succès ou de l'échec de l'implantation d'un BP dans le secteur de la santé et des services sociaux;

Phase 2:

Élaborer et tester un cadre conceptuel;

Phase 3:

Dégager des pratiques dans une perspective normative

Objectifs

Phase 1:

Identifier les principaux déterminants du succès ou de l'insuccès de l'implantation d'un BP dans le secteur de la santé et des services sociaux:

1. Effectuer une revue systématique de la documentation
2. Identifier les caractéristiques propres à la mise en place et à l'évolution des bureaux de projet dans le milieu de la santé et des services sociaux
3. De dégager, les leviers (meilleures pratiques) et les contraintes de nature à supporter ou à bloquer l'implantation et le développement des bureaux projet

Contexte

- ▶ Forte croissance du développement des BdP en général
- ▶ Multiplication dans le réseau de la santé et des services sociaux
- ▶ Nécessité de faire mieux avec moins
- ▶ Multiplication sans précédent des projets de toute nature, clinique, technologique, immobilier, etc
- ▶ Nécessité d'une gestion du changement assez reconnue
- ▶ En dépit d'une certaine littérature peu de données probantes généralisables (Études de cas)

DEPUIS

- ▶ *Turbulences majeures dans le cadre de l'exercice de fusion des ressources*

Méthodologie

- ▶ La collecte des données
 - Cinq (5) organisations participantes
 - Toutes ont des bureaux de projets corporatifs
 - Dix-sept (17) entrevues (durée moyenne de 90 m.)
 - Gestionnaires
(5; 29 %; durée moyenne de 113 m.)
 - Responsables bureau de projet
(5; 29 %; durée moyenne de 83 m.)
 - Utilisateurs
(7; 41 %; durée moyenne de 76 m.)

Fonctions

Fonction	A	B	C	D	E
Développement des compétences	1			1	1
Coaching de projet	1	1	1	1	1
Gestion de portefeuille	à venir		1	1	1
Sélection de projet				1	1
Apporte une méthodologie	1		1	1	1
Coordination avant projet				1	
Suivi / tableau de bord	1			1	1
Gestion du changement	à venir				

Caractérisation

- ▶ Un cas particulier Bureau de projets en soutien aux changements organisationnels

Motivations institutionnelles

- ▶ Variables incontrôlées et mauvaises évaluations: délais, coûts, portée (4); (*consommation excessive de ressources*)
- ▶ Manque de collaboration intersectorielle, travail en silo (2)
- ▶ Projets sous le radar de la direction (1)
- ▶ Meilleur contrôle dans la sélection/priorisation (2)
- ▶ Pas ou peu de reddition compte (3)

- ▶ Volonté DG (4)
- ▶ Éviter dédoublement de projets (1)
- ▶ Pour que les projets génèrent des bénéfices (1)
- ▶ Manque de performance des projets (2)
- ▶ Pas de vue d'ensemble des projets (2)

Motivations institutionnelles

- ▶ Aligner le projet et les portefeuilles de projet sur les orientations stratégiques
- ▶ Avoir un pilote entre le technique et le clinique
- ▶ Obliger la reddition de compte
- ▶ Pas d'apprentissage post projet (IE Leçons apprises)

- ▶ Pour structurer la transformation du réseau
- ▶ Besoin de gestion des projets importants

- ▶ Stratégie ministérielle (2)

Stratégies d'implantation présentes

- ▶ Stratégie (1 / 5: 20%)
 - Rarement une stratégie formelle
- ▶ Mode projet (1 / 5: 20%)
 - Peu fréquent (MOP)
- ▶ Changement organisationnel (2 / 5: 40%)
 - Préoccupations exprimées dans 2 cas mais aucune approche formelle;
- ▶ Ressources en appui (5 / 5: 100%)
 - Généralement le chargé de projet à qui ont confié le dossier et un peu d'appui externe; très variable comme approche; *(IE Présence de cumul des fonction comme dans VSI par exemple)*
- ▶ Maturité du BdeP (2 / 5: 40%)
 - Mesure formelle pour deux cas seulement
- ▶ Niveau hiérarchique de rattachement
 - Haute Direction (4); Dir. des ress. Fin. (1)

Facteurs clés de succès/insuccès

- ▶ Adhésion des personnes clés et maintien de l'orientation (5)
- ▶ Habiletés relationnelles et politiques avant les outils (6)
- ▶ Rattachement aussi élevé que possible à la Structure hiérarchique (4)
- ▶ Une ressource dédiée à temps plein à l'implantation (7)
- ▶ Formation en GdP aux destinataires (6)
- ▶ Ressources financières en soutien à l'approche (4)
- ▶ Gouvernance de projet indépendante, agile et rapide (1)
- ▶ Collaboration des directions techniques, cliniques et de la qualité (collaboration intersectorielles) (3)

Facteurs clés de succès/insuccès

- ▶ Ressources responsables crédibles et connaissant le système de santé (4)
- ▶ Montrer des résultats peu à peu (3):
 - Ne pas avoir uniquement des projets en redressement, aussi des projets à succès
- ▶ Appareillage (7): méthodologie et outils simples, utilisation flexible, suivi/coaching régulier et disponible
- ▶ Plan de communication

Facteurs clés de succès / insuccès

- ▶ Jeux de pouvoir, intérêts individuels, parties prenantes non gérées (2)
- ▶ Culture du oui, pas de capacité à dire non, pas de capacité de priorisation (2)
- ▶ **Gestion du changement difficile (en réalité absente) (3)**
- ▶ Dispersion géographique (1)
- ▶ Ambiguïté des rôles (5)
- ▶ Être loin de la direction des finances (1)
- ▶ Confusion gestion de processus Vs gestion de projet (1)
- ▶ Manque de cohérence de la part de la HD (2)
- ▶ Manque d'intégration (5)
- ▶ Conflits d'allocation budgétaire entre responsables fonctionnels et responsables de projet (2)

Facteurs de développement

- ▶ Une certaine souplesse dans l'utilisation de la méthodologie et des outils
- ▶ Développement des compétences des cadres intermédiaires
- ▶ Culture de proximité entre BdP et services dans lesquels sont exécutés les pj; rapidité des rétroactions
- ▶ Formalisation progressive du BdeP
- ▶ Développement des critères de sélection des pj
- ▶ Communication/formation/coaching
- ▶ Une gouvernance claire
- ▶ Montrer des résultats
- ▶ Capacité de prioriser les projets
- ▶ Disponibilité des ressources humaines

Quelques constats

- ▶ Certaines grandes problématiques partagées
- ▶ Stratégie d'implantation plutôt informelle
- ▶ Accompagnement en gestion du changement nécessaire mais généralement absente
- ▶ Difficultés d'intégration dans un environnement complexe inhérent au secteur de la santé
- ▶ Peut-être travaillé autour de systèmes adaptatifs et agiles plutôt que fixent et peu flexibles quant au moyen; mais rester tenace sur l'identification des bénéfiques et leur mesure
- ▶ Semble rarement faire l'unanimité
- ▶ Semble remis en question régulièrement par l'un ou l'autre acteurs résistants des systèmes et au gré des changements de direction (*Donc semble peu institutionnalisée comme pratique D'ailleurs à valider dans prochaine phase...*)

Quelques recommandations du milieu

- ▶ Gouvernance indépendante, claire, cohérente et rapide
- ▶ Communiquer et montrer des résultats régulièrement
- ▶ Montrer des succès, pas uniquement des cas de redressements
- ▶ Intégration progressive
- ▶ Nécessité d'avoir des agents de contamination et de soutien au changement
- ▶ Approche par démonstration semble plus efficace que du mur à mur formel;

Quelques références utiles

- Andersen, B., Henriksen, B. Aarseth, W. (2007). Benchmarking of project management office establishment : extracting best practices. *Journal of management in engineering*, 23(2) : 97-104.
- Aubry, M., Hobbs, B., Thuillier, D. (2008). Organisational project management: An historical approach to the study of PMOs. *International Journal of Project Management*, 26(1) :38-43.
- Aubry, M., Hobbs, B., Thuillier, D. (2007). A new framework for understanding organisational project management through the PMO. *International Journal of Project Management*, 25(4) : 328-36.
- Aubry, M., Müller, R., Hobbs, B., Blomquist, T. (2010). Project management office in transition. *International Journal of Project Management*, 28(8):766-78.
- Babineau, L. et Lessard, L. (2015). Organizational agility, project management and healthcare reorganization : a case study in organizational change. *Journal of Modern Project Management*, 3(1), pp. 89-99.
- Desouza, K.C., Evaristo, J.R. (2006). Project management offices: A case of knowledge-based archetypes. *International Journal of Information Management*, 26(5) :414-23.
- Hobbs, B., Aubry, M., Thuillier, D. (2008). The project management office as an organisational innovation. *International Journal of Project Management*, 26(5):547-55.
- Hobbs B. and Aubry, M. (2007). A multi-phase research program investigating project management offices (PMOs): The Results of Phase 1, *Project Management Journal*, 38(1), 74-86.
- Hobbs, B. (2007). *The multi-project PMO: A global analysis of the current state of practice*, A White paper prepared for Project Management Institute, Project Management Institute, Newtown Square, PA.
- Lavoie-Tremblay, M., Bonneville-Roussy, A., Richer, M.C., Aubry, M., Vézina, 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.
- Lundy, H., Morin, P-P. (2013). Project leadership influences resistance to change: the case of the canadian public service. *Project Management Journal*, 44(4) , 45-64.