De l’expérimentation à l’extension d’un système de détection des chutes en résidence pour personnes âgées : rôle des parties prenantes, gestion du changement et retombées

Mémoire présenté

dans le cadre du programme de maîtrise en gestion de projet (avec mémoire)

en vue de l’obtention du grade de maître ès sciences

PAR

© SONIA-ESTHER TCHOUASSI CHOUALE

Août 2026

Composition du jury :

Tian Zeng, présidente du jury, Université du Québec à Rimouski

Nancy Michaud, directrice de recherche, Université du Québec à Rimouski

Denis Rheault, examinateur externe, Université du Québec à Rimouski – chargé de cours

Dépôt initial le 1er juillet 2026 Dépôt final le 12 août 2026

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche à des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'auteur autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteur conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.

Je dédie ce mémoire à toutes les personnes qui ont cru en moi et m'ont soutenue tout au long de ce parcours. Leur présence, leurs encouragements et leur confiance ont constitué une source constante de motivation. À celles et ceux qui, de près ou de loin, ont contribué par leur soutien ou leur inspiration, j'adresse ma profonde gratitude. Ce travail porte également l'empreinte de leur accompagnement.

REMERCIEMENTS

Je rends grâce à Dieu le Tout-Puissant pour la santé, la force et la persévérance qu'Il m'a accordées tout au long de ce parcours. Dans les moments de doute comme dans les périodes d'effort soutenu, Sa présence a été pour moi une source de réconfort, de courage et d'espérance, me permettant de poursuivre ce travail avec confiance.

Je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance à ma directrice de mémoire, la professeure Nancy Michaud, pour son accompagnement attentif, sa disponibilité et la qualité de ses conseils. Sa rigueur, sa bienveillance et ses encouragements ont été déterminants dans l'évolution de cette recherche. Au-delà de l'encadrement académique, son soutien m'a permis de développer un sens accru de la rigueur, de la responsabilité et du professionnalisme nécessaires à la conduite d'un travail scientifique. Son accompagnement a été une véritable source d'apprentissage et de confiance, me permettant d'avancer avec assurance tout au long de ce parcours.

Je remercie chaleureusement les participants à cette étude pour le temps qu'ils ont généreusement consacré à cette recherche et pour la richesse de leurs partages. Leur confiance et leur ouverture ont contribué de manière essentielle à la compréhension du terrain et à la profondeur de ce travail.

Je remercie également les membres du jury pour le temps consacré à l'évaluation de ce mémoire et pour leurs précieuses contributions à l'amélioration de ce travail.

Mes remerciements s'adressent également au corps professoral et au personnel de l'université pour leur soutien et les ressources mises à disposition tout au long de mon cheminement académique.

Enfin, je souhaite remercier du fond du cœur ma famille et mes proches. Leur présence, leur patience et leurs encouragements constants ont été une véritable source de force. Dans les moments d'incertitude comme dans les réussites, ils ont toujours été là, me rappelant l'importance de persévérer. Ce mémoire porte aussi la trace de leur soutien et de leur confiance.

À toutes celles et ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à cette étape de ma vie par leurs gestes, leurs conseils ou leurs mots d'encouragement, j'adresse ma gratitude la plus sincère.

AVANT-PROPOS

Ce mémoire est né de mon intérêt pour les personnes âgées et de différentes expériences qui m'ont permis d'être en contact avec elles au fil des années. Ces expériences m'ont sensibilisée aux défis liés au vieillissement, notamment en ce qui concerne la sécurité, l'autonomie et la qualité de vie. Elles m'ont également amenée à m'interroger sur le rôle que peuvent jouer les innovations technologiques pour soutenir les résidents, leurs proches et les intervenants qui les accompagnent au quotidien. Lorsque l'opportunité s'est présentée d'étudier l'implantation d'un système de détection des chutes dans une résidence privée pour aînés, j'y ai vu l'occasion d'approfondir une réflexion qui me tenait particulièrement à cœur. Au-delà de la technologie elle-même, je souhaitais mieux comprendre comment un tel projet est accueilli par les différentes parties prenantes et quels facteurs influencent son évolution, de l'expérimentation à son extension. La réalisation de cette recherche m'a permis d'approfondir ma compréhension des enjeux humains et organisationnels qui accompagnent l'introduction d'une innovation dans un milieu de vie. Elle a également renforcé mon intérêt pour les projets qui placent les besoins des personnes au cœur du changement.

RÉSUMÉ

Cette étude porte sur l'implantation d'un système de détection des chutes dans une résidence privée pour aînés et s'intéresse plus particulièrement au passage de son expérimentation à son extension. Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et la recherche de solutions favorisant la sécurité des personnes âgées, les technologies de détection des chutes suscitent un intérêt croissant. Toutefois, leur succès ne repose pas uniquement sur leurs caractéristiques techniques, mais également sur la manière dont elles sont introduites, comprises et intégrées dans leur milieu d'accueil. L'objectif de cette étude est de comprendre le rôle des parties prenantes dans cette transition, la façon dont le changement est vécu et accompagné ainsi que les retombées associées à cette démarche. La revue de littérature a permis d'explorer les concepts liés à la gestion des parties prenantes, à la gestion du changement, à l'acceptabilité des technologies et aux particularités des projets de transformation numérique en santé. Une méthodologie qualitative a été privilégiée, reposant sur une étude de cas réalisée dans une résidence privée pour aînés du Québec. Des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de résidents, de proches aidants, de préposés aux bénéficiaires et de gestionnaires impliqués dans le projet. Les données recueillies ont été analysées selon une approche thématique de contenu soutenue par le logiciel NVivo. Les résultats mettent en évidence l'importance de la communication, de l'accompagnement des acteurs et de l'adaptation aux réalités du terrain dans l'acceptabilité et l'appropriation du système. Ils montrent également que le passage du projet pilote à son extension s'est accompagné d'ajustements organisationnels et relationnels ayant contribué à son déploiement. L'étude fait ressortir plusieurs retombées perçues, notamment en matière de sécurité, de soutien aux pratiques de travail et de capacité d'intervention lors de situations critiques, tout en soulignant certains défis liés aux ressources disponibles et à l'organisation du travail. Cette recherche contribue à une meilleure compréhension des conditions favorisant l'implantation et l'extension d'innovations technologiques en résidence pour personnes âgées. En mettant en lumière le rôle central des parties prenantes et de la gestion du changement, elle enrichit les connaissances en gestion de projet et ouvre la voie à de futures réflexions sur le déploiement de telles technologies dans d'autres contextes de soins et d'hébergement.

Mots-clés : Détection des chutes, Résidence privée pour aînés, Parties prenantes, Gestion du changement, Gestion de projet, Transformation numérique en santé, Acceptabilité, Innovation technologique.

ABSTRACT

This study examines the implementation of a fall detection system in a private seniors' residence, with particular attention to the transition from its experimental phase to its expansion. In a context marked by population aging and the search for solutions that enhance the safety of older adults, fall detection technologies are attracting increasing interest. However, their success depends not only on their technical characteristics, but also on how they are introduced, understood, and integrated within their environment. The objective of this research is to understand the role of stakeholders in this transition, how change is experienced and supported throughout the project, and the outcomes associated with this process. The literature review explored concepts related to stakeholder management, change management, technology acceptability, and the specific characteristics of digital transformation projects in healthcare. A qualitative methodology was adopted, based on a case study conducted in a private seniors' residence in Quebec. Semi-structured interviews were carried out with residents, family caregivers, beneficiary attendants, and managers involved in the project. The data collected were analyzed using a thematic content analysis approach supported by NVivo software. The findings highlight the importance of communication, stakeholder support, and adaptation to local realities in fostering the acceptability and appropriation of the system. They also show that the transition from the pilot project to its expansion involved organizational and relational adjustments that contributed to its deployment. The study identifies several perceived benefits, including enhanced feelings of safety among residents, support for work practices, and improved responsiveness during critical situations, while also pointing to challenges related to available resources and work organization. This research contributes to a better understanding of the conditions that support the implementation and expansion of technological innovations in residential care settings for older adults. By highlighting the central role of stakeholders and change management, it enriches knowledge in the field of project management and opens avenues for future reflection on the deployment of such technologies in other care and residential settings.

Keywords: Fall detection, Private seniors' residence, Stakeholders, Change management, Project management, Digital transformation in healthcare, Acceptability, Technological innovation.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS ix

AVANT-PROPOS xi

RÉSUMÉ xiii

ABSTRACT xv

TABLE DES MATIÈRES xvii

LISTE DES TABLEAUX xxi

LISTE DES FIGURES xxiii

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES xxv

INTRODUCTION GÉNÉRALE 1

CHAPITRE 1 REVUE DE LITTÉRATURE 5

1.1 LA GESTION DE PROJET COMME CADRE DE REFERENCE CONCEPTUEL 6

1.1.1 Un projet 7
1.1.2 Fondements contemporains de la gestion de projet 14
1.1.3 De l'approche méthodologique à la réussite des projets : une question d'adéquation contextuelle 24

1.2 LES PROJETS DE TRANSFORMATION NUMERIQUE DANS LE SECTEUR DE LA SANTE 30

1.2.1 Le domaine de la santé 31
1.2.2 Les projets en santé 35
1.2.3 Innovation dans les milieux de soins 39
1.2.4 Projets de transformation numérique en santé 41

1.3 GESTION DU CHANGEMENT ORGANISATIONNEL 48

1.3.1 Le changement organisationnel 48
1.3.2 Modèles de gestion du changement 52
1.3.3 Anticipation et gestion organisationnelle des résistances au changement 61

1.3.4 Culture et organisationnelle et leadership numérique 69

1.4 PERCEPTION ET IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES 77

1.4.1 Définition et typologie des parties prenantes 78
1.4.2 Perceptions et logiques d'acceptation des technologies par les parties prenantes 81
1.4.3 Communication du changement, implication et réactions des parties prenantes 85

CHAPITRE 2 CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE 89

2.1 AMPLEUR DU PROBLEME 89

2.2 DE LA PRÉVENTION À LA DÉTECTION 91

2.3 CONTEXTE LOCAL DE LA DETECTION DES CHUTES 93

2.4 PROBLEMATIQUE IDENTIFIEE 95

2.5 FORMULATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE 96

2.5.1 Question principale 97
2.5.2 Questions spécifiques de recherche 97

CHAPITRE 3 FONDEMENTS CONCEPTUELS ET TERRAIN D'ÉTUDE 99

3.1 PERTINENCE DE L'ETUDE DE CAS 99

3.2 SCHEMA ANALYTIQUE DE LA RECHERCHE 102

3.2.1 Orientation générale de l'étude 103
3.2.2 Sous-objectifs opérationnels 104

3.3 GRILLES D'INTERPRETATION 105

3.3.1 La théorie de la contingence 106
3.3.2 La dynamique du changement 108
3.3.3 Synthèse intégrative de la grille d'analyse 111

3.4 LE MILIEU D'IMPLANTATION DU SYSTEME 113

3.4.1 Contexte et caractéristiques de la résidence 113
3.4.2 Le projet pilote de détection des chutes 116
3.4.3 Extension du système 118

CHAPITRE 4 DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE 121

4.1 CONCEPTION DE LA RECHERCHE 122

4.2 LES APPROCHES DE COLLECTE DES DONNEES 124

4.2.1 Population à l'étude et échantillonnage 124
4.2.2 Outil de collecte des données 126
4.2.3 Stratégie de recrutement planifiée 128

4.3 DU PROTOCOLE PREVU A LA REALITE DU TERRAIN : ACCES ET RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS 131

4.4 DEROULEMENT DE LA COLLECTE 137

4.5 LES APPROCHES D'ANALYSE DES DONNEES 141

4.6 PARTICIPANTS ET SYSTEME D'ANONYMISATION 143

4.7 CADRE ETHIQUE DE LA RECHERCHE 145

CHAPITRE 5 LES RÉSULTATS 149

5.1 PHASE PILOTE 150

5.1.1 Facteurs contextuels du projet pilote 151
5.1.2 Conduite initiale du changement et mise en œuvre du pilote 155
5.1.3 Perception des parties prenantes à l'égard du dispositif 159
5.1.4 Expérience vécue du changement 160
5.1.5 Retombées associées au projet pilote 167
5.1.6 Acceptabilité du projet pilote 170

5.2 PHASE D'EXTENSION 173

5.2.1 Nouveaux paramètres contextuels 173
5.2.2 Déploiement de l'extension : mise en place et organisation du changement 177
5.2.3 Perceptions 184
5.2.4 Expérience vécue 186
5.2.5 Premières retombées observées 193
5.2.6 Bilan provisoire de l'acceptabilité 196

5.3 SYNTHESE DES RESULTATS 198

CHAPITRE 6 DISCUSSION 201

6.1 REPONSE A LA QUESTION PRINCIPALE DE RECHERCHE 202

6.2 REPONSES AUX SOUS-QUESTIONS DE RECHERCHE 203

6.3 MISE EN DIALOGUE DES RESULTATS AVEC LA RECENSION DES ECRITS ET LA GRILLE D'INTERPRETATION 213

CONCLUSION GÉNÉRALE 217
ANNEXES 223
ANNEXE I GUIDES D'ENTRETIEN 224
ANNEXE II APPROBATION CERTIFICAT ÉTHIQUE 232
ANNEXE III RENOUVELLEMENT APPROBATION ÉTHIQUE 235
ANNEXE IV LETTRE DE RECRUTEMENT 237
ANNEXE V FORMULAIRE DE CONSENTEMENT 239
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 247

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Correspondance entre les groupes de processus et les domaines de connaissance 13

Tableau 2 Les sept phases de préoccupations en contexte de changement. 67

Tableau 3 Catégories et sous-catégories de parties prenantes. 79

Tableau 4 Répartition des préposés aux bénéficiaires par secteur et par quart de travail. 114

Tableau 5 139

Tableau 6 Système d'anonymisation des participants. 144

Tableau 7 Synthèse des résultats 199

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Le cycle de vie d'un projet © Larson et al., 2019. 10

Figure 2. Interrelation des principaux composants du Guide PMBOK dans les projets © Project Management Institute, 2017, 6e éd., p.18. 12

Figure 3. La démarche Lewinienne © Autissier et al., 2018. 54

Figure 4. Variables de performance organisationnelle © Chmielewska et al., 2022. 56

Figure 5. Les 8 étapes de Kotter © Autissier et al., 2018. 57

Figure 6. Concepts clés du modèle ADKAR © Zine et al., 2025. 59

Figure 7. Attributs du leadership dans le contexte des services de santé numériques © Laukka et al., 2022. 75

Figure 8. La théorie unifiée de l'acceptation et de l'utilisation de la technologie (UTAUT) © Venkatesh et al., 2003. 82

Figure 9. Les différents designs de recherche d'étude de cas selon © Yin, 2009. 101

Figure 10. Quatre dimensions possibles du changement organisationnel (adapté de Dickson et al. 2012) © Babineau and Lessard, 2015. 109

Figure 11. Cadre conceptuel de la recherche © Élaboration par l'auteure à partir de la recension des écrits, 2025. 112

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ADKAR	Awareness, Desire, Knowledge, Ability, Reinforcement
AMO	Ability, Motivation, Opportunity
CCTA	Central Computer and Telecommunications Agency
CÉRUQAR	Comité d'Éthique de la Recherche de l'Université du Québec à Rimouski
CHSLD	Centre d'Hébergement de Soins de Longue Durée
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
EPTC2	Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains, 2e édition
FIC	Formulaire d'Information et de Consentement
IA	Intelligence artificielle
IP	Internet Protocol
IPMA	International Project Management Association
ISO	International Organization for Standardization
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAB	Préposé(e) Aux Bénéficiaires
PIED	Programme intégré d'Équilibre dynamique
PMBOK	Project Management Body of Knowledge

PMI	Project Management Institute
PRINCE	Projects IN Controlled Environments
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
RH	Ressources humaines
RPA	Résidence privée pour Aînés
RQRA	Regroupement québécois des résidences pour aînés
TAM	Technology Acceptance Model
TI	Technologies de l'Information
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
UTAUT	Unified Theory of Acceptance and Use of Technology
WBS	Work Breakdown Structure

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La gestion de projet est aujourd'hui mobilisée dans des contextes variés pour planifier, structurer et piloter des initiatives de changement, d'innovation ou de transformation organisationnelle. Selon le Project Management Institute (2017), un projet correspond à une entreprise temporaire entreprise pour créer un produit, un service ou un résultat unique. Dans le même sens, Larson et al. (2019) rappellent qu'un projet se caractérise par sa finalité précise, sa durée limitée et les contraintes qui encadrent sa réalisation. Dans le domaine de la santé, cette réalité prend une dimension particulière, puisque les projets ne concernent pas seulement des aspects techniques ou organisationnels, mais touchent également les pratiques professionnelles, la qualité des soins, l'expérience des usagers et la coordination entre plusieurs acteurs. Les projets de transformation numérique en santé s'inscrivent pleinement dans cette dynamique.

Parmi les enjeux particulièrement sensibles dans les milieux d'hébergement pour personnes âgées, les chutes occupent une place centrale. Elles représentent un problème fréquent et lourd de conséquences, tant pour les résidents que pour les organisations qui les accueillent. Au-delà des blessures, de la perte d'autonomie et des répercussions psychologiques qu'elles peuvent entraîner, elles soulèvent aussi la question du temps passé au sol après une chute, lequel peut aggraver les complications et nuire à la récupération (Johnston et al., 2010; Kubitza et al., 2023). Dans ce contexte, la capacité à détecter rapidement une chute et à intervenir sans délai devient un enjeu important pour les milieux de vie.

Face à cette réalité, les technologies de détection des chutes apparaissent comme une avenue prometteuse. Parmi elles, les systèmes muraux non portables présentent un intérêt particulier, notamment parce qu'ils permettent une surveillance passive et continue sans

dépendre du port volontaire d'un dispositif par la personne âgée. En théorie, ce type de technologie peut contribuer à renforcer la sécurité, à soutenir une intervention plus rapide et à réduire certaines limites associées à la surveillance humaine continue. Toutefois, si plusieurs travaux ont montré le potentiel de ces technologies, leur implantation réelle en résidence demeure peu documentée. La littérature rappelle pourtant qu'une innovation ne réussit pas simplement parce qu'elle est techniquement performante ; sa mise en œuvre dépend aussi de la manière dont elle s'intègre aux pratiques existantes, à l'organisation du travail et aux attentes des acteurs concernés (Greenhalgh et al., 2017; Nilsen et al., 2020).

C'est dans cette perspective que s'inscrit le présent mémoire, intitulé : « ***De l'expérimentation à l'extension d'un système de détection des chutes en résidence pour personnes âgées : rôle des parties prenantes, gestion du changement et retombées*** ». Cette recherche cherche plus précisément à comprendre le rôle des parties prenantes dans la gestion du changement organisationnel associé à l'implantation d'un système mural de détection des chutes en résidence pour personnes âgées. L'intérêt de cette étude est donc de déplacer le regard : il ne s'agit pas seulement d'évaluer une technologie à partir de sa performance technique, mais de comprendre comment elle est introduite, perçue, ajustée, appropriée et éventuellement étendue dans un milieu concret.

Pour atteindre cet objectif, la recherche repose sur une approche qualitative fondée sur une étude de cas unique de type encastré. Ce choix permet d'examiner le déploiement du dispositif dans son contexte réel, en tenant compte à la fois des différentes phases du projet et de la diversité des acteurs concernés. Il s'agit ainsi de mieux comprendre un phénomène complexe à partir d'une recension des écrits et de données de terrain recueillies auprès de plusieurs catégories de participants directement liées au projet.

L'un des apports attendus de ce mémoire réside justement dans cette articulation entre gestion de projet, transformation numérique en santé, gestion du changement et implication des parties prenantes. Alors qu'une partie importante des travaux consacrés à la détection des chutes demeure centrée sur les caractéristiques techniques des dispositifs, cette recherche propose une lecture davantage orientée vers leurs conditions concrètes d'intégration dans un

milieu de vie. Elle vise ainsi à montrer qu'un système mural de détection des chutes ne devient réellement pertinent que lorsqu'il parvient à s'ajuster au contexte dans lequel il est implanté, aux pratiques existantes et aux attentes des acteurs qui en vivent les effets au quotidien.

Ainsi, ce mémoire est structuré en six chapitres. Le premier présente la recension des écrits et les principaux repères théoriques mobilisés dans la recherche. Le deuxième expose le contexte et la problématique de recherche. Le troisième est consacré aux fondements conceptuels et au terrain d'étude. Le quatrième présente la méthodologie retenue. Le cinquième rend compte des résultats, en distinguant la phase pilote et la phase d'extension. Enfin, le sixième chapitre propose une discussion des résultats à la lumière de la recension des écrits, du cadre conceptuel et des questions de recherche, avant qu'une conclusion générale ne revienne sur les principaux apports, les limites et les pistes ouvertes par l'étude.

CHAPITRE 1
REVUE DE LITTÉRATURE

Le vieillissement accéléré de la population et la fréquence des chutes en résidence pour personnes âgées constituent aujourd'hui des défis majeurs pour les systèmes de santé. Au-delà des conséquences humaines considérables, ces événements engendrent des coûts organisationnels et économiques importants. Dans cette perspective, l'intégration de solutions numériques, notamment de dispositifs de détection des chutes, apparaît comme une voie privilégiée pour améliorer la sécurité des usagers, optimiser l'organisation des soins et soutenir les professionnels dans leurs pratiques. Ces initiatives ne relèvent toutefois pas de simples innovations techniques : elles s'inscrivent dans des projets de transformation numérique complexes, mobilisant une diversité d'acteurs et soulevant des enjeux organisationnels, humains et stratégiques.

La revue de littérature constitue une étape essentielle dans l'élaboration d'un mémoire, car elle permet de situer le travail de recherche dans un cadre scientifique plus large, d'identifier les contributions antérieures pertinentes et de démontrer à la fois la pertinence et l'originalité de la démarche. Comme le soulignent Tranfield et al. (2003), elle a pour rôle de fournir une compréhension claire et complète du domaine étudié et de mettre en évidence les lacunes que la recherche peut contribuer à combler. Toutefois, la revue de littérature ne saurait, à elle seule, répondre à l'ensemble des interrogations de cette recherche. C'est pourquoi elle gagne à être articulée à une étude de cas, qui permet d'analyser en profondeur un phénomène dans son contexte réel et d'en explorer la complexité à travers des sources multiples de données (Yin, 2014). L'intégration d'une recension approfondie des écrits et d'une étude de cas méticuleusement construite constitue ainsi une stratégie de recherche

complémentaire, renforçant la validité et la fiabilité des résultats, tout en permettant une compréhension plus fine du phénomène étudié.

La démarche adoptée dans ce mémoire s'appuie sur une étude de portée au sens de Grant and Booth (2009), dans laquelle les écrits sont organisés par grandes thématiques afin de dégager les principaux enjeux conceptuels et empiriques. Elle organise les connaissances autour de plusieurs axes majeurs. Ce type de revue est particulièrement indiqué pour cartographier un champ de recherche et identifier les lacunes, notamment lorsque la littérature est émergente, comme c'est fréquemment le cas en sciences humaines et sociales, particulièrement dans le domaine de la santé(Colquhoun et al., 2014; Khalil & Tricco, 2022). L'organisation retenue suit une logique d'entonnoir : en partant des bases générales de la gestion de projet et des dynamiques de transformation numérique, elle conduit progressivement vers les enjeux spécifiques propres aux milieux de soins. Ce cheminement progressif permet de relier la littérature générale aux enjeux spécifiques de l'implantation d'un système de détection des chutes, garantissant ainsi la pertinence scientifique et pratique de l'étude.

Dans cette perspective, la première section de ce chapitre présente les principaux fondements de la gestion de projet afin de situer le contexte disciplinaire dans lequel s'inscrit cette recherche.

1.1 LA GESTION DE PROJET COMME CONTEXTE DISCIPLINAIRE DE LA RECHERCHE

La gestion de projet constitue un cadre essentiel pour comprendre, planifier et encadrer les initiatives de transformation dans les organisations. Dans le cas du présent mémoire, le système de détection des chutes en résidence pour personnes âgées s'inscrit clairement dans cette dynamique, combinant innovation technologique, changement organisationnel et enjeux humains. Il est donc fondamental de revenir aux fondements conceptuels de la gestion de projet afin de mieux situer l'analyse des phénomènes observés.

1.1.1 Un projet

Le concept de projet est fondamental dans le domaine de la gestion, notamment lorsqu'il s'agit de comprendre et de structurer des initiatives visant le changement, l'innovation ou la transformation organisationnelle. Plusieurs définitions existent dans la littérature, mais elles convergent sur des caractéristiques clés.

Selon le Project Management Institute (2017), un projet est « une entreprise temporaire entreprise pour créer un produit, un service ou un résultat unique ». Cette définition, largement adoptée dans le domaine, met en lumière trois éléments essentiels : le caractère temporaire de l'initiative, son objectif spécifique, et la création de valeur à travers un livrable unique. L'Organisation internationale de normalisation (2012) complète cette définition en précisant qu'un projet « consiste en un ensemble unique de processus comprenant des activités coordonnées et maîtrisées, ayant des dates de début et de fin, réalisées pour atteindre les objectifs du projet ».

Plusieurs auteurs à l'instar de Larson et al. (2019) parlent de la nature non récurrente du projet. Ces derniers insistent sur le fait que le projet est caractérisé par des contraintes de temps, de budget, de qualité et de ressources humaines, nécessitant une gestion structurée. En ce sens, ils le distinguent d'une opération courante, qui, quant à elle, est répétitive et continue, par son unicité, sa durée limitée et sa finalité précise. De plus, un projet induit un certain changement au sein de l'organisation et génère une valeur ajoutée, considérée comme un bénéfice pour l'entreprise, pouvant être tangible ou intangible (Project Management Institute, 2017). En ce sens, le projet constitue un vecteur privilégié de changement, puisqu'il permet de structurer une transition entre une situation existante et une situation visée.

Dans le cadre du présent mémoire, cette distinction est particulièrement importante. L'implantation d'un système de détection des chutes ne peut être réduite à l'introduction d'un simple outil technique. Elle s'inscrit plutôt dans une démarche organisée, mobilisant plusieurs acteurs, exigeant des ajustements organisationnels, et visant à produire des effets

observables. À ce titre, elle peut être appréhendée comme un projet à part entière structuré autour d'un cycle de vie.

1.1.1.1 Le cycle de vie d'un projet

Le cycle de vie d'un projet est une autre manière d'illustrer son caractère unique, et représente pour certains gestionnaires de projet un élément central de leur gestion (Larson et al., 2019). Le cycle de vie correspond à « une période qui s'écoule de la naissance d'une idée jusqu'à sa concrétisation » (Larson et al., 2019). Cette structure est largement utilisée dans les approches traditionnelles de gestion de projet, bien qu'elle puisse légèrement varier selon les méthodologies et les auteurs.

De manière générale, la littérature distingue quatre phases principales : l'initialisation, la planification, l'exécution et la clôture (Larson et al., 2019; O'Shaughnessy, 2006; Project Management Institute, 2017). À ces quatre étapes, le PMI (2017) ajoute parfois une phase préliminaire appelée démarrage ou phase antérieure au projet, durant laquelle les éléments de base du projet sont validés avant de procéder à son lancement officiel. Cette phase permet d'éviter d'investir du temps, de l'énergie et des ressources dans un projet qui ne serait pas viable. Par ailleurs, la documentation relative à la gestion de projet présente différents modèles de cycle de vie et nombre d'entre eux sont spécifiques à un secteur ou à un type particulier de projet (Larson et al., 2019).

La première phase, qui est celle de la définition, consiste à établir les objectifs du projet, à cerner les besoins auxquels il répond et à évaluer sa faisabilité. Il s'agit d'une étape de cadrage stratégique où l'on s'interroge sur la pertinence du projet et les conditions de sa réussite. La formalisation du mandat, l'identification des parties prenantes et l'analyse des risques préliminaires sont des éléments clés à cette étape (Larson et al., 2019; O'Shaughnessy, 2006; Project Management Institute, 2017).

La deuxième phase est celle de la planification, au cours de laquelle le projet se précise. Elle comprend l'élaboration du calendrier, l'estimation des coûts, la répartition des ressources humaines et matérielles, la définition des livrables, ainsi que l'identification des indicateurs de performance. Des outils comme le WBS (Work Breakdown Structure) ou les diagrammes de Gantt sont utilisés pour structurer le travail, ordonnancer les tâches et assurer une vision claire des étapes à venir (Larson et al., 2019; O'Shaughnessy, 2006).

La troisième phase, appelée exécution ou réalisation, correspond à la mise en œuvre concrète des activités planifiées. Elle est généralement la plus intense en termes d'effort et de mobilisation des ressources. Le chef de projet joue ici un rôle central en assurant la coordination des équipes, la communication entre les parties prenantes, la gestion des imprévus et l'adaptation du plan d'action en fonction de l'évolution du contexte. Le suivi des délais, des coûts et de la qualité est également essentiel à cette étape (Larson et al., 2019; Project Management Institute, 2017).

Enfin, la phase de clôture marque la fin formelle du projet. Elle comprend la livraison des livrables, la redistribution des ressources utilisées, et la réalisation d'un post-mortem. Il s'agit d'une évaluation structurée des résultats obtenus, des écarts observés et des leçons apprises. Cette rétroaction est précieuse pour l'amélioration continue des pratiques de gestion de projet (Larson et al., 2019; Project Management Institute, 2017).

Bien que linéaire en apparence, le cycle de vie d'un projet peut s'adapter à la réalité de terrain : certaines phases peuvent se chevaucher ou être revisitées au besoin. L'important demeure de disposer d'un cadre structurant permettant de guider l'action, d'assurer le suivi et de favoriser la réussite du projet dans ses dimensions organisationnelles, humaines et stratégiques.

La figure 1 illustre une séquence de quatre phases typiquement associées au déroulement d'un projet. Elle met en relation l'intensité de l'engagement requis à chaque étape avec sa durée estimée dans le cadre global du projet. Chaque segment comporte des activités ciblées qui facilitent la progression vers la phase suivante. Le visuel suggère également qu'un projet ne peut être véritablement clos sans une réflexion finale permettant d'identifier les apprentissages issus de sa réalisation..

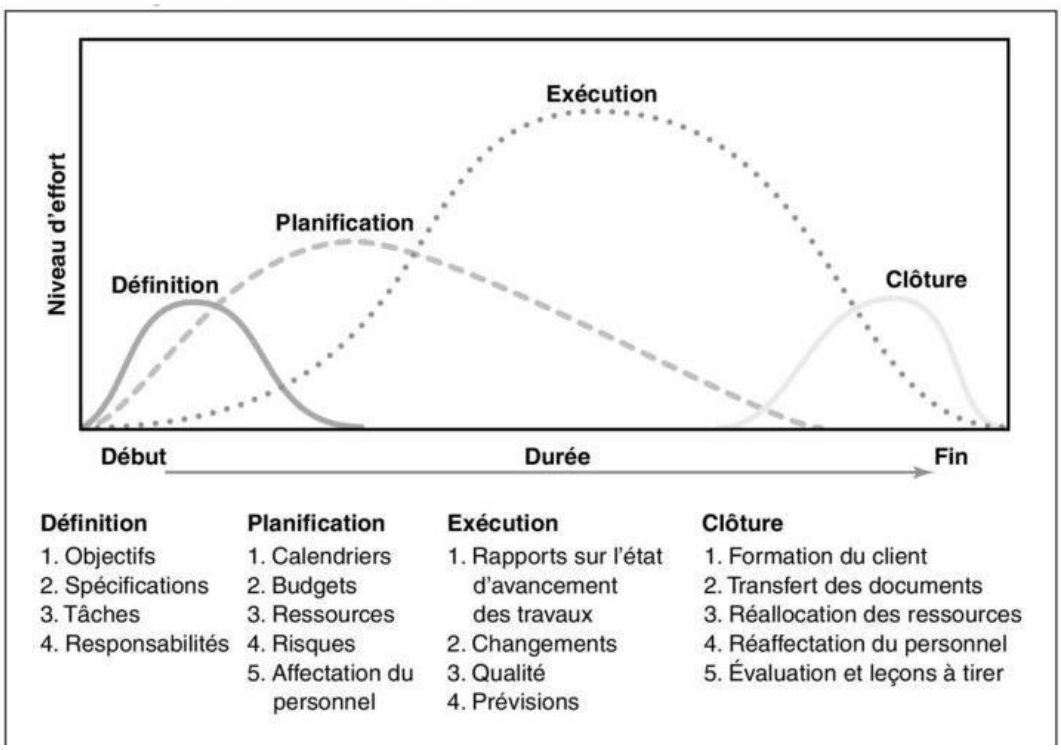


Figure 1. Le cycle de vie d'un projet © Larson et al., 2019.

Cette représentation introduit les fondements du cycle de vie d'un projet, lequel s'appuie sur une structuration rigoureuse des étapes à franchir. Dans cette logique, les projets sont divisés en plusieurs phases, comprenant chacune des processus de management de projet visant à assurer l'atteinte des objectifs fixés (Project Management Institute, 2017).

1.1.1.2 Les processus de management de projet

Pour accompagner le déroulement du projet à travers ses différentes phases, la gestion de projet s'appuie sur un ensemble structuré de groupes de processus. Selon Tso (2009), un

processus fait référence à un ensemble structuré d'activités visant à atteindre un objectif spécifique. Le Project Management Institute (2017) définit les processus de management de projet comme étant « une série systématique d'activités destinées à produire un résultat final en transformant une ou plusieurs données d'entrée en une ou plusieurs données de sortie».

Ces processus sont regroupés selon leur fonction dans ce que le PMI appelle les groupes de processus, qui structurent l'action sans pour autant correspondre strictement aux phases du cycle de vie du projet(2017). Tel qu'illustré par la figure 2, un même groupe de processus peut ainsi intervenir à plusieurs moments du projet, selon les besoins spécifiques. Le PMI en identifie cinq, organisés de manière séquentielle ou itérative.

- Le groupe de processus d'initialisation : il consiste à définir le projet ou une nouvelle phase du projet. Il permet de valider l'opportunité du projet, d'en préciser les objectifs généraux et de formuler un mandat formel qui en autorise le démarrage.

- Le groupe de processus de planification : les processus constituant ce groupe visent à élaborer un plan de travail détaillé et cohérent. Il comprend la définition du périmètre du projet, la clarification des objectifs et la spécification des actions qui doivent être menées pour atteindre ces objectifs.

- Le groupe de processus d'exécution : il est centré sur la mise en œuvre des tâches planifiées. Il s'agit de réaliser les activités, de produire les livrables attendus, de coordonner les équipes et de gérer les interactions entre les parties prenantes.

- Le groupe de processus de maîtrise : ce groupe de processus permet d'observer et d'évaluer l'avancement du projet en temps réel. Il comprend les processus de contrôle de la portée, des coûts, des délais et de la qualité, ainsi que la gestion des modifications éventuelles. Ce groupe garantit que les écarts sont identifiés rapidement et que des ajustements peuvent être apportés si nécessaire.

- Le groupe de processus de clôture : ce dernier marque la fin formelle du projet ou d'une de ses phases.

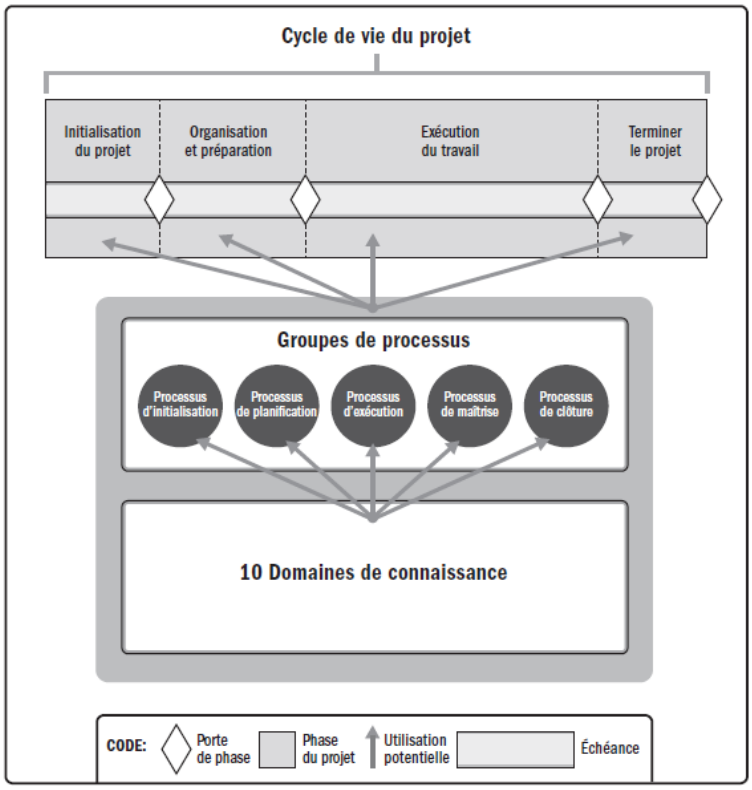


Figure 2. Interrelation des principaux composants du Guide PMBOK dans les projets © Project Management Institute, 2017, 6e éd., p.18

Dans son guide du corpus de connaissances, le PMI reprend un total de 49 processus distincts, tel que le montre le tableau 1. Ces groupes de processus sont étroitement liés non seulement entre eux, mais aussi aux dix domaines de connaissances identifiés par le PMI, tels que la gestion de l'intégration, du périmètre, du calendrier, des coûts, de la qualité, des ressources, des communications, des risques, des approvisionnements et des parties prenantes.

Tableau 1

Correspondance entre les groupes de processus et les domaines de connaissance

Domaines de connaissance	Groupes de processus de management de projet				
	Groupe de processus d'initialisation	Groupe de processus de planification	Groupe de processus d'exécution	Groupe de processus de maîtrise	Groupe de processus de clôture
4. Gestion de l'intégration du projet	4.1 Élaborer la charte du projet	4.2 Élaborer le plan de management du projet	4.3 Diriger et gérer le travail du projet 4.4 Gérer les connaissances du projet	4.5 Maîtriser le projet 4.6 Maîtriser les changements	4.7 Clore le projet ou la phase
5. Gestion du périmètre du projet		5.1 Planifier la gestion du périmètre et du contenu 5.2 Recueillir les exigences 5.3 Définir le périmètre 5.4 Créer le WBS		5.5 Valider le périmètre 5.6 Maîtriser le périmètre et le contenu	
6. Gestion de l'échéancier du projet		6.1 Planifier la gestion de l'échéancier 6.2 Définir les activités 6.3 Organiser les activités en séquence 6.4 Estimer la durée des activités 6.5 Élaborer l'échéancier		6.6 Maîtriser l'échéancier	
7. Gestion des coûts du projet		7.1 Planifier la gestion des coûts 7.2 Estimer les coûts 7.3 Déterminer le budget		7.4 Maîtriser les coûts	
8. Gestion de la qualité du projet		8.1 Planifier la gestion de la qualité	8.2 Gérer la qualité	8.3 Maîtriser la qualité	
9. Gestion des ressources du projet		9.1 Planifier la gestion des ressources 9.2 Estimer les ressources nécessaires aux activités	9.3 Obtenir les ressources 9.4 Développer l'équipe 9.5 Gérer l'équipe	9.6 Maîtriser les ressources	
10. Gestion des communications du projet		10.1 Planifier la gestion des communications	10.2 Gérer les communications	10.3 Maîtriser les communications	
11. Gestion des risques du projet		11.1 Planifier la gestion des risques 11.2 Identifier les risques 11.3 Mettre en œuvre l'analyse qualitative des risques 11.4 Mettre en œuvre l'analyse quantitative des risques 11.5 Planifier les réponses aux risques	11.6 Appliquer les réponses aux risques	11.7 Maîtriser les risques	
12. Gestion des approvisionnements du projet		12.1 Planifier la gestion des approvisionnements	12.2 Procéder aux approvisionnements	12.3 Maîtriser les approvisionnements	
13. Gestion des parties prenantes du projet	13.1 Identifier les parties prenantes	13.2 Planifier l'engagement des parties prenantes	13.3 Gérer l'engagement des parties prenantes	13.4 Maîtriser l'engagement des parties prenantes	

Source: Project Management Institute, 2017, 6e éd., p.25.

Ainsi, bien que les groupes de processus définis par le PMI structurent les activités à réaliser tout au long du projet, ils n'indiquent pas nécessairement comment ces activités doivent être organisées dans la pratique. C'est précisément à ce niveau qu'interviennent les différentes approches méthodologiques en matière de management de projet. Celles-ci permettent d'adapter la structure du projet à l'environnement, au contexte organisationnel ou encore au besoin des parties prenantes impliquées (Project Management Institute, 2017).

1.1.2 Fondements contemporains de la gestion de projet

Selon le Project Management Institute (2017), le management de projet désigne: « l'application de connaissances, de compétences, d'outils et de techniques aux activités d'un projet afin d'en satisfaire les exigences ». Bien que plusieurs expressions soient utilisées pour qualifier cette discipline, la plus répandue est celle de gestion de projet, qui met l'accent à la fois sur la dimension sociale et relationnelle du travail en équipe, ainsi que sur les aspects méthodologiques et techniques qui sous-tendent le pilotage efficace des projets. Plus spécifiquement, Larson et al. (2019) la définissent comme un : « ensemble d'outils, des techniques et des méthodes permettant au gestionnaire de projet et à son équipe de conduire, de coordonner et d'harmoniser les diverses activités exécutées, afin de satisfaire les besoins explicites et implicites du projet ». Ainsi, la gestion de projet dépasse largement la simple utilisation d'outils techniques ; elle constitue plutôt une approche managériale fondée sur une gestion par objectifs, accordant une importance cruciale aux interactions, aux relations interpersonnelles et à la collaboration efficace entre des professionnels aux profils, compétences et personnalités variés (Larson et al., 2019). Jugdev and Müller (2005) insistent sur ce point, soulignant que la véritable essence de cette discipline est avant tout de coordonner les ressources humaines afin de produire des résultats concrets, au-delà d'une simple organisation opérationnelle des tâches.

Historiquement, les racines du management de projet remontent aux principes d'efficacité organisationnelle introduits par Frederick Taylor à la fin du 19e siècle (Gidel &

Zonghero, 2020). Ces concepts se sont progressivement formalisés avec Henry Gantt, qui proposa notamment un outil visuel de planification devenu emblématique, le diagramme de Gantt (Larson et al., 2019). Depuis, la gestion de projet a largement dépassé son cadre industriel initial pour devenir un modèle organisationnel incontournable, adopté dans divers secteurs comme les services sociaux, l'humanitaire, et bien d'autres domaines économiques.

Avec l'expansion de la gestion par projets au-delà des sphères industrielles traditionnelles, celle-ci s'est imposée comme une pratique courante dans divers secteurs économiques et sociaux. On estime d'ailleurs qu'environ un cinquième de l'économie mondiale actuelle repose sur une organisation par projets, soulignant ainsi sa portée stratégique majeure (Turner et al., 2013). Cette omniprésence explique pourquoi des professionnels issus de domaines variés adoptent aujourd'hui cette démarche, suscitant parallèlement un intérêt académique accru et une diversification des formations offertes dans ce champ disciplinaire(Larson et al., 2019).

La généralisation de cette pratique témoigne de l'importance stratégique grandissante accordée à la gestion par projets dans les organisations contemporaines. Ainsi, face à des contextes organisationnels et environnementaux toujours plus complexes, l'évolution des approches méthodologiques en gestion de projet s'est imposée comme une nécessité pour répondre à la diversité des attentes des parties prenantes, à l'incertitude accrue et aux défis variés que posent les projets contemporains. C'est dans cette perspective évolutive que s'inscrit la suite de notre développement, consacrée aux approches méthodologiques en gestion de projet.

1.1.2.1 Les approches méthodologiques en gestion de projet

Le choix de l'approche méthodologique en gestion de projet est un élément déterminant pour la performance d'un projet, notamment en contexte incertain ou innovant. La littérature distingue principalement trois grandes approches : traditionnelle, agile et hybride, chacune

présentant des caractéristiques, avantages et limites spécifiques. Le choix de l'approche la plus appropriée dépend souvent de la nature du projet, de son niveau de complexité, de l'environnement organisationnel, des attentes des parties prenantes, mais aussi de la structure des ressources humaines (Danijela Ciric et al., 2022; Zavyalova et al., 2020).

L'approche traditionnelle, aussi appelée approche prédictive ou en cascade (waterfall), repose sur une séquence linéaire des phases du projet : l'initialisation, la planification, l'exécution, la maîtrise et la clôture (Serrador & Pinto, 2015; Špundak, 2014). Elle met l'accent sur la planification détaillée en amont, la stabilité des exigences et le contrôle rigoureux du temps, des coûts et de la qualité (Conforto et al., 2014; DeCarlo, 2004; Serrador & Pinto, 2015). Cette approche est souvent privilégiée dans des environnements stables, où les résultats attendus sont bien définis dès le départ (DeCarlo, 2004; Shenhar et al., 2008). Allant dans ce même sens, Danijela Ciric et al. (2022) ajoutent qu'elle convient particulièrement aux projets où l'incertitude est faible et la capacité à anticiper les risques est élevée. Cependant, cette rigidité peut devenir problématique lorsque les projets évoluent dans un environnement caractérisé par l'innovation, la complexité ou des exigences changeantes (Crawford, 2006; Danijela Ciric et al., 2022; Kloppenborg & Opfer, 2002; Kolltveit et al., 2007; Shenhar et al., 2008). Dans de tels contextes, les relations sont complexes tant au sein de l'équipe de projet qu'avec les parties prenantes internes et externes (Bergmann & Karwowski, 2019; Chin, 2004). Le manque de flexibilité peut entraîner des révisions coûteuses, une insatisfaction des parties prenantes ou même l'échec du projet (Bergmann & Karwowski, 2019; Sweetman & Conboy, 2018).

Face aux limites imposées par l'approche traditionnelle, de nouvelles approches méthodologiques ont vu le jour. Ces nouvelles méthodes, initialement issues du secteur informatique et du développement logiciel, se sont distinguées par leur capacité à mieux gérer l'incertitude, les changements fréquents d'exigences, ainsi que la nécessité de livrer rapidement des produits (Boehm, 2002; Danijela Ciric et al., 2022; DeCarlo, 2004; Highsmith, 2010; Shenhar et al., 2008; Wysocki, 2019). L'une des plus reconnues parmi ces

nouvelles approches est l'approche agile, caractérisée précisément par sa flexibilité et sa réactivité accrues (Špundak, 2014).

Née dans l'univers du développement logiciel, l'approche agile tire ses fondements du Manifeste Agile (Beck et al. 2001 cités par Danijela Ciric et al. (2022)). Ce dernier comprend les principes et valeurs pour le développement agile de logiciels. Elle valorise l'adaptation au changement, la collaboration continue avec le client, les cycles itératifs, et l'autonomie des équipes (Augustine, 2005; Denning, 2013; Highsmith, 2010; Turner & Boehm, 2005). L'agilité est particulièrement adaptée aux projets où les besoins évoluent rapidement et où l'incertitude est élevée. Danijela Ciric et al. (2022) soulignent que l'agilité permet de mieux préparer l'organisation à l'avenir et d'avoir un impact positif sur la cohésion de l'équipe, grâce à la rétroaction continue, à la flexibilité et à l'implication active des membres. Toutefois, cette approche nécessite une culture organisationnelle ouverte, des parties prenantes engagées, et une forte capacité de coordination.

Dans cette même logique d'évolution des cadres méthodologiques, il convient également de mentionner PRINCE, cadre développé dans les années 1980 au Royaume-Uni par la Central Computer et Telecommunications Agency (CCTA) pour la gestion de projets informatiques. Ce référentiel a ensuite été révisé et élargi par le Bureau du Commerce du Gouvernement (OGC) pour devenir PRINCE2, puis enrichi avec la publication de PRINCE2 Agile (Axelos, 2015). Cette évolution a marqué une tentative plus explicite de rapprochement entre une structure de gestion de projet fortement encadrée et les principes de flexibilité portés par les méthodes agiles. PRINCE2 Agile vise ainsi à offrir aux gestionnaires de projet un ensemble cohérent de processus, de principes et de mécanismes d'adaptation permettant de mieux répondre aux spécificités du terrain. Sans englober à lui seul l'ensemble des approches hybrides, il illustre bien cette recherche d'équilibre entre structuration, souplesse et capacité d'adaptation.

Ainsi, si l'approche traditionnelle reste globalement complète et éprouvée dans une variété de projets, et que l'approche agile apporte quant à elle des réponses innovantes aux défis de l'incertitude et du changement rapide, aucune de ces deux approches ne constitue

une solution absolue ou exclusive (Danijela Ciric et al., 2022). Le choix entre contrôle strict et flexibilité totale n'est pas binaire (Cobb, 2015; Owen et al., 2006). En effet, après que l'agilité ait été largement adoptée et ait démontré son efficacité, notamment dans l'industrie du logiciel, plusieurs organisations ont cherché à intégrer progressivement des pratiques agiles spécifiques dans leurs méthodes traditionnelles, donnant ainsi naissance à l'approche hybride (Barlow et al., 2011; Cooper, 2016). Entre rigidité et flexibilité, elle permet de tirer parti de la rigueur et de la stabilité associées à la planification détaillée tout en intégrant la réactivité propre aux méthodes agiles (Conforto & Amaral, 2016; Cooper, 2016; Sommer et al., 2015).

Si ces approches méthodologiques ont été largement étudiées dans des domaines comme l'ingénierie ou les technologies de l'information, plusieurs travaux récents insistent sur la nécessité de les adapter aux caractéristiques du projet et à son environnement spécifique (Danijela Ciric et al., 2022; Nyman & Öörni, 2023). Cette logique contingente peut être étendue à des secteurs sensibles, où la complexité humaine et organisationnelle impose une gestion plus contextualisée des projets. Cette observation soulève une question centrale : dans quelle mesure l'approche méthodologique choisie peut-elle réellement favoriser le succès d'un projet, notamment en contexte complexe, innovant ou sensible sur le plan humain ? Il s'avère alors crucial d'explorer les conditions contextuelles, humaines et organisationnelles qui influencent cette relation entre méthode et performance.

Dès lors, si l'approche méthodologique oriente la trajectoire du projet, elle ne peut en assurer, à elle seule, la réussite. Comprendre les dynamiques qui soutiennent réellement la performance suppose d'élargir la focale vers les facteurs de succès, ces leviers contextuels, humains et organisationnels qui façonnent concrètement les résultats obtenus.

1.1.2.2 Les facteurs de succès : vers une approche multidimensionnelle et contextuelle

Dans le domaine de la gestion de projet, la notion de succès a fait l'objet de nombreuses discussions théoriques et empiriques. À l'origine, le succès était principalement mesuré à travers des indicateurs de performance comme le respect des coûts, des délais et de la qualité, ce qu'on appelle communément le triangle de fer (Kerzner, 2013; Müller & Jugdev, 2012; Radujković & Sjekavica, 2017). Toutefois, cette vision a évolué, laissant place à une approche plus globale qui prend également en compte la satisfaction des parties prenantes, l'atteinte des objectifs stratégiques et l'impact à long terme du projet (Müller & Jugdev, 2012; Pacagnella et al., 2019).

Les projets diffèrent selon leur complexité, leur taille, leur durée, leur valeur ou leur finalité (Freeman & Beale, 1992; Müller & Turner, 2007; Pinto & Slevin, 1988; Shenhar et al., 1997). Ces auteurs relèvent aussi qu'il en découle une absence de consensus sur ce qu'est un projet réussi, et sur les critères qui permettent de l'évaluer. Cette diversité a conduit à la multiplication de modèles et de cadres d'évaluation du succès, dont plusieurs prennent en compte la spécificité du secteur, du contexte et du type de projet concerné (Mir & Pinnington, 2014).

La littérature distingue deux composantes essentielles : les critères de succès et les facteurs de succès.

- ✓ Les critères de succès sont les éléments mesurables utilisés pour évaluer la réussite d'un projet, tels que l'achèvement dans les délais, le respect du budget, la conformité aux spécifications techniques, ou encore la satisfaction des clients et des usagers (Kerzner, 2013; Pinto & Slevin, 1989).

- ✓ Les facteurs de succès, quant à eux, désignent les conditions internes ou externes qui contribuent à la réussite d'un projet lorsqu'elles sont bien prises en compte. Ce sont des leviers, et non des résultats (Alias et al., 2014; Rockart, 1979).

Ainsi, alors que les critères permettent de mesurer le degré de réussite d'un projet a posteriori, les facteurs de succès sont des éléments opérationnels à surveiller dès l'amont pour créer les conditions de cette réussite. Pinto and Prescott (1988) précisent qu'il ne suffit pas de déterminer les critères de succès dès la phase initiale, encore faut-il identifier et intégrer tout au long du cycle de vie d'un projet, et ce en temps opportun, les facteurs de réussite.

Il existe une certaine subjectivité quant à la classification d'un projet comme étant un succès ou un échec (Ika, 2009). En effet, le succès peut être perçu de manière différente selon les parties prenantes : un projet considéré comme une réussite pour l'un peut être vu comme un échec pour un autre (Müller & Jugdev, 2012). Le succès est donc relatif, et fortement lié aux attentes, à la temporalité et aux priorités de l'organisation ou de l'environnement du projet.

Pour mieux structurer cette diversité de facteurs, plusieurs chercheurs ont proposé des cadres de classification selon des logiques plus ou moins systémiques. Hussein (2019) propose une classification en trois catégories :

- Les facteurs spécifiques au projet (inhérents à un projet donné, non transférables),
- Les facteurs contextuels (liés à l'environnement sectoriel ou organisationnel),
- Et les facteurs culturels (tels que la confiance, l'engagement, ou la culture du travail d'équipe).

Belassi and Tukel (1996), dans une logique systémique, distinguent des facteurs rattachés au chef de projet et à ses compétences, à l'équipe projet (cohésion, communication, disponibilité), à l'organisation (structure, processus, soutien de la direction) et au contexte externe (clients, réglementation, incertitude).

Les priorités relatives aux facteurs de succès ont, elles aussi, évolué au fil du temps. Dans les années 1980, l'attention portait principalement sur la gestion du triptyque coût-délai-performance, considéré comme le cœur du contrôle de projet. À partir des années 2000,

sous l'effet de la complexification des projets, de la montée des projets transversaux et de l'importance accrue donnée à la valeur créée, la littérature commence à inclure de nouveaux facteurs comme la satisfaction des parties prenantes, la qualité de la gestion du changement, l'alignement stratégique du projet avec les objectifs de l'organisation, et le niveau d'acceptabilité du projet en interne (Ika, 2009; Todorović et al., 2015).

Dans cette perspective, l'identification des facteurs de succès ne peut être universelle : elle doit s'adapter au contexte du projet, à ses objectifs stratégiques et aux attentes spécifiques des acteurs impliqués.

1.1.2.3 Influence des approches sur la réussite/succès des projets

La relation entre les méthodes de gestion de projet et les performances obtenues a suscité un intérêt croissant dans la littérature (Badewi, 2016; Carvalho et al., 2015; Inayat et al., 2015; Mir & Pinnington, 2014; Pacagnella et al., 2019; Rolstadås et al., 2014). Ces travaux abordent cette question sous des angles variés, tels que la gouvernance, l'efficacité de la gestion ou les pratiques individuelles, tout en restant souvent centrés sur une conception relativement étroite du succès, en négligeant parfois les spécificités contextuelles propres à chaque projet.

Plusieurs auteurs critiquent désormais cette vision classique, principalement axée sur la maîtrise des coûts, des délais, de la qualité et sur la conformité au plan initial (Bourne et al., 2000; Walton & Dawson, 2001). En réaction à cette approche normative, un ensemble d'études récentes met en avant les apports de l'agilité, notamment dans les projets confrontés à des évolutions fréquentes des besoins et à une forte instabilité des spécifications. Ainsi, les travaux de Serrador and Pinto (2015) ainsi que Gemino et al. (2021) révèlent que le recours à des pratiques agiles dans la conduite de projets renforce significativement la satisfaction des parties prenantes. Serrador and Pinto (2015) mettent également en lumière les effets

positifs de l'agilité sur la performance globale, particulièrement en termes de respect du budget, de la portée et du calendrier.

La pertinence des approches agiles dans les environnements instables repose en grande partie sur leur capacité à limiter l'incertitude grâce à des livraisons itératives et à une implication continue des utilisateurs. Certains auteurs à l'instar de Misra et al. (2009) rappellent que l'implication active du client constitue un socle fondamental du modèle agile. Malgré le risque d'augmenter les ajustements fonctionnels et budgétaires, Yetton et al. (2000) soulignent que l'implication continue du client peut aussi atténuer les écarts financiers en clarifiant les attentes et en favorisant une résolution rapide des problèmes.

Toutefois, chacune des approches, qu'elle soit agile ou traditionnelle, présente ses propres limites selon le profil du projet concerné. C'est dans ce cadre qu'émerge l'intérêt pour une approche dite hybride, visant à combiner les forces des deux paradigmes pour articuler rigueur méthodologique et adaptabilité (Mohanarajah & Jabar, 2015).

De nombreux travaux empiriques attestent de la pertinence de cette approche hybride. À titre d'exemple, Gemino et al. (2021), Serrador and Pinto (2015), Conforto and Amaral (2016), Cooper (2016) ainsi que Sommer et al. (2015) positionnent ce modèle comme une alternative efficace, notamment dans les contextes caractérisés par une complexité élevée. Sommer et al. (2015), à partir d'études de cas menées dans sept entreprises manufacturières, identifient plusieurs bénéfices associés à l'hybridation : augmentation de la productivité des équipes, fluidification des communications, coordination améliorée, meilleure motivation et souplesse accrue dans les processus de conception. De leur côté, Conforto and Amaral (2016) mettent en évidence que l'usage d'approches hybrides dans les projets technologiques permet d'associer la stabilité offerte par les modèles prédictifs avec la réactivité propre aux méthodes agiles. Carvalho et al. (2012) observent par ailleurs une amélioration de 16 % de la productivité lorsqu'une gestion rigoureuse des exigences est articulée à la dynamique adaptative de l'agilité.

Danijela Ciric et al. (2022) insistent sur le fait qu'aucune approche n'est universellement supérieure. Malgré leur place centrale dans la gestion des projets, les méthodologies font l'objet de débats dans la littérature, tant sur leur efficacité réelle que sur la manière dont elles sont perçues. Certains chercheurs remettent en question leur impact direct sur l'atteinte des objectifs du projet (Cooke-Davies, 2002; Fortune & White, 2006), tandis que d'autres y voient surtout un outil contribuant à légitimer les pratiques de gestion auprès des parties prenantes (Lehtonen and Martinsuo, 2006 cités par Joslin and Müller (2016)). Cette ambivalence se manifeste également dans les attitudes des acteurs : si des approches méthodologiques peuvent susciter l'adhésion, elles entraînent parfois aussi des attentes excessives qui ne sont pas toujours réalistes (Lehtonen and Martinsuo 2005 cités par Joslin and Müller (2016)). En cas de déception, les organisations tendent à abandonner la méthodologie en place pour en adopter une nouvelle, qui présente à son tour ses propres contraintes (White & Fortune, 2002). Enfin, certaines critiques soulignent la difficulté d'adapter ces cadres normatifs à des environnements complexes : les ajustements nécessaires mènent parfois à une surcharge de procédures, compromettant leur viabilité, et peuvent engendrer un glissement vers une gestion désorganisée (Lehtonen and Martinsuo, 2005 cités par (Joslin & Müller, 2016)).

Les débats théoriques autour des méthodologies de gestion de projet s'articulent principalement autour de deux axes : d'une part, la question de leur standardisation (Breese, 2012; Milosevic et al., 2001; Milosevic & Patanakul, 2005), et d'autre part, celle de leur adaptation contextuelle en fonction des spécificités de chaque projet (H Payne & Rodney Turner, 1999; Pinto & Mantel, 1990). Bien que plusieurs travaux aient mis en évidence une corrélation entre l'utilisation de méthodologies formalisées et une meilleure prévisibilité ainsi qu'un taux de réussite accru des projets (Lehtonen & Martinsuo, 2006 cités par Joslin and Müller (2016), Wells (2012)), la réalité empirique reste plus nuancée. En effet, même parmi les projets menés à l'aide de méthodologies structurées, les échecs demeurent fréquents, ce qui interroge la capacité de ces outils à garantir systématiquement la réussite (Wells, 2012).

Ce paradoxe soulève la nécessité de mieux comprendre comment les méthodologies impactent réellement le succès. Lehtonen et Martinsuo (2006) résument bien la complexité du débat en soulignant que l'ambiguïté des résultats de recherche se reflète dans l'hésitation des organisations, qui oscillent entre des systèmes standardisés et personnalisés, ou encore entre des approches très formelles et d'autres, plus informelles, voire désorganisées. Même si cela paraît en tension avec l'idée même de standardisation, cette incertitude met en évidence un constat important : l'efficacité d'une méthodologie semble largement tributaire du contexte dans lequel elle est appliquée (Joslin & Müller, 2016).

1.1.3 De l'approche méthodologique à la réussite des projets : une question d'adéquation contextuelle

Si les approches méthodologiques constituent des leviers importants pour structurer l'action à mettre en œuvre dans un projet, leur efficacité dépend largement de l'environnement dans lequel elles sont déployées. Plusieurs travaux récents insistent sur l'importance d'une lecture contextuelle des pratiques de gestion de projet, soulignant que la réussite ne réside pas uniquement dans le choix d'une méthode, mais dans sa capacité à s'adapter aux réalités du terrain. Dans cette optique, la présente section explore les déterminants contextuels qui modulent la relation entre méthode et performance, en s'appuyant sur trois dimensions clés : le rôle de l'environnement, l'architecture des ressources humaines, et la gestion du changement organisationnel.

1.1.3.1 Rôle modérateur de l'environnement

Le succès d'un projet ne repose pas uniquement sur la méthodologie employée, mais dépend également de l'environnement dans lequel il se déploie. Bien que la littérature ne propose pas toujours une définition rigoureuse de ce qu'est un environnement de projet, certains auteurs, tels que Joslin and Müller (2016), l'envisagent comme un ensemble de

conditions à la fois tangibles et intangibles, qui influencent l'orientation du projet depuis son démarrage jusqu'à sa clôture. Ces facteurs contextuels, souvent hors du contrôle direct de l'équipe projet, agissent sur la mobilisation des ressources, la prise de décision et la conduite des processus à chaque étape du cycle de vie (Project Management, 2021). Malgré cela, les recherches sur l'influence concrète de cet environnement sur la relation entre la méthodologie choisie et la réussite du projet restent encore peu développées.

Afin de mieux comprendre cette dynamique complexe, plusieurs chercheurs ont mobilisé la théorie de la contingence, qui postule que l'efficacité d'un modèle de gestion n'est pas universelle, mais dépend de son adéquation avec le contexte spécifique dans lequel il est appliqué (Woodward et al., 1980). Cette théorie s'avère particulièrement pertinente dans le champ de la gestion de projet, car elle permet de dépasser les approches rigides fondées sur de meilleures pratiques, supposées valables en toutes circonstances. En ce sens, elle offre un cadre flexible et analytique pour examiner l'impact différencié des méthodologies selon les environnements.

L'environnement de projet comprend à la fois des facteurs internes (culture organisationnelle, gouvernance, leadership, ressources) et des facteurs externes (cadre réglementaire, considérations financières, attentes du client, politiques publiques), lesquels peuvent influencer la mise en œuvre, l'efficacité et la pertinence des éléments de méthodologie appliqués (Project Management, 2021). L'étude de Joslin and Müller (2016) identifie la gouvernance comme le facteur interne le plus fréquemment mentionné par les praticiens, devant la culture organisationnelle, les décisions du management senior, ou encore les contraintes de ressources. Le rôle de la gouvernance est particulièrement critique, car elle agit comme un cadre d'autorité, de décisions et de responsabilité. Une gouvernance inadéquate peut freiner l'utilisation appropriée des outils de gestion (par exemple, la gestion du changement ou des risques), tandis qu'une gouvernance bien alignée peut en renforcer la cohérence et l'efficacité (Pinto, 2014; Rodney Turner et al., 2009).

En somme, l'environnement du projet, par sa complexité, son niveau d'incertitude et ses dynamiques internes et externes, conditionne l'efficacité des approches méthodologiques.

La théorie de la contingence, largement mobilisée dans les travaux de Drazin and Van de Ven (1985), Form et al. (1963), vient appuyer cette logique : il n'existe pas de méthode universelle, seulement des approches plus ou moins adaptées à un contexte donné. Comme le rappellent Crawford and Project Management Institute (2008), il est essentiel d'observer les phénomènes de gestion de projet à travers le prisme de l'organisation et de son environnement.

Les recherches antérieures soulignent également que certains éléments méthodologiques sont plus sensibles à l'environnement que d'autres. La gestion des parties prenantes et la gestion du changement sont les éléments les plus impactés par des facteurs environnementaux internes comme la gouvernance ou la culture organisationnelle (Joslin & Müller, 2016). Ces éléments occupent une place importante au sens où leur impact sur les caractéristiques du succès du projet apparaît particulièrement marqué (Joslin & Müller, 2015; Stearns, 2010). Ainsi, l'environnement ne constitue pas un simple décor dans lequel s'inscrit le projet : il en module directement les conditions de mise en œuvre et la portée des choix méthodologiques.

Si l'environnement agit comme un facteur structurant, c'est aussi parce que les approches méthodologiques prennent forme à travers les acteurs qui les mettent en œuvre au quotidien. La manière dont les ressources humaines sont organisées, soutenues et mobilisées devient alors un déterminant central de la capacité du projet à tirer parti d'une approche donnée. Cette observation conduit à examiner plus spécifiquement l'architecture des ressources humaines et les dynamiques d'équipe.

1.1.3.2 Architecture des ressources humaines et dynamiques d'équipe

La littérature récente souligne que le succès d'un projet ne repose pas uniquement sur l'alignement entre la méthodologie et l'environnement, mais aussi sur la manière dont les ressources humaines sont structurées, mobilisées et valorisées. Dans une perspective fondée

sur les ressources, Jugdev and Mathur (2013) montrent que la gestion de projet comme la gestion des ressources humaines peuvent constituer des sources d'avantage concurrentiel durable. Toutefois, leur articulation demeure imparfaitement explorée. Bellini and Canonico (2008) ainsi que Bredin and Söderlund (2011) relèvent d'ailleurs qu'un décalage subsiste entre les modèles théoriques en RH et la réalité des pratiques de gestion dans les projets. En pratique, les mécanismes de gouvernance de projet et les pratiques de gestion du personnel sont souvent indissociables. Les projets deviennent à la fois un vecteur et un espace d'application des pratiques RH, qu'il s'agisse du développement des compétences, de la motivation ou de la mobilisation des équipes (Bredin & Söderlund, 2011; Ragnhild Nilsen, 2013).

Cette articulation est particulièrement visible dans les travaux de Zavyalova et al. (2020) qui montrent que l'architecture RH est entendue comme l'agencement des pratiques RH, la distribution de l'autorité, les modes de développement des compétences et la dynamique d'équipe. Selon ces derniers, elle est un facteur clé de la performance des projets, en particulier dans les environnements agiles. Leur étude met en évidence que les organisations les plus performantes tendent à adopter des pratiques RH cohérentes avec leur approche méthodologique. Dans les configurations agiles, cette cohérence se traduit notamment par un pilotage plus intégré des équipes, une plus grande fluidité organisationnelle et une meilleure inscription des pratiques RH dans une logique d'amélioration continue.

Inspiré des travaux de Lepak and Snell (2002), ce concept d'architecture RH considère la gestion des ressources humaines de manière plus systémique. Ils y englobent non seulement les pratiques RH (mesurées selon le modèle AMO - Ability, Motivation, Opportunity), mais aussi d'autres variables importantes liées aux ressources humaines et aux structures organisationnelles pour gérer les personnes. Le modèle AMO (Ability – Motivation – Opportunity) proposé par Harrell-Cook et al. (2001) suggère que la performance organisationnelle repose sur trois types de pratiques RH complémentaires.

- ✓ Les pratiques de développement des capacités (ability-enhancing), telles que la formation, le recrutement, et le développement continu des compétences (Jiang et al., 2012; Marin-Garcia & Martinez Tomas, 2016). Dans les organisations agiles, ces pratiques sont souvent informelles, intégrées au travail quotidien via l'apprentissage par la pratique (learning by doing), les séances de rétroaction et le partage d'expérience entre pairs (Goebel, 2009).

- ✓ Les pratiques de motivation (motivation-enhancing), comme les politiques de rémunération, les perspectives de carrière ou la reconnaissance des compétences (Alashqur, 2016; Jiang et al., 2012). Dans les environnements agiles, la reconnaissance se base davantage sur la performance collective et la démonstration de compétences transversales telles que la collaboration et le leadership distribué.

- ✓ Les pratiques favorisant les opportunités d'engagement (opportunity-enhancing), comme la responsabilisation des équipes, l'implication dans la prise de décision, et la rotation des rôles (Yin et al., 2019). Ces pratiques renforcent la capacité d'auto-organisation et la co-construction des décisions, éléments caractéristiques des approches agiles.

Ces trois dimensions ne fonctionnent pas isolément : elles créent des effets synergiques favorisant un climat de travail favorable à l'innovation, à l'agilité et à la rétention des talents (Wright et al., 2003). Toutefois, comme le rappellent les auteurs, les entreprises n'accordent pas toutes le même poids à chacune de ces dimensions ; le profil RH dépend de la stratégie projet et de la culture organisationnelle.

Par opposition, les entreprises traditionnelles présentent des architectures RH plus diversifiées et segmentées, avec un partage d'autorité entre la hiérarchie fonctionnelle et les gestionnaires de projets (Zavyalova et al., 2020). Ce modèle, s'il offre une certaine flexibilité dans la gestion administrative, peut aussi créer des tensions, un éloignement des RH par rapport aux réalités de terrain, et une rigidité dans la coordination interfonctionnelle. Ainsi,

les dynamiques d'équipe sont également directement influencées par la structure RH. Dans les projets agiles, les équipes sont souvent multidisciplinaires, autoorganisées, et soutenues par des facilitateurs tels que les *scrum masters* ou les coachs agiles. Ces rôles contribuent à la gestion des apprentissages, à la cohésion, et à la résolution rapide des conflits tout en préparant les équipes à évoluer dans des contextes marqués par l'incertitude et la transformation continue (Crowder & Friess, 2015).

Ces dynamiques, influencées par l'architecture RH, révèlent combien le changement, loin d'être un simple accompagnement, constitue aujourd'hui un axe central d'adaptation organisationnelle, en lien direct avec les dimensions humaines du projet.

1.1.3.3 Gestion du changement : un enjeu transversal et stratégique

L'articulation entre approche méthodologique et architecture RH revêt une importance encore plus marquée dans les contextes de transformation organisationnelle, en particulier lors du passage d'un modèle traditionnel à une structure agile. Comme le rappellent les auteurs, nombre de transformations agiles échouent non pas à cause de la méthode elle-même, mais en raison de l'absence d'un réalignement cohérent de l'architecture RH, notamment dans les pratiques de gestion, les rôles, la dynamique d'équipe et le leadership (Zavyalova et al., 2020).

En effet, la migration vers une approche agile exige plus qu'un simple changement de méthode. Elle requiert une reconfiguration en profondeur de la culture, de l'organisation du travail, de la relation à l'autorité et des pratiques RH (Garcia-Carbonell et al., 2015; Goebel, 2009; Zavyalova et al., 2020). Ce constat résonne avec les travaux de McAvoy and Butler (2009), Hoda and Murugesan (2016), qui soulignent que les résistances les plus fortes à l'agilité ne viennent pas de l'outil en soi, mais du manque de compétences transversales, d'un leadership mal aligné ou d'un désajustement entre les responsabilités attendues et les compétences réellement mobilisées.

Dans cette perspective, la gestion du changement ne peut plus être considérée comme un accompagnement secondaire, mais comme un levier central du succès d'une transition méthodologique. Elle implique la mise en place de stratégies d'adaptation, de communication et d'apprentissage collectif capables d'absorber l'impact humain, culturel et structurel de cette réorientation. La cohérence entre gestion de projet, gestion du capital humain et gestion du changement devient ainsi un impératif stratégique pour toute organisation cherchant à opérer une transformation durable.

Cette idée est particulièrement importante pour les projets menés dans des contextes sensibles ou complexes, où la réussite dépend autant de la structuration technique du projet que de l'acceptabilité du changement, de la mobilisation des acteurs et de la capacité de l'organisation à intégrer durablement de nouvelles pratiques. Ainsi, la relation entre méthode et succès ne peut être comprise sans prendre en compte l'ensemble des éléments contextuels, humains et organisationnels qui en conditionnent la portée. Une telle lecture ouvre naturellement la réflexion vers des environnements où ces enjeux sont particulièrement importants, comme les projets de transformation numérique dans le secteur de la santé.

1.2 LES PROJETS DE TRANSFORMATION NUMERIQUE DANS LE SECTEUR DE LA SANTE

À l'heure où la révolution numérique transforme en profondeur tous les pans de notre société, le secteur de la santé se retrouve à la croisée des chemins. S'il bénéficie aujourd'hui d'innovations majeures allant de la télémédecine aux capteurs intelligents, en passant par les plateformes numériques de suivi, il demeure sans doute l'un des domaines où la technologie doit composer avec la plus grande sensibilité humaine. Ici, chaque avancée technique s'inscrit dans un contexte où la relation de soin, l'éthique et la sécurité des personnes sont au cœur des préoccupations.

À la lumière des fondements précédemment explorés en gestion de projet, il apparaît clairement que la réussite d'un projet ne dépend pas uniquement de l'outil ou de la méthode

mobilisée, mais bien de sa capacité à s'inscrire dans un environnement organisationnel spécifique. Or, la santé se distingue par une régulation stricte, une charge émotionnelle élevée et une extrême diversité d'acteurs, autant de facteurs qui rendent chaque projet de transformation particulièrement exigeant. Il oblige à adapter les approches classiques, à composer avec les temporalités institutionnelles et à trouver en permanence un équilibre entre efficacité technologique et acceptabilité humaine.

Dans cette perspective, il importe d'abord de s'arrêter sur les caractéristiques fondamentales du secteur de la santé, afin de mieux comprendre son fonctionnement général et les particularités qui influencent directement les projets qui y sont menés.

1.2.1 Le domaine de la santé

Le domaine de la santé occupe une place singulière dans l'organisation sociale moderne. Il ne se réduit pas à un ensemble de services médicaux ou technologiques, mais renvoie à une conception multidimensionnelle du bien-être humain, de l'éthique du soin et de la régulation publique. La santé, telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1946), va bien au-delà de l'absence de maladie. C'est un état de bien-être complet, physique, mental et social, qui place l'humain au centre de toutes les préoccupations. Cette vision globale rappelle à quel point le secteur de la santé est complexe : il ne s'agit pas seulement de soigner, mais aussi de prévenir, d'accompagner, de soutenir et de répondre à une pluralité de besoins humains.

Dans les pays développés, le secteur hospitalier demeure un pilier historique et stratégique des systèmes de santé. Il mobilise une part importante des ressources publiques et joue un rôle central dans la prise en charge des soins aigus, c'est-à-dire des interventions spécialisées, rapides et souvent de courte durée, requises en situation de maladie ou de blessure (Dubas-Jakóbczyk et al., 2020; Duran et al., 2016). Toutefois, plusieurs transformations récentes montrent que la croissance des systèmes de santé s'oriente de plus

en plus vers les soins communautaires, les services externes et les approches ambulatoires, notamment sous l'effet des progrès technologiques et de l'augmentation des maladies chroniques (Duran et al., 2016). Cette évolution s'inscrit dans un contexte marqué par de fortes pressions budgétaires et par une exigence croissante d'optimisation des ressources. Depuis plusieurs décennies, les réformes dans les pays développés visent ainsi à réduire la dépendance aux soins en établissement, à rationaliser les capacités hospitalières et à améliorer la coordination entre les services au sein de réseaux plus intégrés (Dubas-Jakóbczyk et al., 2020; Duran et al., 2016).

La réussite des transformations repose dès lors sur l'émergence d'une gouvernance inclusive et plurielle, mobilisant de manière coordonnée acteurs politiques, administratifs et professionnels de santé. Cette gouvernance partagée, mise en avant par Duran et al. (2016) et par Organisation Mondiale de la Santé (2016) constitue un levier essentiel pour garantir la qualité des soins, l'efficience des organisations et la continuité des parcours de santé.

Un autre prisme d'analyse incontournable pour comprendre les spécificités du secteur de la santé dans les pays développés réside dans les modèles de systèmes de soins qui structurent les modalités d'accès, de financement et de prestation des services. L'une des typologies les plus influentes est celle de Schieber et al. (1987). Dans une étude sur le financement et la fourniture des soins de santé, ils distinguent trois grands modèles : le service national de santé, financé par l'impôt et majoritairement public; l'assurance sociale, fondée sur des contributions obligatoires avec une prestation souvent mixte; et l'assurance privée, reposant sur une couverture volontaire et une logique plus marchande. Cette typologie met en évidence des tensions structurelles entre logiques publique, assurantielle et marchande, qui influencent les réformes, la gouvernance des institutions et l'intégration des innovations en santé (Marmor & Wendt, 2012).

Dans ce paysage de diversité structurelle, le Canada constitue un cas particulièrement intéressant, à la fois conforme au modèle du service national de santé et porteur de traits particuliers.

Spécificités du Canada

Le système de santé canadien repose sur la "Loi canadienne sur la santé (L.R.C. (1985), ch. C-6)" (1985), qui garantit cinq principes fondamentaux : universalité, accessibilité, transférabilité, intégralité et gestion publique. Ce cadre législatif encadre l'ensemble des régimes provinciaux et réaffirme la santé comme un bien commun devant être géré dans l'intérêt public.

Inspiré du modèle beveridgien (service national), ce système est principalement financé par l'impôt et vise une couverture universelle. En pratique, il repose sur des régimes provinciaux qui prennent en charge les soins médicaux essentiels, ce qui crée une diversité d'approches au sein du même pays. Toutefois, cette structure, bien qu'ancrée dans des principes d'universalité, cohabite avec des mécanismes privés qui en complexifient l'accès et le financement. De nombreux services, tels que les médicaments prescrits, les soins dentaires ou la santé visuelle, demeurent exclus de la couverture publique, forçant ainsi une large part de la population à se tourner vers des assurances complémentaires, souvent proposées dans le cadre des régimes d'avantages sociaux des employeurs (Stuart McKinlay, 2025).

Ce chevauchement entre prise en charge publique et financement privé alimente une dynamique croissante de privatisation partielle (Murphy et al., 2020; Penno et al., 2021). Comme le relève Stuart McKinlay (2025), plusieurs dispositifs émergents tels que les cliniques médicales en ligne, les services à abonnement garantissant un accès accéléré aux médecins, ou encore les cliniques privées de dépistage témoignent de l'essor d'une offre de soins parallèle au système public. Si ces formules sont souvent présentées comme des solutions aux limites structurelles du réseau public, elles soulèvent d'importants enjeux en matière d'équité, d'accès et de justice sociale particulièrement pour les personnes vieillissantes (Angell, 2008; Jun & Aguila, 2021).

Sur le plan institutionnel, le système de santé canadien repose sur une répartition des responsabilités à deux niveaux (Manns et al., 2024). Le gouvernement fédéral est chargé

d'établir les normes nationales en matière d'assurance-maladie et d'assurer la prestation de certains services de santé, notamment à l'intention des peuples autochtones vivant dans les réserves et des membres des Forces armées canadiennes. De leur côté, les gouvernements provinciaux ont la responsabilité de légiférer, de financer, d'orienter les politiques de santé, ainsi que de négocier les ententes avec les médecins et les syndicats du personnel. La prestation des soins est confiée à des organismes administratifs ou des agences spécialisées. Ce système s'articule autour de trois niveaux : macro, méso et micro. Le niveau méso joue un rôle de relais administratif et organisationnel entre les orientations stratégiques du gouvernement provincial (niveau macro) et les professionnels de la santé offrant les soins directs (niveau micro). Il est notamment chargé de planifier, organiser et superviser la prestation des services sur un territoire donné.

Les trente dernières années ont été marquées par une réorganisation structurelle importante du système de santé canadien à l'échelle méso (structures de prestation), avec une tendance à la centralisation provinciale. Manns et al. (2024) retracent cette évolution à travers trois modèles successifs : les hôpitaux indépendants, les régions sanitaires, puis les structures provinciales uniques. Les structures provinciales sont perçues comme les plus à même de réduire les variations de soins, de favoriser l'intégration des données cliniques, et de faciliter la diffusion d'innovations à grande échelle. L'exemple de l'Alberta est parlant : la province a abaissé ses coûts administratifs à 2,7 % du total des dépenses de santé, contre une moyenne de 4,3 % dans les autres provinces en 2021-2022, à la suite de l'adoption d'un système provincial unifié (Barker; Duckett, 2011; Fierlbeck, 2019). Cette performance illustre les gains potentiels liés à cette gouvernance centralisée.

Toutefois, les auteurs insistent sur le fait que la structure seule ne suffit pas : l'impact réel de ces réformes sur le Quadruple Objectif (expérience patient, santé de la population, expérience du personnel, et efficience économique) demeure peu étudié et appuyé par des données de qualité. Surtout, des faiblesses persistent, à l'instar du manque d'intégration des soins primaires, de l'engagement limité des médecins, de l'imprécision des responsabilités entre échelons de gouvernance et de l'absence de planification à long terme (Manns et al.,

2024). Selon ces derniers, un modèle organisationnel de niveau méso, distinct du ministère de la Santé et appuyé par des zones intégrées, représenterait une voie prometteuse pour répondre à ces défis, à condition d'y associer une refonte des processus cliniques, une gouvernance inclusive et une participation accrue des citoyens et professionnels.

Le cas du Canada incarne ainsi, avec une clarté particulière, les tensions contemporaines des systèmes de santé publics : préserver les idéaux d'universalité et d'accessibilité, tout en répondant aux défis liés à la soutenabilité financière, à l'innovation et aux attentes croissantes des usagers. Ce fragile équilibre entre logique publique et incursions privées impose une vigilance particulière en matière de gouvernance sanitaire.

Dans ce contexte, les projets déployés dans le secteur de la santé s'inscrivent comme des dispositifs structurants, révélateurs des dynamiques d'ajustement entre orientations politiques, contraintes organisationnelles et pratiques professionnelles.

1.2.2 Les projets en santé

Le secteur de la santé est marqué par des crises pandémiques, la progression des maladies chroniques et une diversification croissante des besoins de santé, autant de facteurs qui exercent une pression constante sur les systèmes de soins et sur les initiatives entreprises pour les faire évoluer (Santos et al., 2024). De ce fait, les objectifs en matière de santé devenus plus complexes et plus ambitieux au fil des dernières décennies sont de plus en plus poursuivis à travers des projets structurés (Kickbusch, 2003; Turnock, 2012). Les projets de santé publique peuvent ainsi être compris comme des actions organisées qui visent à améliorer la santé et le bien-être des populations (Santos et al., 2024). Ils s'appuient sur la prévention des maladies, l'allongement de l'espérance de vie et la promotion de comportements sains, en mobilisant les efforts conjoints des gouvernements, des organisations, des entreprises, des communautés et des citoyens. À cela s'ajoutent des initiatives portées ou financées par des acteurs privés comme des cliniques, entreprises ou

fondations, qui peuvent répondre à des besoins spécifiques du marché tout en poursuivant, dans certains cas, des objectifs de rentabilité. Qu'ils soient d'initiative publique ou privée, les projets de santé visent à répondre aux besoins sanitaires des populations par des approches structurées, durables et adaptées aux contextes locaux.

Ces projets occupent une place stratégique dans l'évolution des systèmes de soins contemporains. Ils ne se limitent pas à des initiatives techniques ou administratives, mais influencent directement les pratiques professionnelles, la qualité des soins et l'organisation même des systèmes de santé. Dans un secteur caractérisé par des impératifs éthiques forts, une régulation stricte et une sensibilité sociale prononcée, la gestion de projet acquiert une dimension particulièrement complexe, soumise à des contraintes multiples d'ordre structurel, humain et institutionnel (Fermon & Grandjean, 2015; Suarez-Herrera et al., 2017). Cette spécificité explique en partie pourquoi les projets en santé doivent être pensés au-delà de leur seule dimension opérationnelle, comme des dispositifs capables de transformer durablement les pratiques et les modes d'organisation.

Dans ce contexte évolutif, les projets dans le secteur de la santé peuvent concerner des domaines extrêmement variés : rénovation d'infrastructures hospitalières, implantation de nouveaux dispositifs médicaux, réorganisation des services de soins, développement de nouvelles pratiques cliniques, ou encore transformation numérique. Ces initiatives se déploient au sein de systèmes souvent décrits comme des milieux adaptatifs complexes, c'est-à-dire des environnements dans lesquels interagissent plusieurs acteurs, des logiques professionnelles, des contraintes institutionnelles et des enjeux organisationnels en constante évolution (Aubry et al., 2014). Cette complexité rend la conduite des projets particulièrement exigeante, car leur succès dépend moins d'une exécution linéaire que de la capacité à ajuster l'action aux réalités du terrain.

Dans cette perspective, la mobilisation des parties prenantes devient une condition centrale de réussite. Les projets en santé impliquent généralement un large éventail d'acteurs que sont les gestionnaires, cliniciens, infirmières, représentants syndicaux, autorités politiques et patients, dont les intérêts, les objectifs et les modes d'interaction peuvent

diverger fortement. Buljac-Samardzic et al. (2020) montrent d'ailleurs qu'une communication déficiente ou un manque d'implication des acteurs concernés constitue une cause majeure d'échec, de résistance ou de ralentissement dans les projets de santé. Cette observation est particulièrement importante dans le cadre du présent mémoire, puisque les projets en santé ne réussissent pas uniquement par la qualité technique de leur conception, mais aussi par leur capacité à susciter l'adhésion, à coordonner les acteurs et à s'intégrer dans les pratiques existantes.

La professionnalisation de la gestion de projet en santé constitue une tendance récente, mais significative dans les pays développés. Dobin and Lazar (2020) montrent dans leurs travaux que l'adoption de méthodologies structurées comme celles issues du guide du PMBOK améliore sensiblement la qualité, le respect des délais, le contrôle des coûts et la coordination interprofessionnelle. Dans le même esprit, plusieurs auteurs considèrent le bureau de gestion de projet comme une innovation organisationnelle pertinente en milieu hospitalier (Cristina et al., 2024). Face à la complexité croissante des systèmes de santé due aux avancées technologiques, aux nombreux acteurs publics et privés, ainsi qu'aux attentes grandissantes des patients et de la société civile, le développement et la mise en œuvre de la stratégie par projets requièrent un haut niveau de réflexion, d'agilité et de structuration que de tels dispositifs peuvent contribuer à soutenir (Koning, 2022). Dans cette dynamique, il joue un rôle clé dans la consolidation de la maturité organisationnelle, laquelle se rapporte au degré de formalisation, de répétabilité et de standardisation des pratiques de gestion de projet. Toutefois, cette maturité repose d'abord sur un socle essentiel : la compétence organisationnelle.

Selon la vision de l'IPMA (2016), la compétence organisationnelle ne se limite pas aux aptitudes individuelles, mais repose sur l'application coordonnée de savoirs, de compétences pratiques et d'attitudes appropriées pour répondre aux exigences des projets. De son côté, le PMI (2017) insiste sur la capacité d'une organisation à produire les résultats attendus dans un contexte de projet, en s'appuyant sur des normes et des processus éprouvés. Ces deux approches mettent en lumière que la compétence organisationnelle résulte d'un écosystème

intégré, combinant les compétences individuelles et les leviers organisationnels, pour permettre la réalisation de projets dans des environnements complexes et en constante évolution. Dans cette même perspective, Cristina et al. (2024) soulignent que la compétence organisationnelle en gestion de projet est fortement corrélée à la gouvernance effective, à l'alignement stratégique et à l'existence d'un bureau de gestion de projet structuré.

Le Canada constitue à cet égard un exemple particulièrement intéressant. La complexité des projets en santé y a notamment été analysée par Richer et al. (2013), qui ont établi une typologie contextuelle des projets hospitaliers afin d'adapter plus précisément les méthodologies à la réalité locale. Par ailleurs, Lavoie-Tremblay et al. (2017) ont documenté l'impact positif de l'implantation de bureaux de gestion de projet dans des hôpitaux canadiens, notant que ces derniers apportent une forte valeur ajoutée, notamment grâce à leur alignement avec les logiques cliniques des établissements.

Dans le prolongement de ces constats, Gordon and Hornstein (2014) dans une étude menée dans le secteur de la santé en Ontario confirment quant à eux l'importance stratégique d'une compétence méthodologique solide, d'une gestion active du changement dès la conception des projets et d'un pilotage fondé sur des données probantes clairement identifiées. Ces observations s'accompagnent d'une compréhension plus fine des leviers qui conditionnent le succès des projets en santé. En effet, les déterminants du succès en gestion de projet en santé s'articulent autour de quatre leviers essentiels : l'engagement actif des acteurs impliqués, la disponibilité adéquate des ressources, l'exécution rigoureuse et contrôlée du projet, ainsi que la cohésion de l'équipe projet (Santos et al., 2024). À l'inverse, l'absence de clarté des objectifs, un déficit en gestion du changement ou l'usage insuffisant de données probantes représentent les principaux freins à la réussite.

Ainsi, dans le secteur de la santé, la réussite des projets dépend d'une combinaison complexe de facteurs méthodologiques, humains et organisationnels. Ces spécificités, particulièrement sensibles dans les projets classiques, s'accentuent d'autant plus lorsque les projets visent à introduire des innovations ou des transformations en profondeur.

1.2.3 Innovation dans les milieux de soins

Selon West (1990), innover c'est introduire et appliquer de manière délibérée des éléments nouveaux, qu'il s'agisse d'idées, de processus, de produits ou de méthodes, au sein d'un environnement donné, dans le but de générer une amélioration notable pour les individus, les groupes ou la société dans son ensemble. Cette approche est largement reconnue dans la littérature scientifique (Anderson et al., 2004), car elle met en lumière les trois dimensions fondamentales de l'innovation : la nouveauté, la mise en application concrète et la recherche d'un bénéfice intentionnel (Länsisalmi et al., 2006).

Dans le contexte des soins de santé, l'innovation englobe un large éventail de changements intentionnels, qu'ils soient technologiques (comme la télésanté ou l'intelligence artificielle), organisationnels (nouvelles formes de gouvernance ou réingénierie des processus), cliniques (protocoles de soins, pratiques fondées sur des données probantes) ou sociaux (engagement des patients, partenariats communautaires). Omachonu and Einspruch (2010) la désignent comme étant l'introduction ou l'adoption de solutions inédites, qu'elles soient conceptuelles, organisationnelles ou technologiques, visant à repenser les pratiques en matière de soins, de prévention, d'éducation ou de recherche. Elle s'apparente ainsi à un processus multidimensionnel, souvent porté par des projets concrets ancrés dans les milieux de soins, en vue d'améliorer l'accessibilité, la qualité et l'efficience des services offerts aux populations. Au-delà de sa nature ou de son champ d'application, l'innovation repose fondamentalement sur sa capacité à créer une valeur ajoutée pour certaines ou l'ensemble des parties prenantes, qu'il s'agisse de patients, de professionnels, d'organisations ou de communautés (Varkey et al., 2008).

Selon l'ampleur des changements qu'elle introduit, l'innovation peut prendre deux formes principales : l'innovation incrémentale et l'innovation radicale. L'innovation incrémentale implique des ajustements progressifs, souvent bien intégrés aux pratiques existantes (Hamel & Trudel, 2001; Harvard Business Essentials, 2003). Il s'agit entre autres de l'amélioration d'un système existant de façon continue. À l'opposé, l'innovation radicale

se caractérise par des changements significatifs et souvent disruptifs qui remettent en question les pratiques courantes, les structures organisationnelles et les relations professionnelles établies (Hwang & Christensen, 2008). Si ce second type d'innovation possède un fort potentiel transformateur, il tend aussi à soulever davantage de tensions dans les milieux de soins, notamment parce qu'il exige des adaptations plus substantielles de la part des acteurs et des organisations. (Secundo et al., 2019).

La littérature montre en effet que l'intégration d'une innovation dans les milieux de soins ne dépend pas uniquement de sa pertinence technique ou clinique. Elle repose aussi sur des conditions organisationnelles favorables, telles que la compatibilité avec les valeurs et les pratiques existantes, l'adaptation au contexte local et la qualité du leadership organisationnel (Nilsen et al., 2020). De même, Greenhalgh et al. (2004) mettent en évidence l'importance des réseaux professionnels, des mécanismes formels de communication et de la réactivité institutionnelle dans l'implantation des innovations en santé.

Au Canada, Gaboury et al. (2009) montrent que la collaboration interprofessionnelle constitue un facteur important dans la mise en œuvre de modèles de soins efficaces et peut favoriser l'émergence d'innovations. Denis and Van Gestel (2015) soulignent pour leur part l'importance d'une gouvernance adaptée, combinant leadership synergique et engagement des parties prenantes, tandis que Gagnon et al. (2016) rappellent, dans le contexte des organisations de soins de santé primaires au Québec, que les transformations ont davantage de chances de réussir lorsqu'elles sont centrées sur l'individu et accompagnées d'une formation appropriée.

Au regard de tout ceci, l'innovation ne peut être considérée comme un simple ajout fonctionnel. Il s'agit d'un processus structuré et non linéaire qui transforme en profondeur les pratiques professionnelles et les relations organisationnelles. Dans ce cadre, la technologie de l'information joue un rôle moteur central, accélérant cette dynamique de changement (Omachonu & Einspruch, 2010). Elle ouvre ainsi la voie à une transformation numérique d'envergure, devenue un levier incontournable pour la modernisation et l'efficacité des systèmes de santé.

1.2.4 Projets de transformation numérique en santé

L'intégration de la technologie dans les organisations de santé ne constitue pas un phénomène nouveau. Depuis plusieurs décennies, le secteur de la santé évolue au gré des avancées technologiques, adoptant progressivement de nouvelles pratiques, méthodes et outils numériques. Pendant longtemps, ce mouvement a été envisagé sous l'angle du changement technologique, entendu comme l'introduction de procédés, d'outils ou d'équipements nouveaux visant principalement à améliorer les processus existants. Dans cette perspective, Alsène (1998) l'associe à une logique de modernisation organisationnelle centrée sur l'optimisation des pratiques en place. Plus récemment, Hanelt et al. (2021) l'associent à un changement organisationnel induit et façonné par la diffusion massive des technologies numériques. Qu'il s'agisse de l'intégration de nouveaux dispositifs ou de la modernisation de méthodes de travail, le changement technologique vise avant tout à accroître l'efficience, réduire les coûts ou bonifier la qualité des produits et services. Il reste toutefois centré sur l'optimisation des pratiques sans remettre fondamentalement en cause les modèles d'affaires ni les logiques culturelles de l'organisation.

Aujourd'hui, cette perspective est renouvelée par le concept de transformation numérique, qui dépasse largement la seule adoption de technologies nouvelles. La transformation numérique renvoie à un processus plus global et stratégique, impliquant une redéfinition profonde des modèles d'organisation, des interactions entre professionnels de santé et patients, ainsi que des processus décisionnels et opérationnels. Raimo et al. (2023) y voient une évolution à la fois technique et sociotechnique des organisations, caractérisée par l'adoption d'outils numériques destinés à maintenir et accroître leur productivité. Ils ajoutent qu'elle implique une transition significative dans les méthodes de travail, les processus internes et les interactions, rendue possible par l'introduction et la généralisation de technologies. Dans cette même suite d'idées, Vial (2019) la conçoit comme un processus de changement profond grâce à l'usage combiné de technologies de l'information, de l'informatique, des communications et de la connectivité. Ainsi, alors que le changement technologique demeure centré sur l'amélioration des pratiques existantes, la transformation

numérique engage une reconfiguration plus large des structures, des processus et des relations entre acteurs.

Dans le secteur de la santé, cette dynamique a pris une ampleur particulière. Les technologies numériques ne servent plus uniquement à soutenir des activités administratives ou cliniques isolées ; elles participent désormais à la reconfiguration des parcours de soins, des modes de coordination, de la circulation de l'information et des interactions entre professionnels et usagers. En ce sens, les projets de transformation numérique en santé ne relèvent pas seulement de la modernisation technique, mais d'une évolution plus profonde des systèmes de soins et de leur fonctionnement organisationnel. Cette lecture est particulièrement importante pour le présent mémoire, dans la mesure où l'implantation d'un système numérique en résidence ne peut être comprise uniquement à partir de ses caractéristiques techniques, mais doit aussi être envisagée à travers les transformations qu'elle induit dans les pratiques, les responsabilités et les modalités de coordination.

La pandémie de COVID-19 a fortement accéléré cette dynamique. La crise sanitaire mondiale a placé les systèmes de santé sous une pression sans précédent (Agarwal et al., 2010; Kraus et al., 2021; Sousa et al., 2021). Elle a accentué des défis structurels préexistants tels que le vieillissement démographique, la gestion simultanée des patients atteints de COVID-19 et ceux souffrant d'autres pathologies, ou encore les enjeux liés à la vaccination à grande échelle (Buckner et al., 2021; Cheng et al., 2009; Cobianchi et al., 2020). Dans ce contexte, l'adoption massive et accélérée des technologies numériques a été identifiée comme une réponse essentielle pour gérer la complexité croissante des processus de santé (Ceipek et al., 2021; Ghosh et al., 2022; Pereira et al., 2023). Elle a également pour objectif de favoriser l'engagement des patients dans leurs parcours de soins, optimiser les processus diagnostiques et thérapeutiques, et améliorer l'efficacité opérationnelle et administrative des établissements (Barlow et al., 2006; Biancone et al., 2023; Loftus et al., 2020; Marques & Ferreira, 2020; Miceli et al., 2022). Toutefois, il importe de souligner que la pandémie n'a pas créé ex nihilo la transformation numérique en santé ; elle en a plutôt accéléré la diffusion et révélé le caractère désormais stratégique.

Comme le soulignent Ting et al. (2020), le proverbe « *une crise est une opportunité* » trouve tout son sens dans la crise de 2020, laquelle a offert une occasion majeure de faire progresser la technologie numérique. Selon ceux-ci, la pandémie a joué un rôle déterminant dans l'accélération de la transition numérique du secteur de la santé, en stimulant l'adoption rapide de solutions technologiques innovantes. Dal Mas et al. (2023) proposent une classification des technologies numériques en santé en cinq grandes catégories : les technologies de santé intelligentes, les technologies d'activation et de collecte de données, les outils de l'industrie 4.0, les technologies cognitives, ainsi que les technologies liées aux médicaments et aux maladies. Cette typologie met en évidence l'ampleur et la diversité de l'écosystème numérique en santé, qui dépasse largement la seule télémédecine ou les dossiers de santé électroniques.

Les retombées associées à ces technologies sont multiples. Elles concernent l'amélioration de la gestion des connaissances, des processus et des stratégies organisationnelles. Elles comprennent également l'amélioration des relations avec les patients ainsi que le développement d'approches davantage centrées sur leurs besoins. Par ailleurs, ces technologies contribuent au bien-être des populations âgées et à la réduction des coûts associés aux soins de santé (Frennert, 2021; López-Martínez et al., 2020). D'autres bénéfices importants concernent la précision des données, ainsi que des gains en efficacité opérationnelle, en formation et en précision diagnostique. Ces transformations redéfinissent profondément les interactions et services offerts, touchant un large éventail d'acteurs clés, notamment les patients, les cliniciens et les institutions de santé.

Néanmoins, malgré les bénéfices indéniables apportés par ces innovations, leur mise en œuvre effective dans le secteur de la santé se heurte à des défis complexes. Parmi les principaux obstacles, la sécurité de l'information occupe une place prépondérante, soulevant des préoccupations majeures quant à la protection des données sensibles (Ali et al., 2018; Almulhim et al., 2019; Pace et al., 2019; Sannino et al., 2019; Wang et al., 2019). À cela s'ajoutent des enjeux liés à la propriété intellectuelle, notamment les brevets, ainsi que des contraintes économiques telles que les plafonds de prix et l'insuffisance de partenariats

stratégiques (Aceto et al., 2018; Hamidi, 2019; Munzer et al., 2019). Le déficit de compétences spécifiques en technologies de l'information et de la communication représente un autre frein majeur, limitant la capacité des organisations à intégrer efficacement ces innovations (Manogaran et al., 2018; Mutlag et al., 2019). Par ailleurs, les coûts élevés d'implantation, les incertitudes réglementaires, la faiblesse des infrastructures TIC et le décalage entre l'adoption technologique et la stratégie globale des organisations de soins représentent autant de facteurs susceptibles de ralentir ou de compromettre la transformation numérique(Almulhim et al., 2019; Elhoseny et al., 2018; Guha & Kumar, 2018; Kumari et al., 2018; Pan et al., 2019; Rajan & Rajan, 2018; Sannino et al., 2019).

Ces transformations ne se concrétisent donc pas de manière spontanée : elles prennent forme à travers des projets structurés, mobilisant des ressources, des parties prenantes variées et une gouvernance adaptée. C'est dans ce cadre que la gestion de projet joue un rôle central, en assurant la planification, le suivi et l'évaluation des initiatives, tout en gérant les risques et en garantissant l'alignement stratégique. Zhang et al. (2022) mettent en lumière que les projets de transformation numérique traduisent la capacité d'une organisation à exploiter stratégiquement les technologies numériques pour améliorer sa performance globale et renforcer sa compétitivité sur le marché. Dans le secteur de la santé, cette capacité revêt une importance particulière, puisque les projets s'inscrivent dans des environnements fortement réglementés, multidisciplinaires et sensibles sur le plan humain.

La complexité, l'incertitude et la dimension multidisciplinaire des projets de transformation numérique en santé imposent une adaptation des cadres classiques de gestion de projet. Dans la pratique, la gestion de ces derniers s'appuie sur des méthodologies reconnues, tout en s'ajustant aux particularités propres au secteur. Dès lors, le choix méthodologique devient un facteur critique de succès.

Traditionnellement, les projets informatiques dans ce domaine étaient souvent conduits à l'aide d'approches prédictives classiques, telles que le modèle en cascade (waterfall), davantage adaptées à des contextes où les exigences sont stables et clairement définies. Or, dans les projets de transformation numérique en santé, marqués par l'évolution rapide des

besoins, la pluralité des acteurs et l'incertitude organisationnelle, ces approches montrent rapidement leurs limites. C'est pourquoi, comme le soulignent Kokol et al. (2022), les approches agiles gagnent en popularité en milieu clinique, en raison de leur flexibilité, de leur capacité d'adaptation et de la place qu'elles accordent à la rétroaction, à l'implication des parties prenantes et à l'amélioration continue (Aditya et al., 2022; Heri Iswanto, 2019; Jordan et al., 2022; Sagarna Garcia & Pereira Jerez, 2019). Sans entrer dans une description détaillée de chacun de ces cadres, il importe de souligner que des méthodes comme *Scrum* ou Kanban sont particulièrement mobilisées lorsqu'il s'agit de soutenir une progression itérative, une meilleure visibilité de l'avancement et une adaptation plus rapide aux imprévus.

De plus en plus, les organisations recourent également à des approches hybrides, combinant des éléments prédictifs et adaptatifs afin de concilier exigences de conformité, stabilité procédurale et besoin d'agilité, particulièrement dans un secteur réglementé comme la santé (Desai et al., 2024). Dans cette logique, des modèles comme l'Agile-Stage-Gate illustrent la volonté d'articuler contrôle et flexibilité dans la conduite de projets technologiques (Cavalieri & Saisse, 2019), même si leur pertinence pour les projets les plus innovants fait l'objet de débats (Cooper & Sommer, 2018). À cet effet, l'intégration des éléments agiles aux processus des systèmes de jalons existants a pour résultat un modèle hybride Agile-Stage-Gate (Cavalieri & Saisse, 2019; PMI, 2017). Les travaux de Conforto and Amaral (2016) montrent néanmoins que de telles approches peuvent améliorer la qualité des échanges d'information, renforcer l'engagement des acteurs et soutenir le leadership au sein des équipes. D'autres combinaisons, comme l'association entre Agile et Design Thinking, visent quant à elles à mieux intégrer l'expérience et les attentes des utilisateurs dans la conception des solutions(Carlgren et al., 2016; Grashiller et al., 2017; Luchs et al., 2015).

Toutefois, quelle que soit la méthode retenue, son efficacité dépend des caractéristiques du projet, des compétences disponibles, de la culture organisationnelle et du contexte d'implantation. Dès lors, malgré le recours croissant à des cadres agiles ou hybrides, certains projets de transformation numérique réussissent mieux que d'autres. Si les facteurs de succès

varient selon la spécificité du projet et de l'organisation concernée, la littérature met néanmoins en évidence plusieurs conditions clés récurrentes.

Un premier ensemble de facteurs renvoie à la gouvernance et au pilotage stratégique du projet. L'engagement actif de la direction générale apparaît ici comme un levier central, dans la mesure où il facilite à la fois la mobilisation des ressources et la prise de décisions stratégiques nécessaires au bon déroulement du projet (Kitsios & Kapetaneas, 2022). De la même manière, l'existence d'un plan stratégique clair contribue à orienter l'action et à aligner les parties prenantes autour d'objectifs communs (Vrchota et al., 2021). Un deuxième ensemble de facteurs concerne les capacités organisationnelles et humaines. La montée en compétences des collaborateurs, soutenue par des dispositifs de formation continue adaptés, favorise l'appropriation des nouvelles technologies et la capacité des équipes à suivre l'évolution rapide du numérique (Singh et al., 2023). À cela s'ajoute l'importance d'une culture organisationnelle ouverte à l'innovation, à la flexibilité et au changement, ainsi que d'un leadership capable de maintenir la cohésion des équipes et de soutenir les transformations en cours (Kashyap et al., 2022; Sandkuhl et al., 2019). Enfin, la réussite de ces projets dépend aussi de conditions sociotechniques d'intégration. Une communication transparente et continue avec les parties prenantes favorise leur adhésion et une meilleure compréhension des enjeux du projet, tandis que le choix technologique doit demeurer cohérent avec les besoins de l'organisation et les caractéristiques de son écosystème numérique. De plus, des mécanismes rigoureux de gestion de la qualité et de la sécurité contribuent à pérenniser les résultats obtenus et à renforcer la confiance des utilisateurs.

Si les facteurs précédemment décrits constituent des conditions nécessaires à la performance, ils restent fragiles : dès qu'ils font défaut ou qu'ils s'articulent mal entre eux, les effets attendus s'inversent. Suivant cette perspective, l'échec d'un projet de transformation numérique renvoie à l'impossibilité d'atteindre les objectifs assignés à l'introduction des technologies, autrement dit à une non-réalisation des résultats attendus (Omrani et al., 2024).

La littérature montre que cette fragilisation peut d'abord résulter d'un défaut de gouvernance et d'alignement stratégique. Lorsque les orientations du projet demeurent imprécises, que l'implication de la haute direction est limitée ou que les solutions technologiques sont insuffisamment alignées sur les finalités organisationnelles, l'intégration opérationnelle devient plus incertaine et le projet perd l'appui politique et financier nécessaire à sa progression. Elle peut également découler d'un manque de ressources et de compétences. Une planification déficiente des investissements, un financement insuffisant, une dotation limitée en ressources ou encore un déficit de compétences au sein de l'équipe favorisent les retards, les surcoûts, les erreurs d'exécution et une mise en œuvre plus difficile des solutions numériques. Les difficultés tiennent souvent à la dimension humaine et organisationnelle de la transformation. Lorsque la communication entre l'équipe projet et les parties prenantes manque de clarté, que les attentes demeurent ambiguës ou que la conduite du changement n'est ni expliquée ni accompagnée de mesures de soutien adaptées, la résistance au changement augmente et l'appropriation des nouveaux outils s'en trouve compromise, tant sur le plan de l'usage que de la compréhension.

Les projets de transformation numérique en santé s'inscrivent dans une dynamique à la fois stratégique, technologique et humaine. Bien qu'ils mobilisent des ressources importantes et génèrent des coûts d'implémentation immédiats, leurs retombées s'inscrivent dans une temporalité plus étalée, nécessitant une vision à long terme de la performance organisationnelle. Or, pour que ces technologies puissent réellement transformer les pratiques et produire des effets durables, leur intégration ne peut se limiter à une mise en œuvre technique. Elle suppose, en amont comme en aval, une reconfiguration des structures, des processus, et surtout des comportements. Dès lors, comme le rappellent Cobianchi et al. (2022), la réussite de ces initiatives repose fondamentalement sur la capacité des organisations à conduire un changement organisationnel profond, mobilisant l'ensemble des parties prenantes autour d'une vision commune du numérique.

1.3 GESTION DU CHANGEMENT ORGANISATIONNEL

Si la transformation numérique constitue un vecteur d'innovation, sa réussite repose moins sur la technologie elle-même que sur la capacité de l'organisation à accompagner l'évolution des pratiques et des comportements. C'est précisément l'objet de la gestion du changement organisationnel, qui vise à structurer l'adaptation collective et individuelle afin d'assurer l'appropriation durable des transformations. La littérature met ainsi en évidence différents modèles permettant de comprendre et d'encadrer ces dynamiques, tout en identifiant les résistances possibles, en déployant des stratégies de communication adaptées et en dégageant les leviers critiques de réussite.

Dans le secteur de la santé, où l'adoption d'innovations numériques touche à des pratiques profondément ancrées et à des identités professionnelles fortes, elle devient un enjeu critique. Plus qu'un outil de gestion, elle représente une compétence stratégique qui détermine si l'innovation sera vécue comme une amélioration partagée ou comme une contrainte imposée.

1.3.1 Le changement organisationnel

Le changement est généralement appréhendé comme une transformation significative entre un état existant jugé obsolète et un futur porteur de progrès (Autissier & Moutot, 2016). Pour être véritablement qualifié de changement, il doit dépasser la simple adaptation quotidienne et toucher des dimensions substantielles de l'organisation, telles que les méthodes de travail, les outils, la structure ou encore la culture. Dans cette perspective, Champagne (2002), rappelle qu'il s'agit d'un processus incertain, mobilisant une pluralité d'acteurs dont l'implication varie dans le temps, tandis que Rouleau (2007) l'associe à une transformation des interactions organisées, volontaire ou imposée, traduisant la nécessité pour les organisations de s'adapter à leur environnement. Si certains le définissent avant tout comme un processus général, d'autres insistent sur sa dimension organisationnelle.

1.3.1.1 Définition du changement organisationnel et facteurs à l'origine

Nurcan et al. (2002) considèrent le changement organisationnel comme une trajectoire de transformation guidant l'organisation de son état présent vers un état futur désiré, en identifiant clairement les éléments à faire évoluer. Cette idée rejoint celle de Moran and Brightman (2001), pour qui la gestion du changement, envisagée comme un volet du développement organisationnel, correspond à un processus continu d'adaptation de l'orientation, de la structure et des capacités organisationnelles afin de répondre aux attentes en perpétuelle évolution des parties prenantes internes et externes. Burnes (2009) souligne pour sa part que le changement constitue une constante de la vie organisationnelle, qu'il s'agisse du niveau opérationnel ou stratégique. De ce fait, il est nécessaire pour toute organisation de développer sa capacité à se projeter vers l'avenir et à piloter les ajustements indispensables à son développement futur (Hornstein, 2015).

Le changement organisationnel ne survient pas de manière fortuite ; il est généralement déclenché par une combinaison de facteurs internes et externes qui exercent une pression sur l'organisation et l'incitent à se transformer. Alors que certaines entreprises privilégient la stabilité et l'efficacité opérationnelle, elles doivent néanmoins adapter en permanence leurs structures et leurs pratiques aux évolutions de leur environnement pour assurer leur compétitivité et leur pérennité (Burnes, 2009).

Les facteurs externes renvoient aux influences issues de l'environnement dans lequel l'organisation évolue. Ils incluent notamment les transformations technologiques, sociales, économiques, politiques et juridiques. À cet égard, les avancées technologiques récentes, telles que la généralisation des réseaux de télécommunication, la robotique, les logiciels de gestion intégrés ou encore la transformation numérique, constituent des catalyseurs majeurs de changement (Predişcan & Roiban, 2014). Ces évolutions offrent de nouvelles possibilités de compétitivité, mais elles obligent également les organisations à revoir leurs systèmes, leurs processus et leurs modes de gestion. Par ailleurs, la mondialisation, l'évolution des préférences des consommateurs, les crises économiques, les mutations démographiques ou

encore les changements politiques figurent parmi les autres déterminants externes susceptibles de remettre en question l'équilibre des organisations et de forcer leur adaptation.

Les facteurs internes sont liés aux dynamiques propres à l'organisation. Ils se manifestent souvent par des signaux de dysfonctionnement ou par la volonté d'améliorer les performances. Parmi ces facteurs figurent les crises internes, la baisse d'efficacité, les insuffisances des systèmes existants ou encore l'aspiration des employés à un environnement de travail plus motivant et stimulant. Les ressources humaines jouent un rôle clé : l'évolution des attentes des travailleurs, la diversité croissante de la main-d'œuvre et les enjeux liés à l'égalité, à l'inclusion ou à la lutte contre les discriminations constituent autant de leviers de changement que les dirigeants doivent intégrer (Carnall, 2007). À cela s'ajoutent des facteurs financiers, dans la mesure où les organisations cherchent à réduire leurs coûts tout en améliorant leur efficacité opérationnelle. Des approches comme le lean management ou le Kaizen s'inscrivent dans cette logique d'amélioration continue. Toutefois, leur succès dépend étroitement de l'adhésion des équipes et de la mise en place de processus de gestion du changement efficaces (Sénior & Swailes, 2016).

Ces éléments de définition et de causalité constituent un socle essentiel à la compréhension du phénomène. La suite de cette sous-section sera consacrée aux typologies du changement organisationnel, qui mettent en lumière la diversité de ses formes et de ses dynamiques.

1.3.1.2 Types de changement

Plusieurs typologies ont été proposées pour mieux cerner la diversité des formes que peut prendre le changement organisationnel. Giroux (1991) en propose une lecture selon trois dimensions : son ampleur, qui peut concerner l'ensemble de l'organisation ou seulement une partie ; sa profondeur, qui s'exprime par des transformations majeures ou, au contraire, superficielles ; et enfin, son rythme, qui peut se déployer progressivement ou de manière

accélérée. Cette typologie offre un éclairage pertinent pour cerner les projets de transformation numérique en milieu de soins, dont les caractéristiques affectent à la fois les processus organisationnels et le travail des employés.

Autissier and Moutot (2003) proposent une autre lecture fondée sur l'intentionnalité et le rythme du changement. Selon eux, un changement peut être imposé par des pressions externes ou initié volontairement, et se déployer de manière progressive ou brutale. Ainsi émergent quatre (4) formes de changement organisationnel (Autissier & Moutot, 2003) :

- ✓ Changement prescrit : réponse progressive à des pressions externes (contraintes réglementaires ou technologiques), qui s'inscrit sur une période de plusieurs mois à quelques années;
- ✓ Changement de crise : transformation brutale visant à corriger un dysfonctionnement immédiat, tel qu'un accident, une grève ou des plaintes de clients, et qui s'étend généralement sur une durée très courte;
- ✓ Changement construit : évolution volontaire et progressive de la culture ou des processus organisationnels, pouvant s'étaler sur plusieurs années et modifiant la représentation que les acteurs se font de leur entreprise;
- ✓ Changement adaptatif : ajustement volontaire et rapide, souvent lié à l'introduction de nouvelles pratiques, compétences ou technologies, et mis en œuvre de façon moins brusque qu'une réaction de crise.

Plus récemment, Autissier et al. (2024) enrichissent cette vision en proposant une matrice descriptive fondée sur deux autres paramètres : la méthode retenue vis-à-vis des parties prenantes (négociation versus imposition) et le temps alloué à la mise en œuvre (long terme versus court terme). De cette grille émergent quatre types de changement : le changement continu (long et négocié), le changement proposé (rapide et négocié), le changement dirigé (rapide et imposé), et le changement organisé (long et imposé). Cette

classification apporte un éclairage complémentaire en insistant sur le rôle du contexte décisionnel et de la temporalité dans le processus de transformation.

La mise en relation de ces typologies permet de mieux comprendre que le changement organisationnel peut varier à la fois par son intensité, son rythme, son intentionnalité et son mode de conduite. En ce sens, elles constituent des repères utiles pour appréhender la diversité des transformations observables dans les organisations. Une fois cette variété reconnue, il devient alors pertinent de s'interroger non seulement sur les formes du changement, mais sur la manière de le piloter, ce à quoi répondent les modèles de gestion du changement.

1.3.2 Modèles de gestion du changement

Les modèles de gestion du changement offrent aux organisations des repères conceptuels qui servent à orienter et à encadrer les démarches de transformation. Ils visent, selon les cas, à décomposer les étapes à franchir, à préciser les processus de mise en œuvre, à identifier les variables en jeu ou encore à proposer les leviers qui favorisent la réussite de la démarche. Au fil des décennies, un grand nombre de modèles se sont développés, chacun s'appuyant sur des fondements théoriques issus de disciplines variées.

Parry et al. (2014) proposent de regrouper ces approches en deux grandes catégories. Les modèles processuels décrivent la succession d'étapes nécessaires à la conduite et la gestion du changement. On retrouve dans cette catégorie le modèle en trois phases de Lewin, les huit étapes de Kotter, la roue du changement de Kanter ou encore le modèle d'ADKAR. Les modèles descriptifs, pour leur part, s'intéressent aux principaux facteurs organisationnels susceptibles d'influencer le processus de transformation et ses résultats. Parmi les plus connus figurent le modèle de suivi du changement de Parry et al., celui de Cummings et Worley ainsi que le modèle de McKinsey.

Au regard de la présente recherche, qui s'intéresse aux projets de transformation numérique en santé, il convient de souligner que la littérature mobilise plus particulièrement certains modèles de gestion du changement. Parmi ceux-ci, les modèles de Lewin, de McKinsey, de Kotter, et d'ADKAR apparaissent comme les plus fréquemment utilisés, les développements qui suivent en présentent les principaux apports pour la compréhension du changement organisationnel.

1.3.2.1 Le modèle de Lewin

Kurt Lewin est reconnu comme l'un des premiers auteurs à avoir théorisé la gestion du changement organisationnel. Ses travaux, élaborés dès les années 1940, constituent le socle du changement planifié (Robbins et al., 2013; Schein, 2010). À travers sa célèbre métaphore du bloc de glace, il propose un modèle en trois étapes : le dégel, la transition et le regel, qui demeure une référence incontournable dans la littérature (Lewin, 1946).

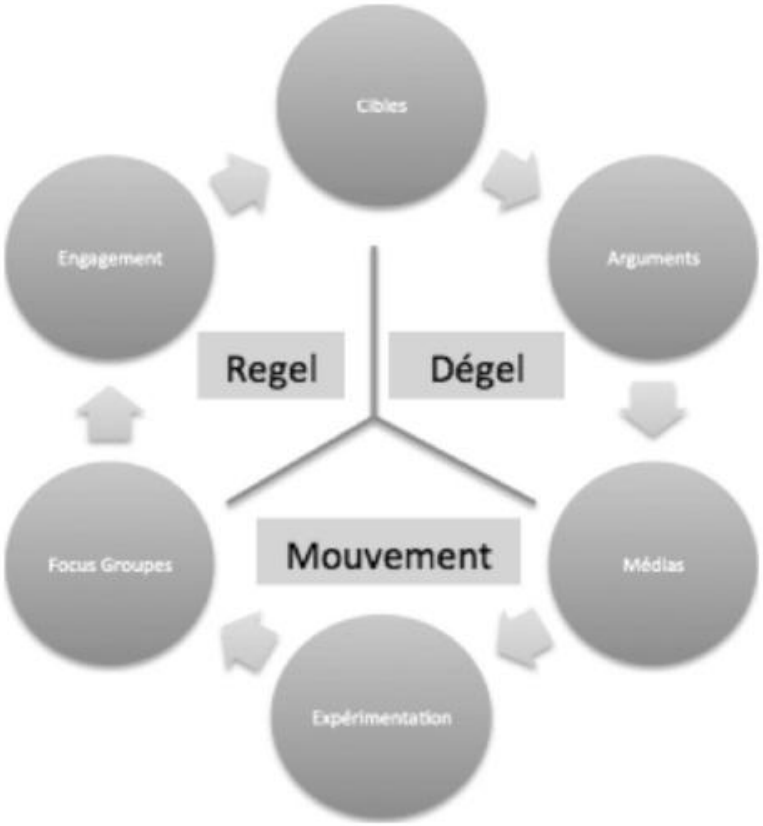


Figure 3. La démarche Lewinienne © Autissier et al., 2018.

La première étape, le dégel, consiste à rompre avec le statu quo en préparant l'organisation et ses membres à envisager d'autres façons de faire. La deuxième, la transition, correspond à la phase au cours de laquelle de nouveaux comportements, pratiques ou repères sont progressivement expérimentés et intégrés. Cette étape requiert un accompagnement actif afin de soutenir l'apprentissage, l'adaptation et l'appropriation des nouvelles modalités de fonctionnement. L'échange et la discussion y occupent un rôle central. Lewin a d'ailleurs introduit les « focus groups » comme dispositif favorisant le dialogue collectif, permettant aux employés de partager leurs préoccupations et de coconstruire des solutions.(Lewin & Cartwright, 1951). Enfin, le regel vise à stabiliser les nouvelles pratiques afin d'éviter un retour aux habitudes antérieures et d'ancrer le changement dans le fonctionnement de l'organisation (Bareil & l'entrepreneurship, 2004).

Ce modèle met en évidence deux dimensions fondamentales : la nécessité d'une préparation rigoureuse en amont, afin de créer les conditions favorables au changement, et l'importance de l'implication des individus tout au long du processus. L'apprentissage collectif, le dialogue et la communication interactive apparaissent comme des leviers décisifs pour susciter l'adhésion et réduire la résistance (Autissier et al., 2022). Toutefois, son caractère relativement linéaire peut apparaître limité face à des contextes contemporains plus changeants, où les étapes du changement tendent à s'entrecroiser davantage.

1.3.2.2 Le modèle 7S de McKinsey

Le modèle des 7S a été élaboré au début des années 1980 par Waterman, Peters et Phillips, alors consultants au cabinet McKinsey (1980). Ils proposent une approche intégrée de l'analyse organisationnelle fondée sur sept dimensions interdépendantes : la stratégie, la structure, les systèmes, le style de management, le personnel, les compétences et les valeurs partagées. Ces dimensions sont généralement regroupées en deux catégories complémentaires : les éléments dits durs, plus tangibles et plus facilement identifiables, et les éléments dits doux, davantage liés à la culture, aux comportements et aux dynamiques humaines.

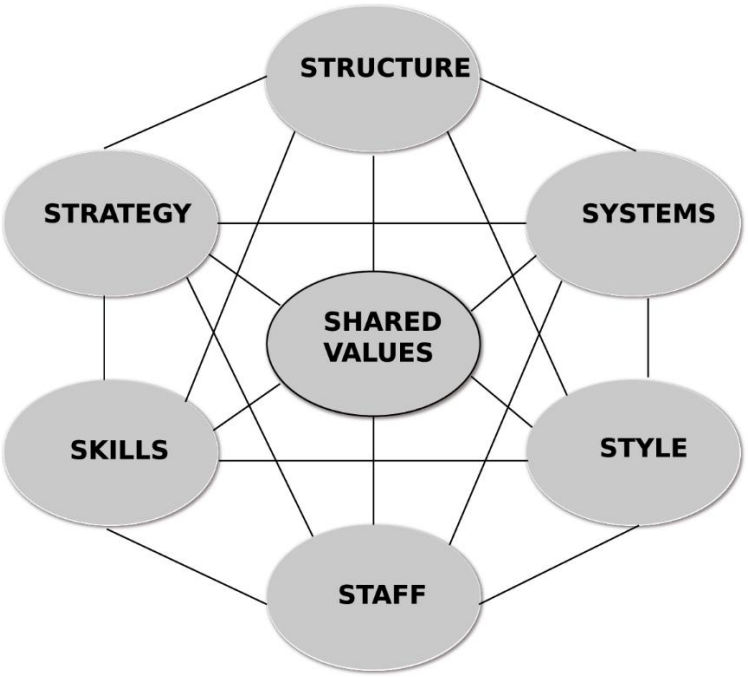


Figure 4. Variables de performance organisationnelle © Chmielewska et al., 2022.

Les éléments durs renvoient à la stratégie, à la structure et aux systèmes. Ils concernent les orientations de l'organisation, la répartition des rôles et des responsabilités, ainsi que les procédures et mécanismes qui soutiennent son fonctionnement. Les éléments doux regroupent pour leur part le style, le personnel, les compétences et les valeurs partagées, c'est-à-dire les dimensions plus intangibles qui touchent au leadership, aux ressources humaines, aux savoir-faire distinctifs et au socle culturel de l'organisation.

L'efficacité du modèle repose sur l'idée que ces sept dimensions doivent être alignées pour garantir la cohérence et la performance organisationnelle (Arcand, 2011). Un déséquilibre entre elles peut générer des dysfonctionnements et freiner l'atteinte des objectifs. Dans le contexte de la transformation numérique, le modèle 7S s'avère particulièrement pertinent. Il est utilisé comme outil de diagnostic afin d'identifier les composantes internes qui doivent être adaptées pour aligner l'organisation sur les évolutions (Trushkina et al., 2020).

1.3.2.3 Le modèle de Kotter

John P. Kotter, professeur à la Harvard Business School, a proposé dans son ouvrage Leading Change (1996) un modèle en huit étapes, devenu l'une des références majeures de la gestion du changement. Ce modèle vise à accompagner les organisations dans leurs transformations en mettant particulièrement l'accent sur le rôle central des gestionnaires et sur la capacité des gestionnaires à mobiliser l'organisation tout au long du processus. Comme le soulignent Autissier et al. (2018), ces étapes s'enchaînent de manière interdépendante, depuis la création d'un sentiment d'urgence jusqu'à l'ancrage durable du changement dans la culture organisationnelle.



Figure 5. Les 8 étapes de Kotter © Autissier et al., 2018.

Le modèle de Kotter repose sur plusieurs idées centrales : la nécessité de faire émerger une prise de conscience de l'urgence du changement, l'importance de constituer une coalition capable de porter la transformation, la formulation d'une vision claire et mobilisatrice, ainsi

que la communication continue de cette vision auprès des membres de l'organisation. Il insiste également sur la levée des obstacles à l'action, sur la production de résultats tangibles à court terme, sur la consolidation progressive des acquis et, enfin, sur l'ancrage des nouvelles pratiques dans les normes et les valeurs de l'organisation (Kotter, 1996).

L'intérêt de ce modèle réside dans le fait qu'il met en évidence la dimension collective et managériale du changement. Il rappelle qu'une transformation organisationnelle ne peut être réduite à une décision technique ou structurelle, mais qu'elle suppose un travail actif de mobilisation, de communication et de consolidation dans le temps. Cette lecture est particulièrement pertinente dans les projets de transformation numérique en santé, où la réussite dépend souvent de la capacité à construire une vision partagée, à soutenir l'engagement des acteurs et à stabiliser durablement les nouvelles pratiques. Le modèle présente toutefois certaines limites. Son caractère relativement séquentiel peut apparaître moins adapté à des environnements contemporains marqués par l'incertitude, l'itération et les ajustements continus. De plus, s'il insiste fortement sur le leadership et la dynamique collective, il éclaire moins finement les mécanismes individuels d'appropriation du changement. Il constitue néanmoins un cadre utile pour penser les conditions organisationnelles et managériales de la transformation.

1.3.2.4 Le modèle d'ADKAR

Développé par Jeffrey Hiatt, le modèle ADKAR (Awareness, Desire, Knowledge, Ability, Reinforcement) a été introduit en 2006 comme une approche structurée de la gestion du changement orientée sur les individus. Il repose sur l'idée que la réussite d'une transformation organisationnelle dépend de la capacité à accompagner progressivement les personnes concernées, depuis la prise de conscience de la nécessité du changement jusqu'au renforcement durable des nouvelles pratiques (Hiatt, 2006). Dans cette perspective, la résistance au changement n'est pas envisagée comme une anomalie, mais comme un phénomène naturel que les gestionnaires doivent anticiper et accompagner.

Le modèle s'articule autour de cinq étapes progressives et complémentaires comme présentées sur la figure 6 ci-après.

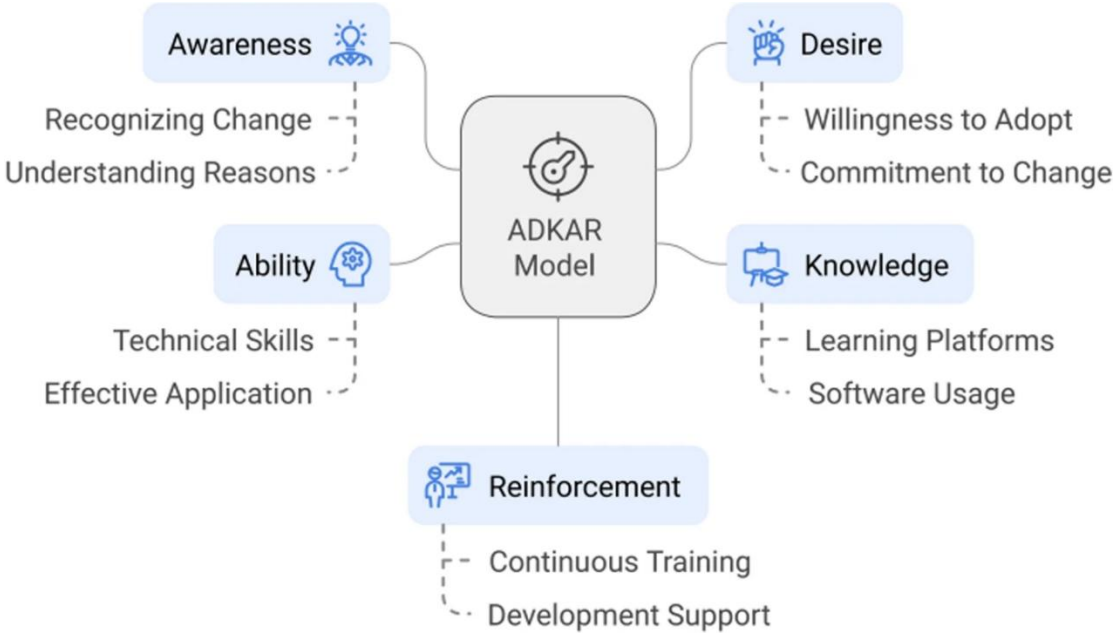


Figure 6. Concepts clés du modèle ADKAR © Zine et al., 2025.

Il englobe la conscience de la nécessité du changement, le désir d'y participer, la connaissance des actions à entreprendre, la capacité à mettre en œuvre les nouvelles pratiques et, enfin, le renforcement destiné à consolider les acquis. L'intérêt de cette progression réside dans le fait qu'elle permet de suivre le changement à l'échelle individuelle, en identifiant les étapes où des difficultés peuvent apparaître et où un soutien plus ciblé devient nécessaire (Dana, 2014; Paul & Zhou, 2017). À ce titre, le modèle constitue non seulement un cadre d'accompagnement, mais aussi un outil de repérage permettant d'identifier les zones de résistance et les actions correctives à envisager.

La littérature récente confirme la pertinence de ce modèle dans des contextes de transformation numérique, et plus particulièrement en santé. En effet, ce secteur se caractérise par la complexité des pratiques cliniques, la diversité des acteurs impliqués et parfois un manque de littératie numérique (Konttila et al., 2019). Dans ce type d'environnement, ADKAR s'avère efficace pour accompagner progressivement les

professionnels, en renforçant à la fois leur compréhension du sens du changement et leurs compétences pratiques. Des études empiriques montrent que son utilisation améliore l'acceptation des innovations technologiques et favorise leur appropriation durable (Yalçın et al., 2024).

L'apport principal d'ADKAR tient ainsi à l'attention qu'il porte à la dimension humaine du changement. Il met en lumière l'importance de la communication, de la formation et du renforcement organisationnel dans la consolidation des nouvelles pratiques. S'il éclaire particulièrement bien les mécanismes individuels d'appropriation, il gagne toutefois à être mobilisé en complément d'autres modèles plus attentifs aux dimensions structurelles et stratégiques de la transformation.

L'analyse des principaux modèles de gestion du changement montre que chacun apporte un éclairage distinct sur les conditions de réussite d'un changement organisationnel. Le modèle de Lewin met l'accent sur la nécessité de préparer le changement, de l'accompagner dans sa phase de transition, puis d'en consolider durablement les effets. Le modèle 7S de McKinsey insiste davantage sur la cohérence interne de l'organisation, en soulignant que la transformation ne peut réussir que si les dimensions stratégiques, structurelles, humaines et culturelles demeurent suffisamment alignées. Le modèle de Kotter, pour sa part, éclaire surtout la dimension managériale et collective du changement, à travers le leadership, la vision, la communication et la mobilisation progressive des acteurs. Enfin, le modèle ADKAR déplace l'attention vers l'individu, en montrant que la réussite du changement dépend aussi de la manière dont les personnes comprennent, acceptent, apprennent et stabilisent les nouvelles pratiques.

Pris isolément, aucun de ces cadres ne permet de saisir à lui seul toute la complexité d'une transformation numérique, qui mobilise simultanément des enjeux stratégiques, structurels, culturels, collectifs et individuels. L'intérêt de ces modèles réside donc moins dans le choix d'un cadre unique que dans la possibilité de les mobiliser de manière complémentaire, en fonction du contexte étudié et des dimensions du changement que l'on cherche à éclairer. En ce sens, ils constituent dans le présent mémoire des repères généraux

pour penser le changement organisationnel, tandis que l'analyse mobilisera par la suite un cadre de lecture plus proche des réalités de déploiement, permettant de mettre en relation, dans le contexte étudié, plusieurs des dimensions ici mises en évidence. Une telle articulation apparaît particulièrement pertinente dans le secteur de la santé, où les transformations numériques s'inscrivent dans des environnements fortement réglementés, multidisciplinaires et sensibles sur le plan humain. Dès lors, si ces modèles permettent de mieux penser la conduite du changement, leur mise en œuvre s'accompagne fréquemment d'une difficulté récurrente : l'émergence de résistances, qu'il devient essentiel de comprendre et d'anticiper.

1.3.3 Anticipation et gestion organisationnelle des résistances au changement

La résistance au changement est fréquemment présentée dans la littérature comme l'un des principaux écueils susceptibles de compromettre un processus de transformation. Dans les approches classiques, elle était surtout envisagée comme un obstacle au bon déroulement du changement, capable d'en retarder le lancement, d'en gêner l'exécution et d'en accroître les coûts (Ansoff & McDonnell, 1990). Elle a également été associée à une forme d'inertie organisationnelle ou à une volonté de maintien du statu quo (Rick Maurer, 1996; Rumelt, 1995). Cette lecture classique a longtemps dominé, renforçant l'idée que la résistance devait être neutralisée pour permettre la réussite du projet (Dent & Goldberg, 1999; Ford & Ford, 2010).

Les recherches plus récentes proposent toutefois une compréhension plus nuancée du phénomène. La résistance n'est plus seulement perçue comme un frein, mais aussi comme un signal révélateur des tensions, des préoccupations et parfois des limites du processus de changement. Les oppositions exprimées peuvent en effet traduire l'investissement d'acteurs suffisamment proches du fonctionnement réel de l'organisation pour repérer des failles ou anticiper certains risques (Oreg & Berson, 2019). Plutôt que de la réduire à une réaction irrationnelle, il s'agit de la comprendre et de l'intégrer comme un élément constitutif du processus de changement. Dans ce sens, plusieurs travaux ont contribué à conceptualiser plus

finement la notion. Piderit (2000) et Oreg et al. (2011) montrent que la résistance doit être appréhendée comme une réalité multidimensionnelle, à la fois affective, cognitive et comportementale.

La résistance apparaît donc moins comme un accident du changement que comme l'une de ses expressions naturelles. Loin d'être marginale, elle en constitue une composante incontournable, que les organisations doivent anticiper et encadrer avec discernement. Cette sous-section s'intéresse ainsi aux principales sources de résistance identifiées dans la littérature, avant de présenter les stratégies organisationnelles qui permettent d'en atténuer les effets et de soutenir le succès du changement.

1.3.3.1 Résistances

La résistance au changement, loin d'être un phénomène uniforme, résulte d'un ensemble de déterminants qui se manifestent à différents niveaux de l'organisation et du vécu individuel. Une première catégorie de résistances peut apparaître dès la phase de formulation du changement. Elle renvoie à des difficultés d'ordre cognitif et stratégique, telles que la myopie stratégique, le déni ou la perpétuation d'idées dépassées, qui limitent la capacité de l'organisation à envisager lucidement la nécessité de se transformer (Barr et al., 1992; Rumelt, 1995). À cela s'ajoutent des hypothèses implicites peu discutées et des barrières communicationnelles qui réduisent la circulation d'informations critiques et favorisent le silence organisationnel (Morrison & Milliken, 2000).

D'autres résistances relèvent davantage de dimensions motivationnelles et émotionnelles. Le coût direct du changement, le souvenir d'échecs antérieurs ou encore une vision stratégique insuffisamment affirmée peuvent nourrir le scepticisme des acteurs et freiner leur engagement. Dans certains contextes, un environnement complexe ou peu mobilisateur peut également générer un fatalisme organisationnel qui décourage toute initiative de transformation (Rumelt, 1995; Waddell & Sohal, 1998).

Les résistances ne se limitent pas à la formulation ; elles apparaissent également au stade de l'implantation. Les blocages politiques et culturels constituent alors des freins majeurs, en particulier lorsque les valeurs véhiculées par le projet sont perçues comme incompatibles avec celles de l'organisation (Klein & Sorra, 1996). Les luttes interdépartementales, les croyances irréconciliables entre groupes, la loyauté émotionnelle à des pratiques établies ou encore l'oubli de la dimension sociale du changement nourrissent ces oppositions (Beer & Eisenstat, 1996; Rumelt, 1995; Strebel, 1994). Enfin, l'inaction du leadership, les routines profondément enracinées, les problèmes d'action collective et les lacunes de compétences nécessaires à l'appropriation des nouvelles pratiques figurent parmi les causes récurrentes de résistance (Kanter, 1989; R. Maurer, 1996; Reichers et al., 1997; Rumelt, 1995).

En complément de ces freins liés à la culture globale, au pouvoir et aux pratiques institutionnelles, d'autres sources de résistance apparaissent, cette fois davantage ancrées dans les caractéristiques personnelles et les modes de gestion au quotidien. Dans ses travaux, Arcand (2024) s'appuyant sur le modèle de Kotter and Schlesinger (1979), affirme que la résistance se présente sous des aspects très divers sur le plan individuel. Il souligne qu'elle trouve racine dans la peur de l'inconnu, la crainte des pertes (statut, emploi, repères), l'intérêt personnel menacé ou encore la faible tolérance psychologique face aux changements rapides. À ceci s'ajoute un déficit de communication claire ou une asymétrie d'informations, qui peut accentuer la méfiance et renforcer l'opposition des employés. Sur le plan organisationnel, le style de management, la cohérence des pratiques et la fiabilité perçue des dirigeants influencent directement la propension des collaborateurs à accepter ou à rejeter un projet de transformation (Warrick, 2023).

Certaines approches quant à elles soulignent l'importance des dimensions psychosociales et cognitives. La perception d'un projet comme inutile ou inopportun, le sentiment d'être méprisé ou privé des moyens nécessaires, ou encore les divergences de valeurs et de croyances sont autant de facteurs de résistance (Collerette et al., 2021). Bareil (2004) propose d'ailleurs une lecture dynamique du phénomène, montrant que les réactions

évoluent au fil du temps : du choc initial à la résistance active, puis à l'ouverture et à l'engagement. Les préoccupations des destinataires varient ainsi de l'impact personnel immédiat à des enjeux plus organisationnels ou collectifs, traduisant un continuum d'adaptation.

En somme, les sources de résistance s'enracinent dans une pluralité de facteurs stratégiques, politiques, organisationnels, psychosociaux et personnels, qui interagissent et se renforcent mutuellement. Comprendre cette diversité ne consiste pas uniquement à identifier des obstacles, mais aussi à reconnaître que la résistance peut constituer un signal utile, révélant des zones de fragilité, des incompréhensions ou des préoccupations légitimes à prendre en compte pour améliorer la conduite du changement. De plus, elle sert à mieux anticiper les réactions des acteurs et à concevoir des stratégies adaptées à la gestion de la résistance, ce que nous développerons dans la sous-section suivante.

1.3.3.2 Gestion des résistances

L'analyse de la littérature montre que la manière d'aborder la résistance au changement a elle-même évolué au fil du temps. Dans une perspective traditionnelle, la résistance était perçue comme un obstacle à éliminer, et les démarches visaient principalement à la réduire ou à la neutraliser. Toutefois, plusieurs auteurs soulignent que ces approches ont souvent eu l'effet inverse, en renforçant l'opposition plutôt qu'en la dissipant (Rick Maurer, 1996). Progressivement, une vision plus nuancée s'est imposée : la résistance n'est plus envisagée comme un simple frein, mais comme une réaction organisationnelle et individuelle inévitable, qui peut fournir des informations précieuses sur la qualité du processus de transition. Dès lors, il ne s'agit plus de surmonter la résistance, mais bien de la gérer, en reconnaissant qu'elle peut servir de levier pour ajuster la démarche de changement, améliorer l'efficacité des actions et renforcer l'adhésion des parties prenantes (Warrick, 2023). La gestion des résistances repose désormais sur des stratégies proactives visant non seulement à

atténuer les oppositions, mais aussi à en tirer parti comme indicateurs du climat organisationnel.

La gestion des résistances repose dès lors sur plusieurs leviers organisationnels complémentaires. La communication claire et rapide constitue un premier axe central. Informer rapidement et avec précision les employés sur les raisons, les objectifs et les impacts attendus du changement permet de dissiper les incertitudes, d'éviter les rumeurs et de réduire les craintes injustifiées (Hubbart, 2023). À l'inverse, un retard dans le partage de l'information agit comme un catalyseur de spéculations et alimente la méfiance. La mise en place de canaux de dialogue interactifs favorise alors la circulation bidirectionnelle de l'information et renforce la crédibilité de la démarche de transformation.

Un deuxième levier réside dans la participation et l'implication des acteurs concernés. La résistance tend à diminuer lorsque les acteurs concernés ne sont pas de simples destinataires, mais de véritables partenaires du changement. Leur participation, de la planification à la mise en œuvre, favorise un sentiment de légitimité et d'appropriation (Laidoune et al., 2021; Long et al., 2024). L'inclusion des employés dans les décisions organisationnelles permet de clarifier les zones d'incertitude, de renforcer la confiance envers la direction et d'accroître leur engagement. Ainsi, le changement s'opère dans un climat de coopération plutôt que d'imposition unilatérale (Hubbart, 2023).

La formation et le soutien constituent un troisième axe essentiel. Les résistances sont souvent liées à la peur de ne pas être capable de s'adapter aux nouvelles pratiques. Offrir aux destinataires des formations adaptées, un accompagnement pratique et les ressources nécessaires (temps, outils, encadrement) permet de réduire ces inquiétudes et de renforcer leur sentiment de compétence (Sartori et al., 2018). Au-delà de l'acquisition de savoir-faire, le soutien englobe également la prise en compte du vécu émotionnel des destinataires. Les mesures d'écoute active, l'empathie et l'aménagement d'espaces de dialogue contribuent à atténuer le stress lié au changement et à créer un climat propice à l'adaptation.

Enfin, le leadership représente un levier déterminant. La capacité des leaders à inspirer confiance, à démontrer un soutien constant et à incarner la vision du changement influence directement la manière dont celui-ci est perçu par les autres parties prenantes. Un leadership crédible et soutenant réduit l'incertitude et favorise l'adhésion(Gilli et al., 2024). Plus encore, les leaders qui adoptent une posture d'accompagnement fondée sur l'écoute, la reconnaissance et la transparence deviennent des catalyseurs essentiels de l'acceptation et de la pérennisation du changement.

Au-delà de ces leviers généraux, certaines approches, comme le modèle de Bareil (2004), permettent d'affiner la stratégie en fonction des étapes traversées par les destinataires du changement. Ce dernier, dans des recherches menées dans des contextes variés, montre que les destinataires du changement suivent une progression marquée par une séquence de sept phases de préoccupations. Le concept de préoccupation renvoie ici à une réalité cognitivo-affective, traduisant à la fois une inquiétude et un état émotionnel orienté vers un objet particulier du changement. Ces phases s'échelonnent de l'absence de préoccupation à l'amélioration continue du changement, en passant par des préoccupations centrées sur soi, sur l'organisation, sur le changement lui-même, sur l'expérimentation et sur la collaboration. Ce modèle rappelle que les bénéficiaires ne sont pas disponibles au même moment pour adhérer, se former ou s'impliquer. Bareil (2008) souligne d'ailleurs que ce n'est qu'à partir de la phase d'expérimentation qu'ils deviennent véritablement ouverts à l'apprentissage et à la modification de leurs habitudes. Le tableau 2 suivant illustre ces différentes étapes, en précisant pour chacune les expressions courantes, les priorités de gestion et les actions adaptatives attendues de la part des destinataires.

Tableau 2

Les sept phases de préoccupations en contexte de changement.

Phases de préoccupations	Expressions courantes et thématiques	Priorités de gestion	Actions adaptatives pour l'employé
1. Aucune préoccupation	« Je doute que ce changement me concerne » • Continuité des projets habituels et des habitudes de travail. • Peu d'importance accordée au changement.	Communiquer de façon précise et donner de l'importance au changement.	• Poser des questions. • Rechercher des faits et des données vérifiables. • Confronter sa position à celle des autres. • Reconnaître ses réactions.
2. Préoccupations centrées sur le destinataire	« Que va-t-il m'arriver ? » • Inquiétudes égocentriques quant aux impacts sur soi et sur son travail : perte d'emploi, insécurité, pertes du patron et de collègues, perte de pouvoir, d'autonomie, de compétences, incidences sur les outils de travail et sur l'organisation du travail, etc.	Écouter et soutenir.	• Exprimer ses inquiétudes aux bonnes personnes. • Chercher des réponses. • Accepter que l'information ne soit pas disponible. • Apprendre à gérer sa petite voix intérieure.
3. Préoccupations centrées sur l'organisation	« Est-ce que le changement est là pour durer ? » • Inquiétudes quant aux conséquences organisationnelles du changement à moyen et à long terme.	Démontrer le sérieux et les raisons du changement et illustrer les moyens engagés par l'organisation pour la réussite du changement.	• Comprendre les raisons du changement. • Se positionner par rapport au changement : rester passif ou s'investir?

	• Questionnements sur la légitimité du changement, sur la capacité organisationnelle à mener le changement à terme et sur l'engagement de la direction.		
4. Préoccupations centrées sur le changement	« Qu'est-ce au juste que ce changement ? » « Comment fait-on? » • Inquiétudes quant au scénario de changement, à la qualité de la mise en œuvre du changement, aux ressources allouées.	Communiquer le plan d'action, les ressources et faire participer.	• Répondre aux questions : qui, quand, comment, avec qui. • Échanger avec d'autres personnes ayant vécu le même type de changement.
5. Préoccupations centrées sur l'expérimentation	« Est-ce que je vais être capable de… ? » • Inquiétudes quant à sa capacité à faire face au changement, au soutien disponible et à la compréhension de son supérieur.	Faciliter le transfert des nouveaux acquis : formation, accompagnement, temps d'adaptation.	• Réduire ses zones d'inconfort avec la technique des petits pas. • Clarifier les attentes du gestionnaire. • Exprimer ses besoins de soutien sur les plans technique et professionnel.
6. Préoccupations centrées sur la collaboration avec autrui	« Qui pourrait-on réunir pour trouver des solutions, et à qui transférer notre récent savoir ? » • Inquiétudes quant aux occasions d'échanges et de collaborations avec	Faciliter les échanges entre destinataires et devenir une organisation apprenante en changement.	• S'impliquer dans un comité. • Partager son savoir et son savoir-faire. • Mettre à profit ses expériences de changement.

	d'autres équipes, services, unités, etc.		
7. Préoccupations centrées sur l'amélioration continue du changement	« Comment pourrait-on faire mieux ce qu'on a fait bien avec le changement? » • Inquiétudes quant aux améliorations à apporter pour que le changement fonctionne encore mieux.	Laisser émerger des pistes d'amélioration du changement.	• Oser agir autrement, innover. • Envisager des façons originales de faire les choses.

Source : Bareil, 2008. Reproduit avec permission.

Le modèle des préoccupations de Bareil rappelle ainsi que la résistance doit être envisagée comme un processus évolutif, appelant à des réponses adaptées à chaque étape. Combiné aux leviers plus généraux de communication, de participation, de formation et de soutien, il offre aux gestionnaires un cadre opérationnel pour ajuster leurs interventions au plus près des besoins des destinataires. Toutefois, la réussite de ces démarches dépend largement de la culture organisationnelle et de la capacité du leadership à inspirer confiance, mobiliser les acteurs et incarner la vision du changement. C'est pourquoi il convient désormais d'examiner plus en détail le rôle stratégique du leadership dans la conduite des transformations numériques.

1.3.4 Culture et organisationnelle et leadership numérique

Les projets de transformation numérique, en particulier dans le secteur de la santé, ne se réduisent pas à l'adoption de technologies nouvelles : ils reposent avant tout sur la capacité des organisations à mobiliser leurs membres et à adapter leurs pratiques collectives. Deux dimensions apparaissent centrales dans ce processus : la culture organisationnelle et le leadership. La première constitue le socle de valeurs, de normes et de comportements qui

encadrent les interactions au sein de l'organisation, orientant la manière dont les acteurs perçoivent et réagissent au changement. Le second, par son rôle d'inspiration, de mobilisation et de guidance, agit comme un levier pour transformer ces représentations et susciter l'adhésion.

Dans le domaine de la santé, marqué par une forte hiérarchie et une diversité professionnelle complexe, la combinaison d'une culture organisationnelle ouverte et d'un leadership mobilisateur devient un facteur déterminant de réussite. L'analyse conjointe de ces deux dimensions permet ainsi de mieux comprendre les mécanismes de mobilisation ou d'opposition au changement et d'identifier les conditions favorables à une transformation numérique effective.

1.3.4.1 Culture organisationnelle en contexte de santé numérique

La culture organisationnelle se définit comme un système de significations partagées qui influence les comportements, les interactions et la manière dont les organisations s'adaptent à leur environnement (Schein, 1992). Hofstede et al. (2010) l'envisagent comme un logiciel mental collectif façonné par l'histoire, les valeurs et les normes propres à chaque organisation. D'autres auteurs, tels que Cameron and Quinn (2011), proposent d'en distinguer différents types, offrant des repères analytiques utiles pour comprendre la diversité des logiques organisationnelles.

Dans cette typologie, la culture clanique est centrée sur la coopération, la solidarité et le bien-être des membres. Dans le milieu de la santé, elle peut favoriser la cohésion des équipes cliniques et soutenir l'engagement des professionnels dans les projets numériques. Son principal atout réside dans sa capacité à encourager la mobilisation collective, même si elle peut aussi, dans certains cas, ralentir la prise de décision ou entretenir certaines formes de conformisme. La culture hiérarchique, quant à elle, se caractérise par un fort degré de structuration, par l'importance accordée aux procédures et par le respect des règles. Elle

contribue à la stabilité organisationnelle et à la sécurité des soins, mais peut également freiner l'adoption d'innovations technologiques en raison de sa rigidité et de sa centralisation. La culture de marché, orientée vers la performance, les résultats et la compétitivité, peut soutenir l'efficacité et l'atteinte d'objectifs mesurables, notamment en matière de réduction des coûts ou de gains d'efficience liés au numérique. Toutefois, elle peut aussi générer des tensions lorsqu'elle entre en contradiction avec certaines valeurs professionnelles, comme la qualité humaine des soins. Enfin, la culture adhocratique, davantage tournée vers l'innovation, la créativité et l'agilité, apparaît particulièrement compatible avec les projets de transformation numérique, dans la mesure où elle valorise l'expérimentation, la flexibilité et l'initiative.

Au-delà de ces configurations, la littérature récente montre que la numérisation transforme en profondeur les repères culturels des organisations. Les organisations évoluant dans des écosystèmes numériques se caractérisent par des attributs tels que la virtualité, l'agilité, la distribution et l'autonomisation des équipes (Del Giudice et al., 2021; Marchese et al., 2023; Zastempowski & Cyfert, 2023). Ces nouvelles réalités imposent de redéfinir la culture organisationnelle non pas comme un ensemble figé, mais comme un système évolutif où les artefacts, croyances et valeurs prennent une signification renouvelée dans le cadre de la numérisation (Malewska et al., 2024).On parle ainsi de culture organisationnelle numérique, qui peut être perçue comme un ensemble d'hypothèses partagées et de pratiques collectives façonnées par le numérique .

Dans le secteur de la santé fortement caractérisé par une hiérarchie marquée, un fort professionnalisme et des traditions solides, cette question revêt une importance particulière (Lemak et al., 2024). Si cette stabilité contribue à garantir la qualité et la sécurité des soins, elle tend également à ralentir l'introduction de changements disruptifs liés aux technologies numériques. Plusieurs études soulignent que la réussite de la transformation numérique dépend largement de la capacité des établissements à développer une culture ouverte, orientée vers la collaboration, l'expérimentation et l'apprentissage continu (Grover et al., 2022; Leal-Rodríguez et al., 2023; Melanie Pfaff et al., 2023).

La culture organisationnelle se révèle ainsi ambivalente. Elle agit comme levier lorsqu'elle favorise la confiance, le partage de connaissances et la créativité, mais devient un frein lorsque ses valeurs ou ses normes entrent en dissonance avec les objectifs de la transformation numérique (Velyako & Musa, 2024) . En d'autres termes, la culture constitue à la fois un précurseur et une condition d'ancrage pour une transformation réussie. Dans cette même continuité, AlNuaimi et al. (2022) mettent en avant que son alignement avec la stratégie numérique conditionne la pérennité des innovations technologiques mises en place. Par ailleurs, la culture organisationnelle influence directement le style de leadership mobilisé, ce qui impacte la capacité des organisations à engager leurs acteurs dans l'innovation numérique (Müller et al., 2019). Dès lors, l'analyse du rôle du leadership s'impose comme un prolongement nécessaire pour comprendre comment comprendre comment orienter, soutenir et stabiliser ces dynamiques de transformation.

1.3.4.2 Le leadership numérique

Si la culture constitue le socle du fonctionnement collectif, le leadership agit comme le moteur capable de la transformer. Contrairement à la gestion, qui met l'accent sur la planification et le contrôle, le leadership se caractérise par une capacité à inspirer, mobiliser et donner du sens à l'action collective et à entraîner les membres de l'organisation dans une direction commune (Kotter, 1990). À l'ère numérique, ce rôle prend une ampleur particulière. Les dirigeants doivent composer avec un environnement marqué par l'accélération des changements, l'exigence de flexibilité organisationnelle et des attentes accrues en matière de performance (Kane et al., 2019). Ces défis imposent aux leaders de dépasser les compétences classiques pour intégrer des aptitudes propres au numérique, telles que la maîtrise des outils digitaux, la capacité à capter rapidement les opportunités émergentes ou encore l'aptitude à favoriser l'agilité organisationnelle (Bresciani et al., 2021; Erhan et al., 2022).

La littérature a progressivement fait évoluer cette réflexion à mesure que les environnements de travail se numérisaient. Dès les années 2000, des auteurs introduisent le

terme e-leadership, défini comme « *un processus d'influence sociale médiatisé par les technologies de l'information pour produire un changement dans les attitudes, les sentiments, la pensée, le comportement et/ou la performance des individus, des groupes et des organisations* » (Avolio et al., 2000). Quelques années plus tard, Dinnocenzo (2006) popularise la notion de leadership virtuel, décrivant la capacité à diriger des équipes dispersées géographiquement ou partiellement distantes dans des environnements de travail numériques.

Dès les années 2000, Avolio et al. (2000) introduisent la notion de e-leadership, qu'ils définissent comme un processus d'influence sociale médiatisé par les technologies de l'information et visant à produire un changement dans les attitudes, les comportements ou la performance des individus, des groupes et des organisations. Quelques années plus tard, Dinnocenzo (2006) popularise la notion de leadership virtuel, en mettant davantage l'accent sur la capacité à diriger des équipes géographiquement dispersées ou partiellement distantes dans des environnements numériques. Si ces approches ont permis de penser les premiers effets de la digitalisation du travail, la généralisation des environnements numériques et l'accélération provoquée par la pandémie de COVID-19 ont conduit à une conception plus large du phénomène. Le leadership numérique ne se limite plus à la coordination d'équipes à distance : il englobe désormais la conduite des transformations digitales, le pilotage stratégique des ressources numériques et la création de conditions favorables à l'innovation et à l'agilité organisationnelle ((Ben Sedrine Doghri et al., 2021; Tigre et al., 2023).

Dans le secteur de la santé, cette évolution revêt une portée particulière. Les services de santé numériques constituent aujourd'hui un espace concret d'action pour les dirigeants, mais leur développement exige que ces derniers disposent de compétences adaptées. Laukka et al. (2022) montrent à cet égard qu'un leadership numérique efficace en santé suppose non seulement l'existence ou l'implantation de services de santé numériques, mais aussi l'accès à des ressources appropriées, à des informations fiables et à une formation continue. Les leaders doivent également posséder des compétences numériques suffisantes, acquises par l'expérience ou par la formation, afin de comprendre les outils digitaux, mais aussi la

complexité des systèmes de soins dans lesquels ils s'inscrivent (Ennis-Cole et al., 2018; Gjellebæk et al., 2020; Kujala et al., 2019; Sharpp et al., 2019). Dans ce cadre, le leadership peut être compris à la fois comme un ensemble de qualités, comme une fonction de direction et comme le groupe de personnes assumant la responsabilité d'orienter l'organisation (Laukka et al., 2022). Ces auteurs identifient d'ailleurs trois grandes catégories d'attributs propres au leadership numérique : des comportements, des rôles et des qualités permettant d'accompagner efficacement la transformation numérique des services de santé.

Dans le secteur de la santé, cette évolution revêt une portée particulière. Les services de santé numériques constituent aujourd'hui un espace concret d'action pour les dirigeants, mais leur développement exige que ces derniers disposent de compétences adaptées. Laukka et al. (2022) montrent à cet égard qu'un leadership numérique efficace en santé suppose non seulement l'existence ou l'implantation de services de santé numériques, mais aussi l'accès à des ressources appropriées, à des informations fiables et à une formation continue. Les leaders doivent également posséder des compétences numériques suffisantes, acquises par l'expérience ou par la formation, afin de comprendre les outils digitaux, mais aussi la complexité des systèmes de soins dans lesquels ils s'inscrivent (Ennis-Cole et al., 2018; Gjellebæk et al., 2020; Kujala et al., 2019; Sharpp et al., 2019). Le leadership peut être compris à la fois comme l'ensemble des qualités propres à un bon leader, comme la fonction ou le statut de leader, mais aussi comme le groupe de personnes assumant la responsabilité de diriger une organisation (Laukka et al., 2022). Ces auteurs identifient d'ailleurs trois grandes catégories d'attributs propres au leadership numérique : des comportements, des rôles et des qualités permettant d'accompagner efficacement la transformation numérique des services de santé. La figure 7 suivante illustre ces dimensions, en précisant les aptitudes attendues des leaders pour accompagner efficacement la transformation numérique des services de santé.

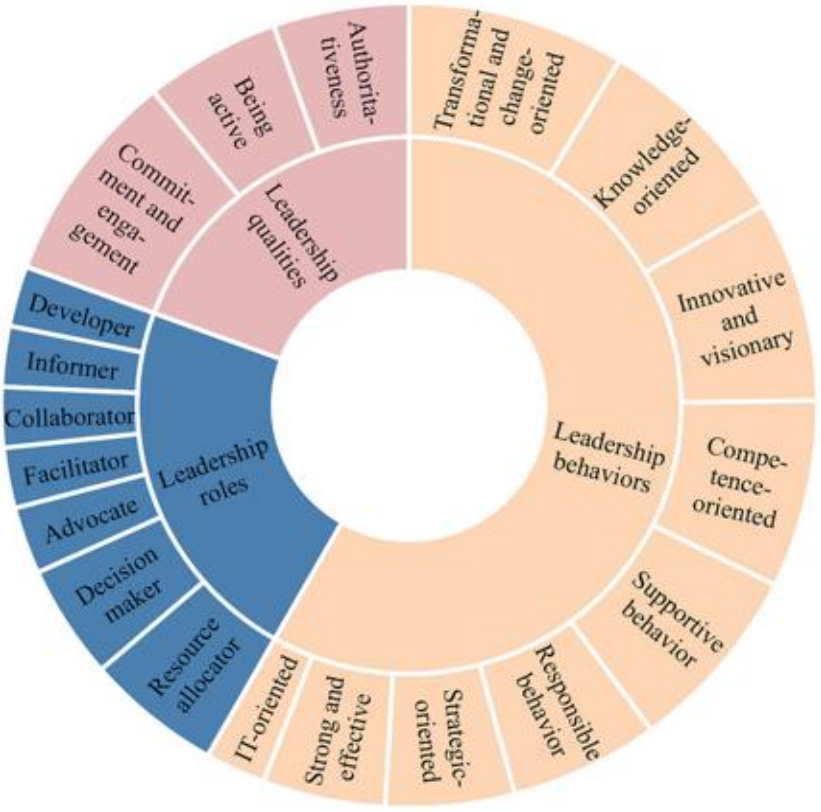


Figure 7. Attributs du leadership dans le contexte des services de santé numériques © Laukka et al., 2022.

Lorsqu'il est bien exercé, le leadership numérique génère des effets positifs sur trois plans. D'un point de vue organisationnel, il facilite l'implantation et l'innovation technologique, améliore l'efficience des processus et renforce la résilience et la durabilité des établissements (Gjellebæk et al., 2020; Liebe et al., 2016; Mills et al., 2010; Gillian Strudwick, Richard G. Booth, et al., 2019). Pour les professionnels, il favorise la flexibilité, optimise les flux de travail, développe les compétences numériques et accroît l'engagement et la satisfaction au travail (Ahonen et al., 2016; Collins et al., 2015; Ennis-Cole et al., 2018; G. Strudwick et al., 2019). Enfin, pour les patients, il contribue à renforcer la qualité, la sécurité et la centralité des soins, tout en améliorant l'efficacité de la prise en charge (Ahonen et al., 2016; Collins et al., 2015; Ennis-Cole et al., 2018). Ainsi, le leadership numérique se révèle être un levier stratégique incontournable, conciliant performance organisationnelle, bien-être des professionnels et qualité des services aux usagers.

Toutefois, l'impact réel du leadership numérique ne dépend pas seulement de son existence, mais également du style adopté par les dirigeants. La littérature met en évidence une diversité de styles de leadership : transformationnel, transactionnel, participatif (ou encore le laissez-faire) ; chacun ayant ses effets propres. Parmi eux, le leadership transformationnel se distingue par sa capacité à susciter une vision commune et à stimuler l'engagement au-delà des intérêts individuels. Il apparaît comme particulièrement pertinent dans les contextes de transformation numérique en santé. Kludacz-Alessandri et al. (2025) le qualifient de leadership transformationnel numérique. Selon ces derniers, il favorise l'agilité organisationnelle et renforce l'intensité numérique des établissements de santé, c'est-à-dire leur capacité à intégrer profondément les outils numériques dans les processus de soins. Il contribue à surmonter les résistances, à stimuler l'innovation et à maintenir la qualité des services malgré les bouleversements organisationnels (Tagscherer & Carbon, 2025; Tsapnidou et al., 2024).

En définitive, la culture organisationnelle et le leadership numérique constituent deux leviers complémentaires de la transformation en santé. Leur combinaison, particulièrement lorsqu'elle s'appuie sur un style transformationnel, favorise l'agilité, l'innovation et la qualité des soins malgré les bouleversements numériques.

Au-delà des leviers organisationnels, culturels et managériaux examinés dans cette section, plusieurs auteurs rappellent que le changement ne prend pleinement sens qu'à travers la manière dont il est perçu, interprété et vécu par les acteurs concernés. Burke (2017) définit la gestion du changement comme une approche globale intégrant la préparation, la direction et le soutien des employés et des groupes de l'organisation afin de concrétiser la transformation. Collerette et al. (1997) rappellent que cette transformation ne prend sens que si elle est observable par les membres de l'organisation ou par les parties prenantes qui interagissent avec elle. Dans cette optique, la portée d'une transformation ne se mesure pas uniquement à travers les objectifs qui lui sont assignés, mais également à partir des perceptions et des jugements que les individus formulent à son sujet. C'est pourquoi il

convient désormais d'examiner plus directement la perception et l'implication des parties prenantes dans les dynamiques de transformation.

1.4 PERCEPTION ET IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES

La réussite d'une transformation numérique en santé dépasse largement la simple implantation d'outils technologiques ou l'activation de leviers organisationnels internes. Elle repose avant tout sur l'adhésion, l'engagement et la participation active de l'ensemble des acteurs concernés. Ces parties prenantes, qu'elles soient internes ou externes à l'organisation, adoptent des positions variées face à l'innovation, des positions largement influencées par leurs perceptions, leurs attentes, ainsi que par la qualité de la communication dont elles bénéficient.

Dans cette perspective, la transformation numérique doit être appréhendée non seulement comme un changement technologique, mais également comme un processus socio-organisationnel qui reconfigure les pratiques professionnelles, les relations de travail et les représentations que les acteurs se font de leur rôle. À cet égard, une étude récente met en évidence que les perceptions des acteurs jouent un rôle déterminant dans l'acceptation du partage des données de santé personnelles, une condition essentielle pour améliorer les interventions cliniques et suivre le rythme rapide des développements en technologies de santé numérique(Alam et al., 2024). Dans un autre contexte, une analyse des parties prenantes montre que la formation, la transparence de la structure organisationnelle et la communication bidirectionnelle figurent parmi les facteurs clés favorisant leur engagement dans les projets de transformation (Snider et al., 2022).

La présente section examinera successivement : la définition et la typologie des parties prenantes dans le secteur de la santé ; leurs attitudes et perceptions face à l'innovation technologique ; l'influence des modalités de communication, des attentes et de l'engagement

sur leur participation ; et enfin les réactions dont elles sont porteuses, dans le cadre des transformations numériques.

1.4.1 Définition et typologie des parties prenantes

Dans le champ du management, le concept de partie prenante constitue un repère central pour analyser les dynamiques d'un projet ou d'une transformation organisationnelle. Freeman (1984) en propose la définition fondatrice, considérant comme partie prenante « *tout individu ou groupe pouvant affecter ou être affecté par les activités d'une organisation* ». En gestion de projet, cette notion a été reprise et précisée par le PMBOK, qui désigne comme partie prenante « *toute personne ou organisation activement engagée dans un projet ou dont les intérêts peuvent être affectés positivement ou négativement par celui-ci* » (PMI, 2013). Ces définitions ont durablement structuré les travaux en management, et ont été enrichies par divers travaux soulignant la pluralité des intérêts, des capacités d'action et des attentes portés par ces acteurs.

Dans les projets menés dans divers secteurs, la question des parties prenantes revêt une importance particulière, notamment en raison de leur hétérogénéité et de leurs intérêts parfois divergents. Parmi les nombreuses typologies existantes, l'une des plus influentes demeure celle proposée par Mitchell et al. (1997). Ces auteurs proposent une approche dynamique qui repose sur trois attributs fondamentaux : le pouvoir, la légitimité et l'urgence ; permettant d'évaluer l'importance relative d'un acteur. Le pouvoir renvoie à la capacité d'influencer une décision ou de contraindre une organisation, la légitimité réfère au degré de reconnaissance sociale accordé aux revendications d'un groupe, et l'urgence traduit la nécessité perçue de répondre rapidement à ses attentes (Dahl, 1957; Laarraf et al., 2015; Mitchell et al., 1997).

Selon Mitchell et al. (1997) l'attention prioritaire qu'accorde une organisation à une partie prenante résulte de la combinaison de ces attributs. Une partie prenante est d'autant plus importante qu'elle cumule deux, voire trois de ces dimensions. Le modèle a par la suite été opérationnalisé par de Bry and Galindo (2007) cités par Laarraf et al. (2015), afin d'offrir une classification détaillée des différentes catégories de parties prenantes selon leur

configuration d'attributs, présentée au tableau 3. Cette typologie visuelle permet d'appréhender la diversité des profils et leur importance relative dans la conduite d'un projet.

Tableau 3

Catégories et sous-catégories de parties prenantes.

Catégories de PP	Définitions	Sous-catégories	Attributs	Commentaires
« Latentes » (latent)	PP possèdent 1 des 3 critères.	1. PP « dormantes » 2. PP « discrétionnaires » 3. PP « moustiques qui bourdonnent aux oreilles des entreprises »	P L U	Pourvoir inutile faute de posséder L et U (exemple : lobbying). Volonté d'agir, mais ne peut exercer de pression sur la firme (exemple : actionnaires minoritaires). Demande répétitive, mais sans influence sur les décisions de l'entreprise (exemple : riverains).
« En attente » (expectant)	PP possèdent deux des 3 critères.	4. PP « dominantes » 5. PP « dangereuses » 6. PP « dépendantes »	P + L L + U P +U	Possibilité de coalition dominante (exemple : CODIR). PP coercitives, voire violentes (exemple : grévistes). Dépendance p.r. aux autres PP (exemple : population touchée par la marée noire).
« Qui font autorité » (définitive)	PP possèdent les 3 critères.	7. PP « déterminantes »	P + L + U	La survie de l'entreprise dépend de leurs décisions (exemple : clients, donneurs d'ordre).

Source : De Bry & Galindo, 2007.

Toutefois, si ce modèle éclaire la manière dont les attributs structurent la position des parties prenantes, il importe de reconnaître que celle-ci ne constitue pas une donnée objective. Elle dépend plutôt de l'interprétation qu'en font les dirigeants et des représentations qu'ils construisent autour des revendications des acteurs. Ainsi, l'identification et la priorisation

des parties prenantes s'inscrivent dans une logique contingente : elles évoluent selon le contexte, la nature du projet, les temporalités et les rapports de force organisationnels (Mullenbach, 2007). Plusieurs travaux soulignent que seules les parties prenantes présentant une combinaison suffisamment forte de ces attributs sont généralement considérées comme importantes, c'est-à-dire celles auxquelles l'organisation accorde naturellement la priorité dans ses décisions.

Cette vision a été élargie par différents auteurs qui rappellent que les catégories définies initialement ne couvrent pas l'ensemble des acteurs susceptibles d'être concernés. À la lumière des contextes contemporains plus complexes, certaines contributions recommandent d'intégrer d'autres groupes, tels que la communauté locale ou les proches des décideurs, soulignant ainsi que la frontière des parties prenantes demeure un construit social et interprétatif (Dontenwill, 2005; Lahdesmaki, 2005). De manière complémentaire, la norme ISO 26000 (2006) au point 2.20 adopte d'ailleurs une définition plus inclusive définissant une partie prenante comme toute personne ou tout groupe ayant un intérêt dans les décisions ou activités d'une organisation, qu'il en soit bénéficiaire, impacté ou influent.

L'apport principal de ces approches réside dans la reconnaissance du caractère évolutif des parties prenantes et de la position qui leur est associée. Celle-ci dépend à la fois des attributs détenus par les acteurs et des représentations que l'organisation se fait de leurs enjeux. Cette perspective est particulièrement utile pour comprendre la diversité des réactions face à une innovation technologique : les acteurs ne réagissent pas de manière uniforme, et leur capacité d'influencer le projet varie selon les intérêts perçus, les responsabilités, les ressources mobilisables et les rapports de pouvoir.

Dans les projets technologiques, et plus encore dans le domaine de la santé, la littérature identifie plusieurs grandes catégories de parties prenantes. Trois d'entre elles apparaissent particulièrement récurrentes. Premièrement, les acteurs institutionnels et externes, incluant les ministères, les organismes de régulation, les fournisseurs technologiques, qui encadrent, orientent et influencent les conditions de réussite des projets numériques (Landers et al., 2023). Deuxièmement, les facilitateurs techniques ou opérationnels, tels que les équipes TI,

les spécialistes du numérique, les chargés de projet ou les responsables de formation, qui assurent l'intégration, le soutien et l'optimisation des outils (Boonstra et al., 2014; Gillian Strudwick, Lynn M. Nagle, et al., 2019). Troisièmement, les destinataires directs ou utilisateurs finaux, incluant les professionnels de soins, les gestionnaires, les patients et leurs familles, qui interagissent directement avec les technologies et dont l'adhésion détermine largement leur succès (Greenhalgh et al., 2017; Kairy et al., 2014; Landers et al., 2023).

C'est précisément à cette dernière catégorie, celle des acteurs directement touchés par l'introduction de nouvelles technologies et engagés dans leur utilisation au quotidien, que s'intéresse la présente étude. Leurs perceptions, leurs formes d'implications et leurs réactions constituent des éléments centraux pour comprendre les dynamiques d'acceptation, de réserve ou de résistance qui façonnent la réussite d'une transformation numérique en santé.

1.4.2 Perceptions et logiques d'acceptation des technologies par les parties prenantes

La perception qu'ont les parties prenantes d'une innovation technologique constitue un facteur déterminant de son adoption effective. Dans le champ de la littérature scientifique, ces attitudes ne sont pas uniquement le fruit des caractéristiques techniques des outils. Elles sont également le résultat d'un ensemble complexe de facteurs cognitifs, émotionnels et organisationnels, qui contribuent à façonner la disposition à accepter, rejeter ou négocier le changement (Holden & Karsh, 2010).

Dans l'ensemble des écrits consacrés à l'acceptation des technologies, plusieurs modèles théoriques ont été tentés d'élucider les attitudes et les comportements des individus face à l'innovation. Parmi les modèles les plus mobilisés se distingue par exemple le Technology Acceptance Model (TAM) de Davis (1989) qui met en évidence l'importance cruciale de l'utilité perçue et de la facilité d'utilisation perçue dans la formation des attitudes envers une technologie. De son côté, la théorie de la diffusion des innovations de Rogers (1995) élargit le champ d'analyse en mettant en avant non seulement le rôle des attributs

perçus de l'innovation dans le processus d'adoption, mais également les mécanismes de communication et d'influence impactant la réception de la technologie en contexte réel. Ces attributs comprennent l'avantage relatif, la compatibilité, la complexité, la possibilité d'essai et l'observabilité. Ces cadres, pour ne citer que ceux-ci, ont ainsi permis d'identifier des déterminants clés de l'acceptation. Cependant, ils demeurent souvent partiels, en ce qu'ils privilégient chacun certaines dimensions (cognitives, sociales ou contextuelles) sans en saisir pleinement l'articulation.

C'est dans cette perspective intégrative que s'inscrit le modèle UTAUT (Unified Theory of Acceptance and Use of Technology), proposé par Venkatesh et al. (2003). Ce modèle vise à unifier et à synthétiser les principaux apports des modèles antérieurs. L'approche méthodologique d'UTAUT, fondée sur l'examen comparatif de 08 cadres concurrents, offre une perspective plus englobante sur l'acceptation. Cette approche, comme l'illustre la figure 8, met en exergue quatre déterminants structurants : l'attente de performance, l'attente d'effort, l'influence sociale et les conditions facilitantes.

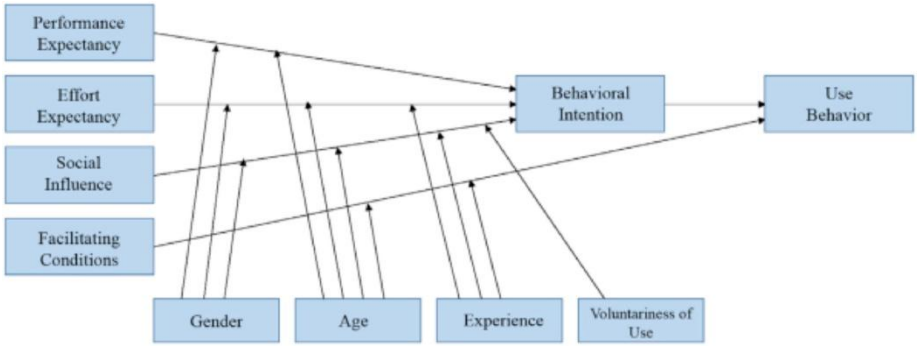


Figure 8. La théorie unifiée de l'acceptation et de l'utilisation de la technologie (UTAUT) © Venkatesh et al., 2003.

Pour ces auteurs, l'attente de performance correspond à la conviction de l'individu quant à l'efficacité du système pour améliorer ses performances. L'attente d'effort fait référence au degré de simplicité d'utilisation du système et l'influence sociale indique dans quelle mesure la personne identifiée comme importante pour le sujet évalue la pertinence de l'adoption du nouvel outil par celui-ci. Comme le soutiennent (Venkatesh et al.), ces trois

premiers éléments déterminent principalement l'intention d'utilisation. Les conditions facilitantes telles que les ressources disponibles, le soutien organisationnel, la compatibilité avec l'environnement de travail et la formation jouent quant à elles un rôle important dans la traduction de cette intention en usage véritable.

Dans le domaine de la santé, les perceptions se développent et s'enrichissent au-delà de l'expérience individuelle. Dans le contexte organisationnel contemporain, les technologies de l'information sont soumises à des impératifs de sécurité, de fiabilité et de capacité de gestion des tâches qui, comme l'ont souligné certains auteurs (Cresswell & Sheikh, 2015; Greenhalgh et al., 2017), peuvent influer significativement sur leur adoption. Les recherches menées dans le domaine de l'innovation médicale ont révélé que les professionnels de santé évaluent les nouvelles pratiques à la lumière de leur impact sur la continuité des soins, le risque d'erreur, la relation patient-médecin et la compatibilité avec leurs valeurs professionnelles (Kaplan, 2020). Par exemple, si un outil est perçu comme ajoutant des tâches, ralentissant le travail ou compliquant la coordination entre collègues, il suscite souvent de la méfiance ou de la prudence. Cependant, lorsque l'adhésion est associée à une amélioration tangible de la qualité ou de la sécurité des soins, elle tend à se manifester de manière plus rapide (Albert Boonstra & Manda Broekhuis, 2010).

Cette lecture s'aligne avec la théorie des processus de normalisation (Carl R. May et al., 2018), qui souligne que l'intégration durable d'une innovation dans les pratiques organisationnelles est conditionnée par la capacité des équipes à comprendre le sens de la démarche proposée, à la juger comme légitime dans le contexte de leur pratique, et à recevoir un soutien concret de la part de l'organisation. En d'autres termes, la perception d'une technologie se développe et s'affine au sein du groupe, en fonction de la manière dont l'outil est introduit et discuté au sein de l'équipe, ainsi que de ses caractéristiques (simplicité, fiabilité, utilité réelle, etc.).

La littérature récente en gestion de projet confirme cette lecture élargie. Les perceptions varient selon les catégories de parties prenantes et s'inscrivent dans des logiques d'intérêt, de rôle et de position organisationnelle (Aaltonen, 2011; Nguyen et al., 2019).

- ✓ Gestionnaires : entre vision stratégique et risques organisationnels.

Les cadres évaluent les technologies en fonction de leur contribution aux objectifs institutionnels (efficacité, coordination, qualité des soins, conformité). Leur adhésion dépend de la crédibilité du projet, de la disponibilité des ressources et de leur confiance dans la capacité des équipes à intégrer l'innovation (Garavand et al., 2016).

- ✓ Professionnels de soins : compatibilité, charge mentale et valeurs professionnelles.

Infirmières, préposés, médecins et intervenants analysent l'impact de la technologie sur leur charge de travail, la fluidité des pratiques, la sécurité des patients et le sens de leur rôle (Gagnon et al., 2014).

- ✓ Patients et familles : confiance, sécurité et bénéfices tangibles.

Les usagers formulent des attentes liées à la protection, à la compréhension du dispositif, à la confidentialité et à la perception de bénéfices concrets (Berridge & Wetle, 2020).

Les attentes des parties prenantes jouent également un rôle structurant. Les acteurs ne jugent pas seulement la technologie en elle-même ; ils évaluent aussi ses effets attendus sur leur travail, leurs responsabilités, la qualité des soins, la confidentialité des données ou encore la valeur réelle du changement proposé. Les recherches sur les perspectives des parties prenantes dans les projets d'IA clinique et de santé numérique montrent justement que les priorités et les préoccupations diffèrent selon les groupes concernés, ce qui oblige les porteurs du projet à expliciter les bénéfices attendus, à répondre aux inquiétudes exprimées et à tenir compte des attentes propres à chaque catégorie d'acteurs (Alam et al., 2024; Ling Kuo et al., 2024a).

En somme, les perceptions et les attentes des parties prenantes permettent de mieux comprendre les conditions d'acceptation d'une innovation technologique. Mais la manière dont ces parties prenantes s'impliquent réellement dans le changement dépend aussi des échanges établis autour du projet et de la place qu'elles y occupent.

1.4.3 Communication du changement, implication et réactions des parties prenantes

La manière dont un projet numérique est expliqué, discuté et accompagné influence directement la façon dont les parties prenantes s'y positionnent. Dans les projets de santé numérique, plusieurs travaux montrent que la réussite de l'implantation dépend fortement de facteurs comme l'implication des utilisateurs finaux, la circulation de l'information, le soutien offert pendant le déploiement et la qualité des échanges entre les acteurs (Fennelly et al., 2020; Williams & Finkelstein, 2023). Une communication claire, régulière et bidirectionnelle aide ainsi à réduire l'incertitude, à faire remonter les préoccupations du terrain et à ajuster le projet aux réalités concrètes de mise en œuvre (Pellegrini & Lovati, 2025).

Dans ce contexte, l'engagement ne se réduit pas à une simple consultation ponctuelle. Il suppose une implication suffisamment significative pour que les parties prenantes puissent comprendre le sens du projet, se sentir reconnues dans leurs préoccupations et contribuer à son évolution. Cette idée rejoint les travaux sur la mise en œuvre des interventions complexes en santé, qui montrent que l'intégration durable d'une innovation dépend notamment de la manière dont les acteurs comprennent la démarche, la jugent légitime et bénéficient d'un soutien concret pour l'intégrer dans leurs pratiques (C. R. May et al., 2018). Ainsi, la communication, la prise en compte des attentes et la qualité de l'engagement constituent des dimensions relationnelles essentielles de la transformation numérique en santé, en ce qu'elles influencent la confiance, la mobilisation et la réception du projet.

Cependant, même lorsque la communication est soignée et que les acteurs sont davantage mobilisés, les réactions au changement demeurent variées. Il devient alors nécessaire d'examiner plus directement les différentes formes de réaction que suscite la transformation numérique chez les parties prenantes. Elles peuvent aller d'une adhésion rapide à une prudence marquée, d'un soutien conditionnel à une opposition plus explicite. La littérature récente montre d'ailleurs que la résistance ne doit pas être réduite à un simple refus irrationnel du changement (Warrick, 2023). Elle peut aussi signaler un manque de confiance,

une faible valeur perçue, des craintes liées aux usages concrets de la technologie ou encore une inadéquation entre le projet et les réalités du terrain (Talwar et al., 2023). Dans cette perspective, l'analyse des résistances et des formes d'adhésion permet de mieux comprendre comment les acteurs reçoivent réellement le changement(Jalo & Pirkkalainen, 2024).

Dans le domaine de la santé, ces réactions prennent des formes variées selon les groupes concernés. Les professionnels peuvent se montrer réservés lorsqu'ils anticipent une charge de travail accrue, une perte de temps, des problèmes d'intégration dans les flux de travail ou des difficultés d'usage (A. Boonstra & M. Broekhuis, 2010). Les études sur l'implantation des dossiers électroniques soulignent à ce titre l'importance de facteurs comme l'implication des utilisateurs, la formation, le soutien, les ressources disponibles, l'adéquation avec les pratiques et la perception des bénéfices(Fennelly et al., 2020). Du côté des patients et des familles, les réactions dépendent souvent de la confiance accordée au système, de la compréhension de son utilité, de la protection des données et du sentiment de sécurité qu'il procure (Adjekum et al., 2018; Madanian et al., 2023).

Il est donc plus juste de parler de formes variées d'adhésion et d'appropriation que d'opposer simplement résistance et acceptation. Certaines parties prenantes peuvent reconnaître l'intérêt stratégique du projet tout en demeurant prudentes quant à ses effets concrets ; tandis que d'autres peuvent accepter le principe du changement, mais hésiter à modifier immédiatement leurs pratiques (Ling Kuo et al., 2024b). Cette diversité rappelle que l'appropriation d'une innovation est généralement progressive et dépend de la confiance, du soutien organisationnel, des compétences disponibles, de la valeur perçue de la technologie et de la place laissée aux acteurs dans le processus de changement (Jalo & Pirkkalainen, 2024).

Dans le cadre du présent mémoire, ceci est central, puisque la réussite du dispositif ne sera pas appréciée seulement à partir de ses caractéristiques techniques, mais aussi à partir de la manière dont les acteurs concernés en perçoivent les effets et l'intègrent dans leur pratique quotidienne.

Cette revue de littérature a permis de situer l'étude dans un cadre d'analyse large, en mettant en évidence les principaux repères conceptuels nécessaires à la compréhension des transformations numériques en santé. Elle a montré que l'implantation d'un dispositif technologique ne peut être envisagée comme une simple question d'outil ou de performance technique. Elle s'inscrit plutôt dans des projets complexes, où se croisent des dimensions méthodologiques, organisationnelles, humaines et relationnelles. L'examen de la gestion de projet, des dynamiques de transformation numérique, de la gestion du changement organisationnel et du rôle des parties prenantes a ainsi permis de faire ressortir plusieurs conditions importantes de réussite, tout en soulignant la diversité des enjeux liés à l'acceptation, à l'implication et à l'appropriation du changement.

Cela dit, si cette recension des écrits permet de mieux comprendre les grands cadres d'analyse mobilisables, elle ne suffit pas, à elle seule, à rendre pleinement compte de la spécificité du problème étudié ni des réalités concrètes dans lesquelles il s'inscrit. Il devient donc nécessaire de replacer ces apports dans le contexte précis de la recherche. Le chapitre suivant sera ainsi consacré au contexte et à la problématique de recherche. Il permettra de mieux cerner l'ampleur du problème, de revenir sur l'évolution des réponses apportées à la question des chutes, de présenter le contexte local d'implantation du dispositif étudié, puis de dégager la problématique et les questions de recherche qui en découlent.

CHAPITRE 2
CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Ce chapitre situe la recherche dans son contexte global et local, en présentant l'ampleur du problème des chutes, les approches de prévention et de détection existantes, ainsi que la problématique qui en découle.

2.1 AMPLEUR DU PROBLEME

À l'échelle mondiale, les chutes représentent la deuxième cause de décès par blessure accidentelle, et ce phénomène concerne particulièrement les personnes âgées de plus de 60 ans, qui enregistrent la majorité des cas mortels (OMS, 2021). Au Canada en particulier, les chutes chez ces derniers constituent un problème de santé publique majeur. Près d'un aîné canadien sur trois chute au moins une fois par an; à compter de 70 ans, ce pourcentage varie de 32% à 42% (OMS, 2007). Elles entraînent des blessures graves, une perte d'autonomie et des coûts substantiels pour les établissements. Compte tenu de leur ampleur et de leurs conséquences dramatiques, il importe de préciser ce que recouvre exactement la notion de chute.

Selon l'OMS (2021), une chute est définie comme un événement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou sur toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment, à l'exclusion du changement intentionnel de position pour s'appuyer sur un meuble, un mur ou tout autre objet. Cette définition met l'accent sur le caractère involontaire de la chute et sur ses implications physiques. Son importance se mesure surtout à travers l'impact qu'elle exerce sur la santé et la qualité de vie des aînés.

En effet, au Canada, entre 20 et 30 % des personnes de 65 ans et plus chutent chaque année (Agence de la santé publique du Canada, 2021). Cette proportion atteint des niveaux plus élevés chez les personnes très âgées, notamment celles de plus de 80 ans (Statistique Canada, 2010). Les chutes représentent 85 % des hospitalisations pour blessures et 95 % des fractures de la hanche chez les aînés ; elles coûtent environ 2 milliards de dollars par an au système de santé, des chiffres relativement stables depuis deux décennies (Agence de la santé publique du Canada, 2021).

Au Québec, la situation n'est guère différente : on dénombre en moyenne 21 400 hospitalisations et plus de 1 000 décès liés aux chutes chaque année (Institut national de santé publique du Québec, 2022). Selon l'Institut de la statistique du Québec (2025), les Québécois de 65 ans et plus constituent en 2024 environ 21 % de la population. Les projections démographiques estiment que la part des aînés grimpera à 24 % d'ici 2049, la plus forte progression devant survenir avant 2031, à mesure que les dernières cohortes du baby-boom (nées entre 1946 et 1966) franchiront le cap des 65 ans. Puisque l'âge est un facteur de risque de chute sur lequel on ne peut intervenir, le vieillissement démographique annonce inévitablement une augmentation du nombre de chutes et de leurs complications (Gagnon & Lafrance, 2011).

Au-delà des statistiques brutes, chaque chute constitue un événement dramatique. Sur le plan humain, elles entraînent blessures, perte d'autonomie et peur de retomber. Sur le plan organisationnel, elles mobilisent du personnel, rallongent les séjours hospitaliers et désorganisent les soins. Enfin, sur le plan économique, elles engendrent des coûts importants d'hospitalisation, de réadaptation et d'assurance.

Un élément particulièrement critique est le temps passé au sol (*long lie*) : près de 78 % des aînés qui chutent sont incapables de se relever seuls. La durée moyenne varie de 10 à 20 minutes, mais peut dépasser une heure. Plus l'attente est longue, plus les complications médicales (déshydratation, escarres, etc.) et psychologiques s'aggravent (Johnston et al., 2010; Kubitza et al., 2023).

Ces conséquences trouvent leur origine dans des facteurs de risque bien documentés :

- l'âge avancé, particulièrement après 80 ans ;
- les troubles de l'équilibre et les déficits visuels ;
- la polymédication (≥ quatre médicaments, surtout psychotropes) ;
- et enfin, des facteurs environnementaux simples comme un éclairage insuffisant ou un tapis mal fixé.

Ainsi, les chutes apparaissent comme le produit d'une interaction complexe entre caractéristiques individuelles et conditions environnementales.

2.2 DE LA PRÉVENTION À LA DÉTECTION

Face à cette multiplicité de facteurs, les interventions doivent être diversifiées et coordonnées. Dans leurs lignes directrices mondiales pour la prévention et la gestion des chutes chez les personnes âgées, Montero-Odasso et al. (2022) proposent un algorithme de stratification du risque de chute pour les personnes âgées en trois catégories : faible, modéré et élevé. De plus, ils recommandent une approche multifactorielle d'évaluation du risque de chute, destinée aux personnes les plus à risque. Elle doit considérer simultanément les aspects physiques, médicaux, cognitifs et environnementaux. Il s'agit entre autres de la marche, la force musculaire, les médicaments, les troubles cardiovasculaires et neurologiques, la vision, l'audition ou encore les problèmes de pieds et de chaussures. Deux finalités complémentaires se dégagent :

- ✓ Prévention : agir en amont grâce à des programmes d'exercices, à l'optimisation médicamenteuse, à l'adaptation des milieux de vie et à l'usage de technologies de suivi (Montero-Odasso et al., 2022). Au Québec, par exemple, le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) illustre bien cette approche. Largement diffusé et

validé, il renforce la capacité fonctionnelle des aînés et constitue un pilier reconnu des politiques de prévention des chutes (Fauchard & Le Cren, 2009).

- ✓ Détection et alerte : intervenir rapidement après une chute via des systèmes portables ou non portables. Ces technologies s'inscrivent dans un continuum de services complémentaire des programmes de prévention, afin de réduire le temps passé au sol et ses complications (Albasha et al., 2023).

La prévention, aussi essentielle soit-elle, ne suffit pas à éliminer le risque. Les aînés les plus fragiles continuent de chuter malgré les interventions, et les conséquences sont souvent aggravées par un délai trop long avant que la personne ne soit retrouvée. C'est pourquoi la détection en temps réel est apparue comme un levier incontournable pour réduire la gravité des chutes.

Au Canada, certains travaux ont ouvert une nouvelle voie : la prédiction des chutes grâce à l'intelligence artificielle. Ces modèles, appliqués aux bases de données administratives et aux dossiers cliniques, permettent d'identifier précocement les aînés les plus à risque d'hospitalisation liée aux chutes. Sharma et al. (2023) ont démontré que l'intelligence artificielle pouvait constituer un outil de stratification avancée du risque, complémentaire aux approches classiques de prévention. De leur côté, Kuhnow et al. (2022) ont mis en évidence, dans les établissements de soins de longue durée, les facteurs associés aux chutes (profil fonctionnel et cognitif, polymédication, vision, etc.), utiles pour paramétrer les règles d'alerte et prioriser les résidents à haut risque.

Ainsi, la prévention doit impérativement être complétée par la détection, non seulement pour intervenir rapidement après une chute, mais aussi pour cibler les populations les plus exposées.

2.3 CONTEXTE LOCAL DE LA DETECTION DES CHUTES

La détection des chutes a pris une place croissante dans les politiques de santé et les projets pilotes au Canada, et particulièrement au Québec. On distingue généralement deux approches technologiques de détection : les systèmes portables (bracelets, montres intelligentes, boutons d'alerte) et les systèmes non portables, intégrés à l'environnement (caméras, radars à ondes millimétriques, capteurs de pression). Si les dispositifs portables ont longtemps dominé le marché, leur efficacité est limitée par des problèmes d'adhérence : oubli, inconfort, recharge de batterie. Cette limite a stimulé le développement de solutions environnementales fixes, capables de surveiller en continu sans exiger la participation active de la personne âgée.

Nombreux sont les travaux scientifiques qui concernent l'utilisation de caméras fixes en établissements de soins de longue durée. Une étude pionnière a été réalisée en filmant des chutes réelles dans des établissements, ce qui a permis de décrire les mécanismes de chute et d'orienter la conception des systèmes de détection (Robinovitch et al., 2013). Ces recherches ont été prolongées par des analyses des blessures associées (Komisar et al., 2022) et des interactions avec l'environnement lors des chutes (Shishov et al., 2024). Ces études démontrent l'intérêt clinique de la captation vidéo, bien qu'elles soient centrées sur l'analyse post-événement plus que sur l'alerte en temps réel.

Parallèlement, des systèmes radars à ondes millimétriques, montés aux murs ou aux plafonds, ont été développés pour détecter une chute sans recourir à l'image ni au son. Ces dispositifs présentent l'avantage d'être plus respectueux de la vie privée et fonctionnent même dans l'obscurité. Ils confirment la faisabilité technique de la détection non portable en milieux institutionnels et communautaires (Abedi et al., 2023; Abedi et al., 2022). Toutefois, ces systèmes soulèvent encore des enjeux de calibration et d'interopérabilité avec les dossiers cliniques électroniques.

Le Québec présente des spécificités à la fois technologiques et organisationnelles. Des méthodes de détection ont été proposées, basées sur des caméras de profondeur et la vision

par ordinateur, permettant de distinguer les chutes des activités normales malgré les occlusions fréquentes en milieu résidentiel. Ces travaux technologiques sont complétés par des recherches sur l'acceptabilité sociale. Lapierre et al. (2016); (Lapierre et al., 2015) ont ainsi mis en lumière les perceptions des proches aidants et les enjeux de vie privée liés à la vidéosurveillance intelligente, un aspect déterminant pour l'implantation en résidences privées pour aînés (RPA).

En parallèle, la prévention reste une composante essentielle avec des programmes éprouvés comme le PIED, mais elle doit aujourd'hui être articulée avec la détection en temps réel. Les projets pilotes en CHSLD et en RPA montrent que la réussite des systèmes muraux non portables dépend autant de leur performance technique que de l'accompagnement organisationnel.

C'est dans cette perspective que s'inscrit le présent mémoire. Dans le cadre de cette étude de cas, la mise en place d'un système mural de détection des chutes en résidence pour personnes âgées sera analysée.

2.4 PROBLEMATIQUE IDENTIFIEE

La gestion des chutes chez les personnes âgées représente un enjeu crucial, tant sur le plan de la santé que sur celui des coûts organisationnels dans les résidences pour aînés. Malgré les initiatives de prévention et les avancées technologiques, les chutes demeurent une cause majeure d'hospitalisation, de perte d'autonomie et de décès.

Dans ce contexte, les systèmes muraux non portables de détection apparaissent comme une solution innovante. Contrairement aux dispositifs portables, ils permettent une surveillance passive et continue, réduisant ainsi un facteur critique : le temps passé au sol après une chute. Plusieurs travaux menés ont montré leur faisabilité technique. Toutefois, ces études se concentrent largement sur la performance technique (sensibilité, taux de faux positifs), sans analyser en profondeur leur implantation réelle en résidence.

Or, la littérature en santé et en gestion de projet souligne l'importance d'aller au-delà de la simple efficacité technique. Certains travaux estiment que jusqu'à 70 % des projets en informatique de santé échouent (Leviss, 2011). Les principales causes identifiées incluent un mauvais alignement avec les processus cliniques, une résistance au changement, l'absence d'adoption organisationnelle, la complexité technique et un manque de soutien en ressources humaines (Schmidt, 2023). Dans le secteur de la santé, ces défis s'ajoutent aux contraintes réglementaires, aux enjeux de confidentialité et à la fragmentation des systèmes d'information (Pakulska & Religioni, 2023). Par ailleurs, les directives cliniques mondiales sur les chutes révèlent des lacunes, notamment l'absence de panels incluant les patients et les aidants dans leur élaboration (Montero-Odasso et al., 2021). Les approches d'évaluation des technologies de santé insistent sur la nécessité d'analyser systématiquement les bénéfices économiques et organisationnels, tout en garantissant une communication efficace avec les parties prenantes (Trowman et al., 2023b). Holtorf et al. (2024) soulignent d'ailleurs que le manque de collaboration entre les acteurs constitue une barrière majeure à l'implantation des innovations.

Ces constats résonnent particulièrement dans le cas d'un système mural de détection des chutes en résidence privée pour aînés. Testé initialement dans une chambre pilote, son déploiement à l'ensemble d'une résidence soulève des questions centrales : comment la résidence peut-elle assurer une implantation réussie du système mural de détection des chutes lors de l'extension du projet pilote à d'autres chambres ? Comment obtenir l'adhésion des résidents et leurs proches, du personnel soignant et des gestionnaires ? Comment gérer son intégration organisationnelle ?

Ainsi, la littérature révèle un écart scientifique et pratique. Si les systèmes muraux sont considérés comme prometteurs pour dépasser les limites des dispositifs portables, leur implantation en RPA reste peu étudiée sous l'angle de leurs retombées humaines et organisationnelles. C'est précisément à cet enjeu que répond le présent mémoire, en explorant comment la perception, l'implication des différentes parties prenantes et la gestion du changement peuvent faciliter une transition harmonieuse vers une adoption à grande échelle.

2.5 FORMULATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE

L'implantation d'un système mural de détection des chutes en résidence privée pour aînés ne constitue pas seulement un projet technologique, mais un véritable changement organisationnel. Sa réussite dépend moins de la performance technique du dispositif que de la manière dont il s'intègre aux pratiques existantes et mobilise l'ensemble des parties prenantes. Ce mémoire s'intéresse ainsi au rôle joué par ces acteurs dans la dynamique de gestion du changement, afin de mieux comprendre les conditions qui favorisent une adoption réussie et durable de cette innovation.

2.5.1 Question principale

Le sujet de cette recherche s'avère particulièrement actuel et significatif, puisqu'il concerne la gestion du changement organisationnel dans un contexte où les établissements pour aînés sont appelés à intégrer de plus en plus de solutions numériques. Les écrits sur la gestion du changement et la transformation numérique sont abondants, mais l'expérience montre que les résultats varient fortement selon le contexte d'implantation. La littérature met souvent l'accent sur le rôle des gestionnaires ou sur les aspects techniques des projets, tandis que les recherches intégrant la perspective des différentes parties prenantes demeurent limitées. Cela est d'autant plus important dans le secteur de la santé, où l'engagement des acteurs est reconnu comme un facteur déterminant de la réussite des innovations technologiques (Maurer et al., 2022; Norris et al., 2017)

Cette recherche entend donc approfondir la compréhension du rôle que jouent ces parties prenantes dans la dynamique de gestion du changement lors de l'introduction d'un système mural de détection des chutes en résidence privée pour aînés.

Ainsi, la question principale de recherche est formulée comme suit :

Quel est le rôle des parties prenantes dans la gestion du changement organisationnel associé à l'implantation d'un système mural de détection des chutes en résidence pour personnes âgées ?

2.5.2 Questions spécifiques de recherche

Pour répondre à cette question principale, il est nécessaire de décliner l'analyse en dimensions plus ciblées. Les recherches sur la gestion du changement rappellent que la réussite d'une innovation technologique dépend autant de la perception des utilisateurs que des ajustements organisationnels et des retombées qui en découlent (Franco-Trigo et al.,

2020; van Gaans-Riteco et al., 2025). C'est pourquoi les sous-questions suivantes sont proposées :

- Comment les résidents, leurs proches et le personnel perçoivent-ils l'implantation du système mural de détection des chutes ?
- Quels facteurs influencent son acceptabilité sociale et organisationnelle ?
- Quels changements organisationnels et cliniques sont nécessaires pour intégrer efficacement le système dans une résidence privée pour aînés ?
- Quelles retombées humaines et organisationnelles sont associées à l'implantation du système mural ?
- Comment l'implication des différentes parties prenantes peut-elle favoriser l'adhésion et la réussite du déploiement à grande échelle ?

Ce mémoire adoptera une stratégie de recherche qualitative fondée sur une étude de cas. Cette approche permettra d'explorer en profondeur la question principale ainsi que ses sous-questions, en tenant compte du contexte organisationnel particulier d'une résidence privée pour aînés et de l'expérience vécue par les différentes parties prenantes.

En résumé, ce chapitre a permis de cerner les enjeux humains, organisationnels et technologiques entourant la détection des chutes en milieux résidentiels pour aînés. L'analyse du contexte global et local a mis en évidence un besoin d'intégration harmonieuse entre innovation technologique et gestion du changement. Ces constats ont conduit à formuler la problématique et les questions de recherche, qui orienteront le cadre conceptuel et l'approche méthodologique présentés dans le chapitre suivant.

CHAPITRE 3
FONDEMENTS CONCEPTUELS ET TERRAIN D'ÉTUDE

À la suite de l'exploration des principaux aspects de la problématique présentée au chapitre précédent, ce chapitre s'attache à la dimension conceptuelle de la recherche, dans le but d'approfondir la compréhension des dynamiques et des enjeux identifiés. Il présente l'étude de cas retenue, décrit le schéma analytique sur lequel s'appuie la démarche afin d'atteindre les objectifs de recherche, et introduit, enfin, le cadre interprétatif qui servira de fil conducteur à l'analyse des résultats et à la formulation des conclusions.

3.1 PERTINENCE DE L'ETUDE DE CAS

L'étude de cas a été retenue comme approche privilégiée afin de répondre de manière approfondie à la question centrale de la recherche. Ce choix méthodologique vise à comprendre la réalité étudiée dans toute sa complexité, en s'intéressant davantage aux dynamiques organisationnelles qu'à la seule dimension technologique de la solution implantée.

Inscrite dans une démarche qualitative à visée descriptive, cette stratégie permet d'examiner les interactions entre les acteurs, les processus et leur environnement, et d'en saisir les influences réciproques. L'étude de cas sert ainsi de cadre descriptif concret à l'exploration théorique et empirique menée dans ce mémoire : elle décrit la réalité observée tout en permettant d'explorer les dynamiques qui la sous-tendent. La visée descriptive découle alors du caractère exploratoire de la recherche, qui ne se limite pas à observer les faits, mais cherche à en dégager le sens, les logiques d'action et la portée organisationnelle. Comme le précisent Duport (2020) et Roy (2016), l'étude de cas constitue un outil particulièrement pertinent pour analyser des phénomènes contextualisés, notamment lorsque les limites entre le phénomène observé et le cadre dans lequel il se déploie demeurent floues.

Dans cette perspective, Yin (2009) définit l'étude de cas comme une « enquête empirique qui examine un phénomène contemporain dans son contexte réel, particulièrement lorsque les limites entre le phénomène et le contexte ne sont pas clairement évidentes ». Il précise que cette méthode vise à comprendre le comment et le pourquoi des processus observés plutôt qu'à mesurer leur ampleur. Stake (1995) ajoute dans le même sens que l'étude de cas permet une compréhension vaste et contextualisée du phénomène, fondée sur une immersion prolongée dans le terrain. Elle se distingue ainsi par sa capacité à saisir la singularité d'un cas tout en en dégageant une portée analytique plus large.

De même, Eisenhardt (1989) rappelle que l'étude de cas contribue à la construction de la théorie à partir des données empiriques en permettant l'identification de mécanismes explicatifs émergents. Ce potentiel inductif en fait une approche préconisée pour explorer des problématiques complexes et encore peu documentées, comme celle de l'intégration d'une technologie innovante en milieu sensible. En ce sens, notre démarche s'inscrit dans une logique visant à comprendre un phénomène encore peu théorisé plutôt qu'à tester des hypothèses préexistantes.

Gagnon (2012) souligne que l'étude de cas favorise une compréhension ancrée dans la réalité vécue des acteurs. En s'appuyant sur leur expérience et leurs représentations, elle permet de saisir les perceptions, les résistances et les processus d'appropriation ; dimensions centrales dans un contexte de changement technologique où les facteurs humains et organisationnels jouent un rôle déterminant dans la réussite du projet.

Différents types d'études de cas peuvent être mobilisés selon les objectifs de recherche. Yin (2009) distingue les études de cas uniques et les études de cas multiples, chacune d'elles pouvant adopter un design holistique ou encastré.

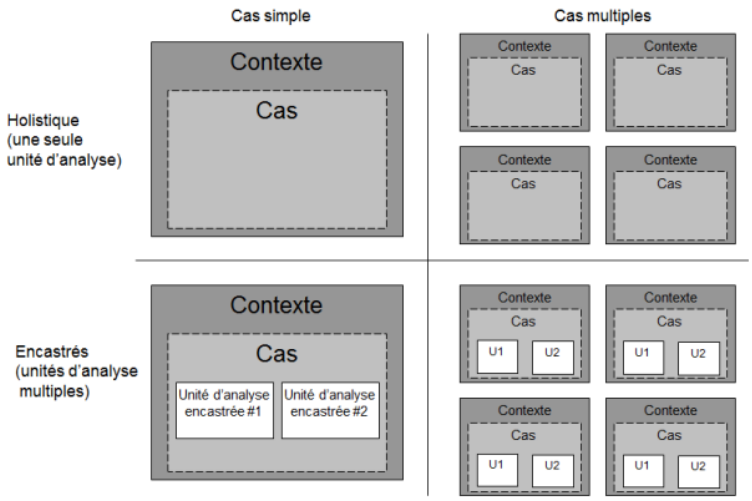


Figure 9. Les différents designs de recherche d'étude de cas selon © Yin, 2009.

L'étude de cas holistique appréhende le phénomène dans son ensemble, en considérant toutes les composantes comme interdépendantes et indissociables. Elle vise à comprendre la globalité du système étudié, ses structures, ses acteurs et ses processus internes, sans fragmenter l'analyse. Cette approche est particulièrement pertinente lorsque le chercheur cherche à explorer un phénomène complexe dans son unité, en intégrant simultanément plusieurs dimensions. Elle favorise une lecture systémique du cas et permet d'en dégager la cohérence interne (Yin, 2009).

L'étude de cas encastrée, quant à elle, se focalise sur une ou plusieurs unités d'analyse à l'intérieur du cas principal. Cette approche permet d'examiner en profondeur certaines composantes du phénomène pour mieux comprendre leur rôle et leur contribution à l'ensemble. Yin (2009) précise que ce type de design est souvent choisi lorsque les sous-unités étudiées présentent une valeur analytique propre et constituent des points d'entrée pertinents pour comprendre le fonctionnement global du cas.

Ces deux formes de design ne s'excluent pas : leur choix dépend de la nature de la question de recherche, du niveau d'analyse privilégié et du degré de complexité du terrain.

Enfin, Flyvbjerg (2006) rappelle que l'étude de cas ne vise pas la généralisation statistique, mais la généralisation analytique, c'est-à-dire la possibilité de transférer les enseignements tirés d'un cas à des situations comparables. Sa valeur éclairante justifie pleinement le recours à cette méthode pour examiner un projet pilote de transformation numérique en milieu résidentiel, dont la portée dépasse la simple expérimentation technique pour englober des enjeux humains et organisationnels plus larges.

Ainsi, le recours à l'étude de cas s'inscrit dans une démarche cohérente avec cette recherche, centrée sur la compréhension approfondie des phénomènes dans leur contexte réel. En permettant de saisir les interactions complexes entre les acteurs, les processus et l'environnement, cette approche offre un cadre particulièrement adapté à l'analyse du projet étudié. La section suivante présente le schéma analytique de la recherche, lequel établit le lien entre l'approche de recherche et ses objectifs.

3.2 SCHEMA ANALYTIQUE DE LA RECHERCHE

Afin d'assurer la cohérence de la démarche, le schéma analytique définit ce que l'étude observe et la raison pour laquelle elle le fait. Il explicite d'abord le design de recherche et l'unité d'analyse puis décline la logique d'articulation entre l'approche méthodologique et les objectifs poursuivis.

Dans le présent mémoire, le projet d'implantation et d'extension des chutes implanté en résidence pour personnes âgées se prête particulièrement bien à une étude de cas unique de type encastré. Le cas étudié correspond au projet tel qu'il se déploie dans un même milieu d'implantation, avec ses enjeux humains, organisationnels et technologiques. L'approche est dite encastrée dans la mesure où l'analyse s'appuie sur plusieurs unités d'analyse internes qui structurent la compréhension du cas : les phases du projet (pilote et extension), les secteurs d'implantation (secteur autonome et unité des troubles cognitifs) et les principaux groupes d'acteurs impliqués (gestionnaires, personnel, résidents et proches, fournisseur).

Ce choix méthodologique permet de conserver une lecture d'ensemble du projet en rendant compte des interdépendances entre technologie, pratiques et contexte, tout en tenant compte des variations observées selon les phases, les secteurs et les profils d'acteurs. Il contribue ainsi à restituer la complexité du phénomène étudié et à renforcer la solidité de l'analyse. L'unité d'analyse principale demeure le projet dans la résidence ; les sous-unités servent à organiser l'analyse sans constituer des cas distincts.

Ce cadrage se prolonge par la présentation de l'objectif général, et des objectifs spécifiques qui guideront l'examen des données.

3.2.1 Orientation générale de l'étude

Au regard des enjeux humains et organisationnels soulevés par l'implantation d'un système de détection des chutes en résidence pour personnes âgées, l'objectif général de cette recherche est d'analyser dans quelle mesure la gestion du changement et la collaboration entre les parties prenantes (résidents et proches, personnel soignant, gestionnaires) conditionnent l'acceptation et l'usage effectif du dispositif, ainsi que leurs retombées organisationnelles et humaines. Cette perspective permet de dépasser une lecture strictement technique pour saisir les mécanismes d'appropriation et de coordination à l'œuvre, et éclairer les facteurs qui favorisent un déploiement fiable, éthique et durable.

Pour opérationnaliser cet objectif général, l'analyse s'organise autour de quatre objectifs spécifiques :

- Décrire l'acceptabilité et les perceptions des parties prenantes vis-à-vis du dispositif.
- Expliquer les facteurs d'adhésion et les sources de résistance à l'usage.
- Évaluer les effets du système sur l'organisation du travail et la sécurité perçue.

- Prescrire les conditions d'un déploiement élargi et durable du dispositif.

Pris ensemble, ces objectifs tracent la trajectoire analytique du travail : décrire ce qui est vécu, expliquer ce qui le rend possible ou difficile, évaluer ce que cela produit, puis prescrire ce qui pourrait améliorer et étendre l'usage.

3.2.2 Sous-objectifs opérationnels

Afin de guider concrètement la collecte et l'interprétation des données, chaque objectif spécifique se décline en sous-objectifs opérationnels qui décrivent précisément ce qu'on fait dans l'analyse et ce qu'on observe ou mesure pour le faire.

✓ Décrire (acceptabilité / perceptions)

- Recueillir les perceptions des résidents, proches, soignants et gestionnaires;
- Caractériser les dispositifs de communication, formation et soutien qui influent sur ces perceptions.

✓ Expliquer (adhésion / résistances)

- Identifier les leviers d'adhésion et les freins ou résistances (techniques, organisationnels, relationnels, éthiques);
- Mettre en relation ces facteurs avec les mécanismes d'appropriation et la qualité de la collaboration.

✓ Évaluer (effets / impacts)

- Analyser les impacts sur l'organisation du travail : délais de réponse, coordination entre les équipes, charge;
- Apprécier les coûts ou ressources mobilisés et le sentiment de sécurité des usagers.

- ✓ Prescrire (mise à l'échelle)

- Repérer les conditions favorables à l'extension du dispositif (prérequis, risques, mesures d'atténuation);

- Formuler des pistes d'amélioration : gouvernance du changement, soutien de proximité, ajustements techniques et organisationnels.

Ainsi structuré, ce schéma analytique trace la trajectoire de l'étude. La section suivante présente les grilles d'interprétation, qui mobilisent les cadres théoriques retenus pour éclairer la lecture des résultats empiriques.

3.3 GRILLES D'INTERPRETATION

L'analyse des données repose sur une architecture conceptuelle intégrée qui combine deux approches théoriques complémentaires : la théorie de la contingence, qui met en évidence les conditions contextuelles influençant la réussite des projets, et la configuration du changement de Babineau et Lessard, qui éclaire les dimensions humaines, organisationnelles et stratégiques du processus de transformation. Ensemble, ces deux perspectives fournissent un cadre robuste permettant de relier les facteurs structurels du changement aux dynamiques d'interaction et de collaboration observées sur le terrain.

Cette combinaison conceptuelle ne se limite pas à orienter la démarche, elle constitue une structure d'analyse destinée à comprendre comment les conditions locales, telles que la taille des équipes, la maturité numérique, le profil des résidents ou les contraintes de ressources, interagissent avec les pratiques de gestion, les comportements d'adaptation et les formes d'appropriation du changement. Elle traduit ainsi une vision contextualisée et concrète du déploiement du système de détection des chutes, où la réussite dépend tout autant de l'ajustement des moyens aux réalités du milieu que de la mobilisation des personnes impliquées.

3.3.1 La théorie de la contingence

La théorie de la contingence propose que la performance d'une organisation ou la réussite d'un projet ne découle pas d'un modèle unique, mais de l'adéquation entre ses caractéristiques internes et les exigences de son environnement. Autrement dit, il n'existe pas de structure ou de méthode universellement optimale ; l'efficacité dépend de la capacité d'adaptation aux conditions spécifiques dans lesquelles l'action s'inscrit (Donaldson, 2001; Mintzberg, 1982). Cette approche issue des travaux fondateurs de Chandler (1966) et de Burns and Stalker (1961) a depuis été largement mobilisée pour comprendre comment les contextes influencent les modes de gestion, la répartition des rôles et la réussite des projets organisationnels.

Dans le champ du leadership, Fiedler (1964); (1967) a prolongé cette perspective en démontrant que l'efficacité d'un leader dépend de la situation dans laquelle il évolue. Selon lui, un style de leadership orienté vers la tâche peut s'avérer performant dans des contextes très structurés ou en période de crise, tandis qu'un style davantage centré sur la relation favorise la cohésion et l'adhésion dans des environnements plus incertains. Cette contribution illustre la portée transversale de la contingence : les pratiques managériales, comme les structures organisationnelles, doivent être ajustées aux caractéristiques du contexte pour maximiser leur efficacité.

Transposée à la gestion de projet, cette perspective conduit à reconnaître que la réussite d'une initiative de transformation dépend autant de la qualité technique du dispositif que de la cohérence entre la solution, l'environnement et les acteurs impliqués. Lawrence and Lorsch (1967) rappellent que les environnements complexes et incertains exigent une forte capacité de différenciation et de coordination entre les sous-systèmes organisationnels. Dans cette optique, les facteurs de contingence peuvent être internes, lorsqu'ils relèvent des caractéristiques propres de l'organisation, ou externes, lorsqu'ils découlent des conditions de son environnement.

Dans le cadre de cette étude, l'attention se porte sur les facteurs internes, puisqu'ils influencent directement les dynamiques d'implantation et d'appropriation du système de détection des chutes. La théorie de la contingence sert ainsi à identifier les facteurs contextuels qui encadrent l'implantation du système de détection des chutes. Chaque résidence possède ses particularités : composition et autonomie des résidents, architecture des pavillons, disponibilité du personnel, niveau de formation ou encore ouverture à l'innovation. Ces éléments déterminent la manière dont la technologie est perçue, intégrée et utilisée au quotidien. Ainsi, un environnement caractérisé par un fort roulement du personnel ou une faible familiarité numérique exige des modes d'accompagnement et de leadership différents de ceux d'un milieu plus stable et numériquement mature.

Cette approche met aussi en lumière le rôle clé du leadership de proximité : dans un contexte de changement, la capacité des gestionnaires à ajuster leur style de conduite en fonction du climat, du niveau de confiance et des compétences de leurs équipes devient un levier déterminant pour susciter l'adhésion et maintenir la cohésion autour du projet. Ce rôle de proximité ne s'oppose pas au leadership transformationnel, mais le complète : alors que le premier agit dans la régulation quotidienne et l'adaptation contextuelle, le second soutient une vision mobilisatrice et à plus long terme du changement.

En somme, la théorie de la contingence fournit une base permettant de relier les conditions structurelles et humaines du projet aux comportements observés sur le terrain. Elle éclaire la manière dont la réussite du déploiement dépend d'un ajustement fin entre la solution technologique, la culture du milieu, les compétences disponibles et les modes de gouvernance adoptés. Cette lecture sera approfondie dans la sous-section suivante, à travers la configuration du changement de Babineau and Lessard (2015), qui met l'accent sur les processus dynamiques d'implantation et sur les leviers humains favorisant l'appropriation et la durabilité du changement.

3.3.2 La dynamique du changement

Le cadre retenu pour ce mémoire ne se substitue pas aux modèles généraux précédemment présentés ; il en propose plutôt une lecture plus appliquée au contexte étudié, en tenant compte à la fois des dimensions du changement et des préoccupations susceptibles d'émerger au fil de son déploiement.

Babineau and Lessard (2015) explorent la dynamique du changement en s'appuyant sur deux dimensions complémentaires : la gestion du changement et l'expérience du changement.

La gestion du changement constitue un axe essentiel d'analyse dans les projets de transformation organisationnelle, particulièrement dans les milieux de soins. En se basant sur des observations issues du réseau de la santé canadienne, les auteurs suggèrent que la réussite d'un changement ne dépend pas seulement de la clarté de la vision ou de la qualité technique de la solution implantée, mais surtout de la manière dont les parties prenantes sont accompagnées tout au long du processus. Leur cadre de référence, inspiré des travaux de Dickson et al. (2012), repose sur une démarche structurée en quatre grandes phases interreliées, illustrées par la figure 10 suivante.



Figure 10. Quatre dimensions possibles du changement organisationnel (adapté de Dickson et al. 2012) © Babineau and Lessard, 2015.

- ✓ La préparation du changement suppose non seulement de comprendre la situation et la dynamique du milieu, mais aussi d'évaluer la capacité et l'ouverture organisationnelle à la transformation. Elle consiste à analyser le contexte, définir les besoins et anticiper les résistances.

- ✓ La mise en œuvre du changement repose sur la planification, la communication et la formation, tout en intégrant des mécanismes d'évaluation de l'efficacité et de soutien à la performance.

- ✓ La diffusion du changement vise à favoriser l'expansion progressive du projet à d'autres unités ou milieux, en mobilisant des stratégies d'apprentissage collectif et d'évolution de la culture organisationnelle. Elle comprend la stabilisation des nouvelles pratiques et le renforcement de la confiance dans la solution.

- ✓ Le soutien au changement implique un suivi constant de ses effets et une adaptation continue afin d'en assurer la durabilité. Il favorise l'ajustement et la pérennité de la transformation par un suivi des résultats et un soutien constant du leadership.

Ce cadre met également en lumière le rôle clé du leadership de proximité et la gestion proactive des résistances. Ce leadership, fondé sur la communication et la reconnaissance des préoccupations du personnel, favorise une transition plus fluide et une appropriation durable de la technologie.

Pour mieux comprendre l'expérience vécue du changement par les acteurs, Babineau and Lessard (2015) s'appuient également sur le modèle des phases de préoccupations de Bareil (2008); (2004). Déjà présenté dans la revue de la littérature (voir tableau 2), ce modèle met en évidence les réactions cognitives et affectives qui jalonnent le processus d'implantation depuis la prise de conscience initiale jusqu'à l'engagement dans l'amélioration continue. Il permet ainsi de relier les dynamiques d'appropriation observées sur le terrain aux mécanismes d'accompagnement décrits par Babineau and Lessard (2015), en soulignant que l'adoption durable d'une innovation repose autant sur la gestion collective du changement que sur la résolution progressive des préoccupations individuelles.

Ainsi, la transformation ne s'apparente pas uniquement à un processus technique, mais à un apprentissage organisationnel partagé, rendu possible par une articulation étroite entre la gestion de projet et la gestion du changement. Cette articulation amène les auteurs à poser la question : « Where does project management fit here? ». Autrement dit, comment les approches de gestion de projet peuvent-elles soutenir la transformation organisationnelle et la capacité d'adaptation du milieu ?

Dans ce mémoire, cette interrogation est abordée à partir de trois angles complémentaires déjà posés. Il reste alors à les mettre en cohérence dans une même lecture, afin de clarifier ce qu'ils éclairent chacun et ce qu'ils permettent de comprendre ensemble.

3.3.3 Synthèse intégrative de la grille d'analyse

Cette grille d'analyse repose sur la complémentarité de cadres qui, bien qu'issus de traditions distinctes, racontent en réalité la même histoire sous des angles différents : d'où part le changement (contexte), comment il est piloté (gestion) et comment il est vécu (expérience).

La théorie de la contingence situe l'action : elle montre que la réussite du changement dépend de l'adéquation entre la technologie, les structures et les ressources du milieu.

Le modèle de déploiement du changement de Babineau et Lessard décrit la trajectoire : il met en lumière la manière dont la planification, la communication et le leadership façonnent la progression du projet et la mobilisation des acteurs.

La perspective expérientielle de Bareil donne voix à l'humain : elle révèle comment les émotions, les résistances et les apprentissages individuels accompagnent la transformation.

Ensemble, ces cadres offrent une vision d'ensemble du changement, capable de relier les conditions de départ, les mécanismes de mise en œuvre et les effets observables. Ils permettent d'appréhender les retombées humaines et organisationnelles non comme de simples résultats, mais comme les prolongements naturels d'un processus de transformation vécu, piloté et partagé.

Ainsi, cette grille d'analyse joue une double fonction : elle articule les cadres conceptuels qui fondent la recherche tout en guidant l'interprétation empirique du terrain. Elle permet d'examiner comment les dynamiques observées lors du passage de l'expérimentation à l'extension du système de détection des chutes s'inscrivent ou non dans la logique proposée par Babineau et Lessard. Toutefois, afin de mieux rendre compte de la complexité du phénomène étudié, ce cadre intègre également certains apports ciblés issus de la recension des écrits, notamment ceux relatifs à l'acceptation technologique, aux conditions facilitantes, aux perceptions des parties prenantes et à l'expérience vécue du changement. La

figure 11 suivante présente le cadre conceptuel de la recherche, et montre la manière dont ces différentes dimensions s'articulent dans l'analyse du cas étudié.

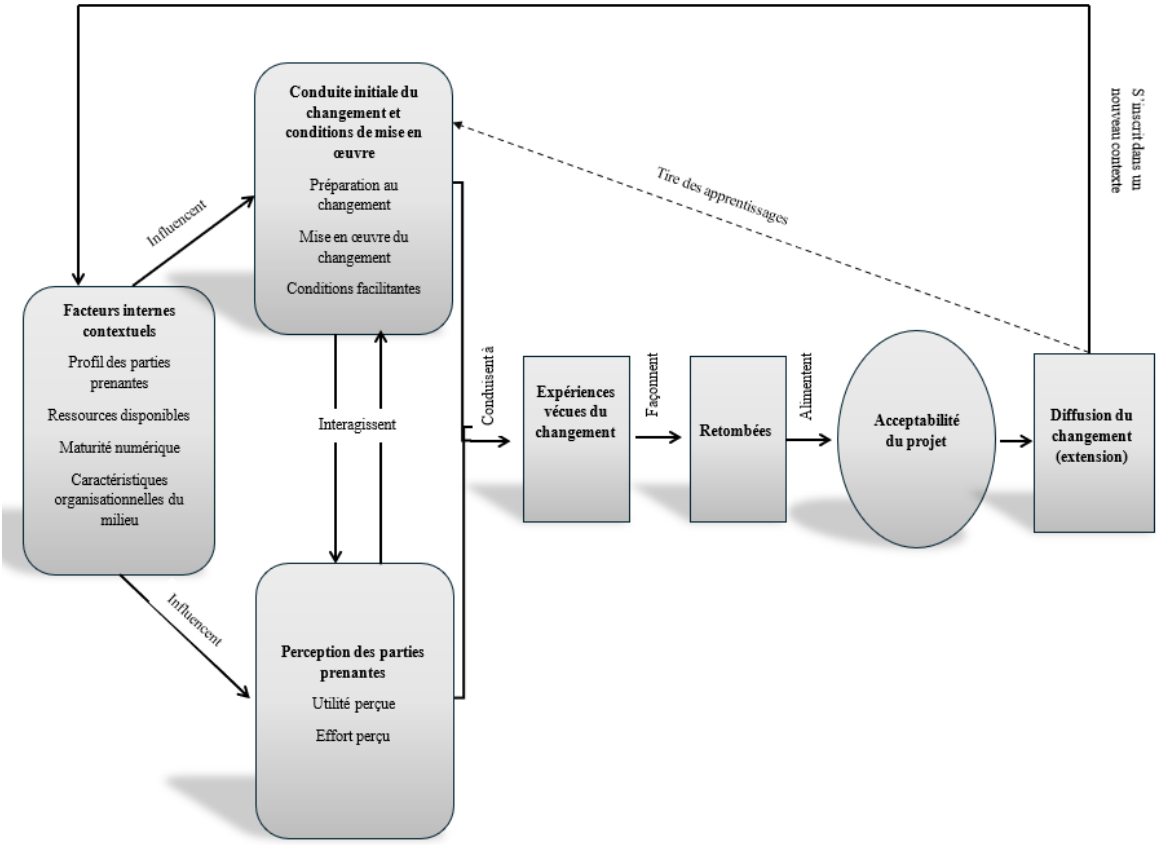


Figure 11. Cadre conceptuel de la recherche © Élaboration par l'auteure à partir de la recension des écrits, 2025.

À travers cette architecture conceptuelle, la réflexion s'ancre désormais dans la réalité du terrain. La section suivante présente ainsi le milieu dans lequel s'inscrit le projet de détection des chutes, en décrivant ses particularités, ses besoins et les conditions dans lesquelles la transformation prend forme.

3.4 LE MILIEU D'IMPLANTATION DU SYSTEME

Cette section du chapitre présente le milieu d'implantation du projet étudié, afin de situer concrètement le contexte dans lequel s'inscrit l'analyse. Elle décrit d'abord les principales caractéristiques organisationnelles et humaines de la résidence, puis retrace la genèse du projet pilote de détection des chutes et les conditions qui ont conduit à son extension. Ces éléments permettent de mieux comprendre le cadre empirique dans lequel seront examinées, par la suite, les dynamiques de gestion du changement et de collaboration entre les parties prenantes.

3.4.1 Contexte et caractéristiques de la résidence

Conformément à la perspective contingente développée dans la revue de littérature, l'analyse d'un projet de transformation numérique ne peut être dissociée du contexte organisationnel dans lequel il prend forme. En effet, les caractéristiques de l'environnement influencent les modalités de mise en œuvre d'une innovation, les interactions entre les parties prenantes ainsi que les processus de gestion du changement. Dans cette optique, le choix d'une résidence privée pour aînés comme contexte d'étude est directement lié aux objectifs poursuivis par cette recherche. L'étude de ce milieu permet d'analyser l'implantation d'un système de détection des chutes dans son environnement réel, en tenant compte des dimensions humaines, organisationnelles et technologiques qui façonnent son déploiement et son appropriation.

Située dans la région du Bas-Saint-Laurent, la résidence étudiée constitue un milieu de vie moderne et sécuritaire destiné aux personnes âgées autonomes, semi-autonomes et non autonomes. Classée résidence privée pour aînés de catégorie 3, elle n'offre pas de soins médicaux au sens strict, mais assure une couverture en soins infirmiers auxiliaires correspondant aux trois heures quotidiennes requises par la réglementation provinciale. Ces dernières occupent principalement des fonctions de coordination et de supervision auprès des

équipes de préposés aux bénéficiaires (PAB), qui assument la majorité des tâches d'assistance quotidienne.

L'établissement accueille plusieurs dizaines de résidents répartis dans des unités d'habitation individuelles et des pavillons interconnectés, favorisant ainsi un équilibre entre autonomie et accompagnement. Il compte initialement 238 unités pour personnes autonomes, allant du studio au quatre et demi, ainsi que 23 chambres destinées aux résidents présentant des troubles cognitifs. Deux espaces santé, comprenant 22 et 12 chambres, accueillent respectivement des personnes non autonomes et semi-autonomes nécessitant un accompagnement accru. Bien que conçues pour des séjours à long terme, certaines de ces chambres peuvent occasionnellement être utilisées pour des séjours de convalescence lorsque des disponibilités le permettent.

Les services offerts au sein de la résidence sont variés : soutien à la vie quotidienne, assistance médicale, entretien ménager, restauration et activités récréatives. Des espaces communs tels qu'une salle à manger, une piscine intérieure, une salle d'entraînement, une bibliothèque et des salons collectifs visent à promouvoir le bien-être global et la vie communautaire. Ce modèle repose sur la cohabitation harmonieuse d'aînés aux profils variés, dans un environnement à la fois chaleureux et encadré.

Sur le plan organisationnel tel que présenté dans le tableau 4, la résidence s'appuie sur une structure de travail articulée autour de quarts de jour, de soir et de nuit, assurant une présence continue du personnel.

Tableau 4

Répartition des préposés aux bénéficiaires par secteur et par quart de travail.

Secteur d'hébergement	Type de résidents	Jour / Soir	Nuit	Particularités

Unité autonome	Résidents autonomes	1 PAB par quart	1 PAB	Surveillance générale, assistance ponctuelle
Unité des troubles cognitifs	Résidents présentant des troubles cognitifs	1 PAB par quart	1 PAB	Encadrement accru, assistance à la mobilité et aux activités quotidiennes
Espace santé A	Résidents semi-autonomes / non autonomes	1 PAB pour 12 résidents, renfort aux périodes de pointe	1 PAB	Soutien renforcé lors des repas, levés et couchers
Espace santé B	Résidents semi-autonomes / non autonomes	1 PAB pour 12 résidents, renfort aux périodes de pointe	1 PAB	Même organisation que l'Espace santé A

Source : Élaboration par l'auteure à partir des informations transmises par la direction de la résidence, 2025.

Au total, quatre PAB sont présents en tout temps durant la nuit, soit un pour chaque secteur. À ces derniers s'ajoute un coordonnateur de garde qui demeure disponible pour les urgences ou les décisions nécessitant une supervision. Cette organisation, typique des résidences pour aînés, exige une coordination constante entre les membres du personnel et une attention soutenue à la sécurité des résidents, notamment pour la prévention des chutes.

La résidence emploie également du personnel d'entretien, de restauration, de maintenance et d'administration, dont les activités soutiennent le bon fonctionnement des services aux résidents. La communication entre les équipes repose sur des mécanismes

formels, tels que les rapports de transmission et les réunions de suivi, et informels, favorisant la fluidité de l'information et la réactivité face aux besoins émergents. Cette culture de proximité et de bienveillance, centrée sur la qualité de vie des résidents, s'accompagne d'un souci constant de prévention et d'amélioration continue des pratiques.

Les résidents présentent des niveaux d'autonomie variés : certains vivent de manière indépendante, tandis que d'autres requièrent un accompagnement, notamment en raison de troubles cognitifs légers ou de pertes d'équilibre fréquentes. Dans ce contexte, la prévention des chutes constitue une préoccupation constante. Plusieurs résidents disposent déjà de pendentifs de détection personnelle, fournis et gérés par leurs proches, qui permettent d'alerter en cas d'incident. Bien que ces dispositifs relèvent de démarches individuelles, ils témoignent d'un besoin croissant de solutions technologiques intégrées et uniformisées, capables de soutenir la surveillance et la réactivité du personnel.

Le contexte régional du Bas-Saint-Laurent accentue par ailleurs certains défis structurels. Le vieillissement rapide de la population, combiné à une pénurie de main-d'œuvre dans le secteur des soins, renforce la pression sur les ressources humaines et organisationnelles. Ces conditions renforcent la pertinence d'initiatives innovantes permettant d'améliorer la sécurité, l'efficacité et la qualité des soins, tout en allégeant la charge des équipes.

Ainsi, la résidence étudiée constitue un terrain d'analyse privilégié pour observer la manière dont une organisation de soins pour aînés conjugue innovation, humanité et coordination opérationnelle. C'est dans ce contexte qu'a été amorcé, à titre expérimental, le projet d'implantation d'un système de détection des chutes, présenté dans la section suivante.

3.4.2 Le projet pilote de détection des chutes

Le projet de détection des chutes a été amorcé à la suite d'un incident marquant survenu dans la résidence étudiée, au cours duquel un résident autonome avait chuté dans sa chambre

et était demeuré plusieurs heures au sol avant d'être retrouvé. Cet événement, qui aurait pu avoir des conséquences fatales, a sensibilisé la direction à la nécessité d'un système de surveillance plus réactif et automatisé, capable de détecter rapidement les situations de détresse sans dépendre de la vigilance constante du personnel ou de dispositifs individuels portés par les résidents.

C'est dans ce contexte qu'a été lancé un projet pilote d'installation d'un système de détection des chutes, en collaboration avec un fournisseur externe spécialisé dans les solutions technologiques destinées aux milieux de vie pour aînés. Le dispositif se présente sous la forme d'un module compact de couleur blanche, fixé discrètement au plafond. Chaque unité intègre plusieurs capteurs infrarouges et optiques, capables d'analyser les mouvements et la posture des occupants. Lorsqu'une chute est détectée ou lorsqu'une immobilité prolongée est repérée, le système enregistre automatiquement l'événement et transmet une alerte aux préposés afin de déclencher une intervention rapide.

Le projet pilote a été implanté dans une seule chambre, celle d'un résident autonome, afin de tester la fiabilité du dispositif et sa compatibilité avec l'environnement de la résidence. Deux modules ont été installés de manière à couvrir les principales zones de déplacement, offrant une vision d'ensemble de la pièce sans compromettre la vie privée de l'occupant. La supervision du projet pilote a été assurée directement par la directrice générale actuelle, qui assumait alors temporairement la gestion du département. Les autres principaux acteurs mobilisés sont le personnel en service, le résident et ses proches. L'installation et la calibration du système quant à elles, ont été réalisées par le fournisseur technologique, en collaboration avec la direction de la résidence et l'équipe soignante. Bien que l'expérimentation ait porté sur un seul cas, elle a permis d'évaluer la pertinence du dispositif dans un cadre réel et d'observer son intégration au fonctionnement quotidien de la résidence.

Les objectifs initiaux du projet visaient à renforcer la sécurité individuelle, réduire les délais d'intervention en cas de chute et expérimenter l'intégration d'un outil technologique de prévention dans les pratiques courantes. Si le projet a d'abord répondu à un besoin particulier, il s'inscrit désormais dans une réflexion plus large sur la transformation

organisationnelle et sur le rôle des technologies dans l'amélioration de la qualité de vie des résidents.

Même si certains résidents utilisent des pendentifs de détection personnelle, fournis et gérés par leurs proches, ils sont parfois perçus comme intrusifs ou contraignants. L'introduction d'un système intégré au milieu de vie vise donc à renforcer la sécurité collective tout en réduisant la charge individuelle et les résistances liées à l'usage d'objets portés.

Considéré sous cet angle, le projet pilote de détection des chutes se présente comme une expérimentation technologique et organisationnelle, illustrant le passage d'une approche réactive à une logique de prévention proactive. Il ouvre la voie à une phase d'extension plus ambitieuse. C'est précisément ce passage entre l'expérimentation et l'extension qui constitue le cœur de la présente recherche. L'analyse cherchera à examiner comment une innovation technologique, d'abord testée à petite échelle, peut s'ancrer durablement dans un milieu de vie collectif, à travers l'engagement et l'appropriation des acteurs concernés.

3.4.3 Extension du système

À la suite de la phase pilote, la direction envisage aujourd'hui l'extension du dispositif à une vingtaine de chambres, ciblant exclusivement les résidents présentant des troubles cognitifs. Ce choix ne relève pas du hasard : les chambres retenues ont été identifiées à partir d'un suivi interne permettant de repérer les résidents les plus à risque, parfois qualifiés de « chuteurs professionnels » en raison de la fréquence de leurs incidents. Cette sélection ciblée vise à maximiser la pertinence préventive du système en le déployant là où les besoins de surveillance sont les plus critiques.

Cette orientation marque un changement significatif dans la portée du projet. Alors que la phase pilote avait été menée auprès d'une résidente autonome, l'extension s'inscrit désormais dans un contexte de soins plus complexe, où la vigilance du personnel et la

réactivité organisationnelle jouent un rôle déterminant. Ce passage d'une expérimentation ponctuelle à un déploiement élargi suppose une reconfiguration progressive des pratiques internes, notamment en matière de communication, de gestion des alertes et de coordination entre les équipes.

Cette décision découle à la fois du constat positif issu de l'expérimentation et des réalités quotidiennes du milieu, où la diversité des profils rend la surveillance continue difficile à maintenir sans appui technologique. L'enjeu ne réside donc pas uniquement dans l'ajout de nouveaux capteurs, mais dans la capacité de l'organisation à intégrer durablement cette innovation au cœur de ses routines, tout en maintenant l'équilibre entre sécurité, autonomie et qualité de vie. Par ailleurs, le personnel impliqué à l'étape pilote n'est pas strictement le même que celui engagé pour l'extension, ce qui ajoute un enjeu d'accompagnement et de transfert des apprentissages.

Ainsi, le passage du projet pilote à une phase d'extension ne vise pas seulement à accroître la couverture du système, mais à tester la transférabilité et la pérennité du modèle dans un environnement plus exigeant. La présente recherche s'inscrit précisément dans cette perspective : comprendre comment cette transition s'opère, quelles dynamiques la soutiennent et comment elle transforme, en pratique, les modes d'organisation et de collaboration au sein de la résidence.

Ce chapitre a présenté les fondements conceptuels et le terrain empirique de la recherche, en reliant les cadres théoriques retenus à la réalité du milieu étudié. L'analyse de la résidence, du projet pilote et de sa phase d'extension a permis de situer le phénomène dans un contexte organisationnel et humain marqué par des enjeux de sécurité, d'adaptation et de coordination. Ces éléments posent les bases nécessaires à la compréhension du processus de gestion du changement et de collaboration entre les parties prenantes, qui seront examinées à partir de la méthodologie détaillée dans le chapitre suivant.

CHAPITRE 4
DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Réaliser un mémoire, c'est piloter un véritable projet : il faut définir un cap, allouer des ressources, gérer des risques et, surtout, planifier chaque étape avec rigueur. Fortin and Gagnon (2016) nomment précisément cette planification des activités comme étant la phase méthodologique : celle qui transforme une idée de recherche en une suite d'activités concrètes et ordonnées, avant même qu'un seul jeu de données ne soit recueilli.

Dans le champ qualitatif, elle se matérialise par un plan préliminaire, ou devis, qui balise le terrain à explorer : quel phénomène observer ? auprès de qui ? avec quels outils ? et suivant quelle logique d'analyse ? À la manière d'une carte nautique, ce devis n'impose pas le trajet au chercheur : il propose plutôt des repères et des marges de manœuvre qui permettront d'ajuster la route en fonction des courants du terrain. Creswell (2014) abordant le plan de recherche indique qu'il relie les postulats philosophiques, les stratégies d'enquêtes et les méthodes concrètes de collecte et d'analyse des données. En d'autres termes, il indique quoi faire, comment le faire et pourquoi le faire ainsi, de la définition du terrain jusqu'à la diffusion des résultats.

Comprendre l'impact d'un système de détection des chutes ne se résume pas à vérifier qu'il fonctionne : il faut aussi savoir comment les personnes qui vivent ou travaillent dans la résidence se l'approprient. Cette recherche est particulière en ce sens qu'elle englobe des aspects qui dans la littérature existante ont été étudiés séparément. C'est pourquoi la démarche présentée dans ce chapitre s'appuie sur une méthodologie qualitative à visée exploratoire et descriptive, avec une prédominance exploratoire.

Elle est exploratoire en ce qu'elle cherche à comprendre un phénomène encore peu documenté : le passage d'un projet pilote à une phase d'extension d'un système de détection

des chutes ; en examinant comment la gestion du changement, la collaboration et la perception des parties prenantes influencent cette transition. Elle est également descriptive, puisqu'elle vise à rendre compte du contexte d'implantation, du fonctionnement organisationnel et des pratiques observées, afin de documenter le « comment » de l'adoption plutôt que de vérifier des hypothèses préétablies. Ainsi, cette approche permet de saisir la complexité du processus d'appropriation technologique tout en favorisant la création de nouvelles articulations théoriques entre les concepts mobilisés.

Le chapitre suit un fil clair : après avoir posé le cadre général de l'étude (paradigme, raisonnement, design), il détaille successivement la population visée, la stratégie de recrutement, les méthodes de collecte des données, le processus d'analyse, avant d'aborder les considérations éthiques. L'objectif est double : expliquer, pas à pas, comment les données seront obtenues et traitées, et offrir de quoi évaluer la solidité de la démarche.

4.1 CONCEPTION DE LA RECHERCHE

La réussite d'une recherche qualitative passe par une posture clairement assumée : c'est choisir consciemment de donner priorité aux voix humaines plutôt qu'aux chiffres, aux expériences vécues plutôt qu'aux statistiques. Comme l'expliquent Fortin and Gagnon (2016) dans leur ouvrage phare, la conception méthodologique ne consiste pas seulement à aligner une série de choix techniques, mais plutôt à bâtir un véritable plan d'action, réfléchi et cohérent, pour explorer un phénomène complexe dans son contexte naturel.

Dans ce mémoire, notre intention est précisément de comprendre la manière dont un dispositif technologique, ici un système de détection des chutes en résidence pour aînés, est perçu, vécu et approprié par ceux qui le côtoient au quotidien. Notre choix s'est tourné vers une recherche qualitative, car celle-ci permet d'aller directement à la rencontre des expériences réelles des résidents, de leurs proches, du personnel soignant, ainsi que des gestionnaires impliqués. Miles et al. (2018) rappellent que cette approche est

particulièrement adaptée lorsque l'objectif est de saisir en profondeur des phénomènes qui échappent aux seules mesures quantitatives et pour lesquels la nuance des perceptions compte autant, sinon davantage, que l'objectivité apparente des chiffres.

C'est dans cette logique que nous situons clairement notre travail dans le paradigme interprétatif. Suivant ce dernier, la réalité sociale est comprise à travers les significations que les individus attribuent à leurs expériences et à leur environnement (Fortin & Gagnon, 2016). Cette posture apparaît particulièrement pertinente dans le cadre de cette recherche puisqu'elle vise à comprendre comment les différentes parties prenantes perçoivent, vivent et interprètent l'implantation du système de détection des chutes dans leur milieu. Le raisonnement ici se veut inductif, c'est-à-dire qu'on passe du particulier au général, avec une observation et une interprétation des phénomènes dans un contexte particulier.

Pour concrétiser cette vision, nous avons opté pour un devis d'étude de cas unique comme recommandé par Yin (2009). Cette approche méthodologique permet justement d'aller au plus près d'un phénomène contemporain dans son contexte réel, de comprendre les dynamiques en jeu, et surtout d'accueillir la diversité des points de vue qui s'expriment autour d'une même expérience technologique. Le cas retenu est une résidence pour aînés située dans le Bas-Saint-Laurent ayant déjà implanté ce système à la fin de l'année 2023, et qui se trouve aujourd'hui en phase d'extension (2025-2026).

Cette conception méthodologique globale vise à répondre donc explicitement aux objectifs fixés. Les sections suivantes présenteront, étape par étape, comment ceci se traduira concrètement en méthodes de collecte et d'analyse rigoureuses et fidèles aux réalités vécues sur le terrain.

4.2 LES APPROCHES DE COLLECTE DES DONNEES

La collecte des données constitue une étape centrale dans notre démarche. Au-delà du fait de recueillir des informations, c'est la faculté de se mettre à l'écoute, d'entrer véritablement dans le vécu et l'expérience des personnes concernées par notre étude.

Dans ce mémoire, les approches choisies pour recueillir les données traduisent justement cette volonté d'établir un lien authentique avec chaque groupe de participants : résidents, proches aidants, préposés aux bénéficiaires et gestionnaires. Ainsi, cette section présente de manière synthétique comment nous avons défini les personnes à rencontrer (population et échantillonnage), les outils précis utilisés pour recueillir leurs témoignages (méthodes de collecte) ainsi que les stratégies mises en place pour aller à leur rencontre (recrutement).

4.2.1 Population à l'étude et échantillonnage

Dans le cadre de cette recherche, la population à l'étude regroupe l'ensemble des acteurs directement ou indirectement impliqués dans l'implantation et l'utilisation du système de détection des chutes au sein de la résidence ciblée. Comme le rappellent Fortin and Gagnon (2016), le choix d'une population en recherche qualitative ne vise pas la représentativité statistique, mais plutôt la richesse et la diversité des points de vue susceptibles d'éclairer le phénomène à l'étude. Il s'agit donc d'identifier les personnes les mieux placées pour offrir une compréhension approfondie et nuancée de la réalité vécue.

La population visée se compose de quatre groupes principaux de parties prenantes :

- ✓ Les résidents, dont les perceptions et les expériences permettront de comprendre comment la technologie influence la vie quotidienne et le sentiment de sécurité.

- ✓ Les proches aidants, témoins privilégiés des changements perçus dans la vie des résidents et partenaires clés dans la relation de confiance avec l'établissement.

- ✓ Les préposés aux bénéficiaires, en première ligne de l'utilisation du système et de la gestion des alertes, dont le regard éclaire les ajustements organisationnels et les réalités opérationnelles.

- ✓ Les gestionnaires, responsables du suivi et du pilotage du projet, qui offriront une vision plus stratégique et institutionnelle de l'implantation.

L'échantillonnage retenu est non probabiliste à visée qualitative, plus précisément intentionnel (ou par choix raisonné), conformément aux recommandations de Fortin and Gagnon (2016). Ce type d'échantillonnage est particulièrement approprié lorsque l'objectif est d'explorer un phénomène spécifique en profondeur plutôt que de généraliser les résultats à une population plus large. Les participants devaient être sélectionnés selon leur expérience directe du dispositif et leur capacité à contribuer à la compréhension du phénomène étudié. Afin de tenir compte des différentes étapes du projet, le recrutement devait inclure des participants issus tant de la phase pilote que de la phase d'extension du système. Cette distinction devait permettre d'analyser l'évolution des perceptions entre ceux qui ont expérimenté le dispositif dès son introduction et ceux qui découvrent la version étendue et stabilisée du système.

Certaines considérations éthiques et contextuelles ont néanmoins nécessité un ajustement du plan initial. À la suite d'échanges avec la direction de la résidence et la directrice de recherche, il a été convenu de ne pas interroger les résidents occupant les chambres équipées du nouveau dispositif, puisque la majorité d'entre eux présentent des troubles cognitifs. Afin de préserver leur bien-être et de garantir la validité des données recueillies, la collecte portera donc sur des résidents autonomes n'ayant pas nécessairement le système installé dans leur chambre, mais vivant au quotidien dans l'environnement où il est déployé. Cette approche permettra d'obtenir leur perception globale du dispositif, son

utilité perçue, ses effets sur l'ambiance et la sécurité ; tout en veillant à préserver l'autonomie des participants et à obtenir leur consentement libre et éclairé. Elle favorisera également une variation maximale des profils afin d'obtenir une pluralité de points de vue sur les dimensions organisationnelles et humaines du projet.

Le nombre total de participants visé initialement se situe entre 12 et 20. Ils sont répartis entre les quatre groupes mentionnés. Cette fourchette tient compte des recommandations méthodologiques pour les recherches qualitatives, du principe de saturation des données (Fortin & Gagnon, 2016), ainsi que des contraintes d'accès et de disponibilité propres au milieu d'étude. Elle permet de maintenir un équilibre entre la diversité des points de vue et la faisabilité du projet dans le cadre d'un mémoire de maîtrise.

Pour certaines catégories de participants, notamment les proches aidants ou les gestionnaires, l'échantillon pouvait être complété par effet boule de neige, lorsque de nouveaux répondants pertinents seront identifiés par les premiers participants rencontrés. Cette approche devait permettre d'élargir la portée du recrutement tout en maintenant la cohérence du devis d'étude. La saturation des données constituera le critère principal pour déterminer le nombre final de participants. Ce principe, fondamental en recherche qualitative, signifie que les entrevues cesseront lorsqu'aucune information nouvelle ou significative n'émergera des échanges, assurant ainsi la profondeur et la richesse de l'analyse.

En somme, cette stratégie d'échantillonnage vise à assurer un équilibre entre rigueur scientifique, respect éthique et faisabilité sur le terrain, trois conditions essentielles pour la qualité d'une recherche qualitative menée en milieu réel.

4.2.2 Outil de collecte des données

Le choix de l'outil de collecte découle directement du positionnement qualitatif et interprétatif de cette recherche, qui vise à comprendre le sens que les acteurs attribuent à l'implantation du système de détection des chutes. Dans cette optique, il s'agit moins de

mesurer un phénomène que de donner la parole aux personnes concernées, afin de saisir leurs perceptions, leurs expériences et les significations qu'elles associent à cette technologie dans leur quotidien.

L'entrevue semi-dirigée a été retenue comme principal outil de collecte, car elle constitue une méthode privilégiée pour comprendre en profondeur la manière dont les individus perçoivent et interprètent leur réalité. Selon Mayer and Ouellet (1991), elle s'appuie sur un guide d'entretien qui oriente la conversation autour de thèmes précis tout en laissant au participant la liberté de développer ses réponses. Merriam (1988) souligne que cette souplesse permet au chercheur d'adapter son questionnement à la dynamique de chaque entretien, favorisant ainsi l'émergence d'idées nouvelles. Dans cette perspective, Savoie-Zajc (1997) rappelle que l'entrevue semi-dirigée s'inscrit pleinement dans une approche qualitative et interprétative, puisqu'elle valorise la profondeur du discours et la subjectivité des participants. Imbert (2010) va plus loin en décrivant ce moment comme un véritable espace de dialogue, fondé sur l'écoute, l'empathie et la reconnaissance de l'expertise des personnes rencontrées.

Dans le cadre de cette étude, quatre guides d'entretien distincts ont été élaborés, chacun adapté au profil des groupes de participants : résidents, proches aidants, PAB et gestionnaires. Les questions sont organisées autour de grands thèmes directement liés aux objectifs de la recherche :

- La perception du système et son acceptabilité ;
- Les changements perçus dans le quotidien ou dans les pratiques professionnelles ;
- Les avantages et limites du dispositif ;
- Les retombées humaines et organisationnelles de sa mise en place.

Chaque guide suit une structure progressive, commençant par des questions générales sur l'expérience du milieu de vie pour aller vers des questions plus ciblées sur la technologie. Cette gradation favorise la mise en confiance et encourage les récits spontanés.

Les entretiens devaient être réalisés individuellement, menés à un moment convenant aux participants et dans un lieu propice à la discussion. Ils devaient être menés en présentiel, dans un environnement calme et familier pour les résidents et leurs proches, ou à distance (visioconférence sécurisée) lorsque cette modalité était plus adaptée au personnel soignant et aux gestionnaires. Leur durée prévue variait selon les groupes :

- Environ 30 minutes à une heure pour les résidents, les membres de leur famille et les gestionnaires ;
- Environ 15 minutes à 30 minutes pour les PAB, compte tenu de leurs contraintes de temps.

Tous les entretiens devaient être menés par la chercheuse principale et enregistrés avec le consentement explicite des participants, afin d'assurer une retranscription fidèle des propos recueillis. Le protocole prévoyait que les enregistrements seraient utilisés exclusivement à cette fin et traités de manière confidentielle.

L'entrevue semi-dirigée constitue ainsi l'outil principal de collecte des données, en ce qu'elle permet d'explorer en profondeur la réalité vécue par les acteurs du projet, dans leur propre langage et selon leur propre rythme. Elle représente l'intention méthodologique initiale de cette recherche : instaurer un dialogue sincère et réflexif pour comprendre comment les différentes parties prenantes perçoivent, interprètent et vivent l'introduction de la technologie. Les modalités concrètes de recrutement et de sélection des participants seront détaillées dans la section suivante.

4.2.3 Stratégie de recrutement planifiée

Le recrutement des participants devait être mené de manière structurée, transparente et respectueuse, en collaboration avec la direction de la résidence et sous la supervision de la directrice de recherche. L'objectif n'était pas seulement d'atteindre un nombre prédéterminé

de participants, mais de garantir la qualité et la diversité des témoignages recueillis, tout en assurant la pleine conformité aux principes éthiques de la recherche en sciences humaines.

Le protocole prévoyait que les participants seraient recrutés directement par moi, la chercheuse principale, étudiante à la maîtrise en gestion de projet avec mémoire à l'Université du Québec à Rimouski (UQAR). Les invitations devaient être diffusées par l'intermédiaire de la coordination de la résidence, selon les modalités jugées les plus appropriées pour chaque groupe de participants (résidents, proches aidants, PAB, gestionnaires). Les personnes intéressées devaient recevoir une lettre de recrutement présentant les objectifs et les modalités de participation, accompagnée d'un formulaire d'information et de consentement (FIC). Ces documents devaient être transmis par courriel, en main propre ou par voie interne, selon la nature du groupe et les canaux habituels de communication du milieu.

Les critères d'inclusion pour participer à l'étude étaient les suivants :

- Être résident(e) de la résidence des Bâtisseurs ;
- Ou être un membre de la famille d'un(e) résident(e) de la résidence ;
- Ou être un membre du personnel soignant ou un gestionnaire en poste dans cet établissement ;
- Et être apte à consentir de manière libre et éclairée à la participation, c'est-à-dire démontrer une autonomie décisionnelle suffisante.

Les critères d'exclusion prévus concernaient :

- Les résidents présentant une déficience cognitive importante compromettant leur capacité à comprendre le projet ou à participer à un entretien, selon le jugement clinique du personnel encadrant ;
- Les employés ayant intégré l'établissement depuis moins d'un mois ;

- Et les employés temporairement absents ou en congé prolongé durant la période de collecte.

Lorsque plusieurs personnes admissibles manifestaient leur intérêt, le recrutement devait suivre une approche « premier arrivé - premier sélectionné », sous réserve que la personne réponde aux critères d'inclusion et contribue à la diversité de l'échantillon. Si un trop grand nombre de volontaires se manifestait, une priorisation devait être effectuée afin d'assurer la représentativité des différents profils au regard des groupes de parties prenantes. Les participants devaient donc être informés dès le premier contact que leur participation serait confirmée en fonction du nombre requis et de la pertinence méthodologique de leur profil, et qu'aucune forme de sélection arbitraire ne serait effectuée.

Un rappel unique pouvait être effectué une semaine après la première invitation pour les personnes n'ayant pas répondu, sans exercer aucune pression. À tout moment, la participation devait demeurer entièrement volontaire, et les personnes devaient pouvoir se retirer sans justification ni conséquence.

L'ensemble du processus avait ainsi été conçu dans le respect des principes d'éthique, d'autonomie et de consentement libre et éclairé, de manière à créer un climat de confiance propice à des échanges authentiques. De la sélection des voix à leur écoute, cette approche de collecte déploie un fil méthodologique clair : savoir qui écouter, comment leur donner la parole et dans quelles conditions capter leur vécu. Cette rigueur dans la sélection et la communication des invitations vise à assurer la crédibilité, la diversité et la qualité des données recueillies. Elle ouvre la voie à la prochaine étape : le passage du recrutement à la rencontre sur le terrain, où la parole des participants prendra réellement forme.

4.3 DU PROTOCOLE PREVU A LA REALITE DU TERRAIN : ACCES ET RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS

Sur le terrain, les étapes de recrutement et de collecte ne se déroulent pas toujours de manière strictement linéaire. Certaines actions visant l'accès aux participants (prise de contact, explication, reprogrammation) se sont déroulées en parallèle des premières activités de recueil (entrevues, observations). Pour conserver la cohérence du récit tout en assurant la clarté analytique, la section présente le déroulement de façon chronologique, en distinguant la fonction des actions de recrutement et production des données.

Il convient également de préciser que la résidence sur laquelle porte l'étude est située dans une localité de la région différente de celle où je réside. Les déplacements vers le site d'étude nécessitaient donc une organisation particulière (planification à l'avance, optimisation du temps sur place et adaptation aux disponibilités réelles des participants), ce qui a influencé la manière dont le recrutement et certaines activités de collecte se sont déroulés.

→ Coordination initiale et accès au terrain

Un premier appel interne visant à solliciter la participation du personnel soignant a été diffusé à la fin du mois de septembre. Cet appel n'ayant suscité aucune réponse, un second a été effectué au mois d'octobre, également sans retour. En complément, une relance a été effectuée par la direction auprès de certains proches (notamment ceux liés à la résidente concernée par la chambre pilote), étant donné que je ne pouvais pas les contacter directement. Cette démarche n'a toutefois pas permis d'obtenir de retour ou d'engagement supplémentaire. Il a été constaté ultérieurement que les coordonnées utilisées correspondaient à une adresse courriel qui n'était plus active, expliquant l'absence de réponse à ce stade et confirmant les limites du recrutement par l'entremise des proches. La directrice de la résidence m'a alors signalé les difficultés d'atteindre les intervenants uniquement par voie électronique ou par affichage interne.

Au cours du mois de novembre, un café-rencontre regroupant les familles des résidents dont les chambres étaient équipées du nouveau système de détection des chutes a été organisé. J'ai été invitée à y assister afin de profiter de cette occasion pour établir un premier contact avec les proches, dans l'objectif d'explorer la possibilité de leur participation éventuelle à l'étude. Toutefois, seule la famille d'un résident s'est présentée. Cette faible affluence a mis en lumière le faible niveau d'implication des proches auprès des résidents ayant des troubles cognitifs, réduisant ainsi les possibilités de recrutement par ce biais.

Des démarches complémentaires ont été nécessaires pour rejoindre les proches aidants de la résidente occupant la chambre pilote. Une première tentative de contact avait été effectuée par l'entremise de la direction dès le mois de novembre, sans retour. Il a été constaté ultérieurement que les coordonnées utilisées correspondaient à une adresse courriel qui n'était plus active, expliquant l'absence de réponse.

À noter qu'une personne relais pour la coordination interne était en congé maladie durant les visites en présentiel. Après son retour (date communiquée), plusieurs tentatives de contact (courriel et téléphone au poste) ont été effectuées. Un échange initial a eu lieu par appel téléphonique, mais les relances subséquentes sont demeurées sans réponse, limitant la possibilité de s'appuyer sur ce relais.

Ce déplacement a néanmoins permis une avancée importante : la directrice de la résidence m'a présenté formellement au personnel soignant présent, ce qui a facilité les contacts futurs. Cette introduction en personne s'est révélée déterminante puisque les communications écrites antérieures avaient peu circulé ou suscité d'engagement.

→ **Premiers contacts avec les préposés et recrutement initial**

À l'issue de cette présentation officielle, j'ai pu rencontrer les préposés aux bénéficiaires (PAB) de jour en poste à ce moment. Je leur ai présenté les objectifs de la recherche et les modalités de participation. Certains ont manifesté leur intérêt spontanément, constituant ainsi le premier noyau de participants potentiels.

Une seconde visite a été effectuée quelques jours plus tard. Cette rencontre m'a permis d'interviewer les préposés ayant confirmé leur participation lors du premier contact. Il est à noter qu'un préposé avait manifesté son accord pour participer et avait même signé le formulaire de consentement en présentiel. Toutefois, malgré des relances ultérieures (notamment lors de la prise de contact pour fixer l'entretien à distance), cette personne n'a pas donné suite à ce jour. Cette situation a nécessité de réajuster la stratégie de recrutement, en misant davantage sur les disponibilités effectives observées sur le terrain et sur l'approche directe des intervenants présents.

Cette deuxième présence sur le terrain a également permis de rencontrer d'autres membres du personnel travaillant sur les quarts de soir ou desservant les différents secteurs de la résidence. Certains de ces intervenants répondaient aux critères d'inclusion, et plusieurs ont accepté de participer sans nécessiter de reprogrammation.

Lors de cette même visite, j'ai également rencontré la résidente occupant la chambre où le système avait été implanté dans le cadre de la phase pilote. Un rendez-vous a été planifié avec elle afin de procéder à une entrevue ultérieure.

→ **Ajustements liés aux imprévus**

Une troisième visite a été effectuée pour rencontrer la résidente de la phase pilote ainsi que des PAB de soir. Toutefois, l'entrevue prévue avec la résidente a dû être annulée à la dernière minute en raison d'un malaise de santé. La préposée planifiée pour une entrevue ce même jour n'a finalement pas pu se libérer en raison d'une charge de travail importante. Ces imprévus ont nécessité une reprogrammation des entretiens.

Ayant désormais été introduite officiellement auprès du personnel, j'ai été incapable d'approcher directement les PAB disponibles. J'ai ainsi choisi de rester sur le terrain toute la journée jusqu'à l'arrivée du personnel du quart de soir, ce qui m'a permis d'obtenir deux nouvelles entrevues avec des préposés ayant travaillé dans différents secteurs de la résidence. Cette présence prolongée a également constitué une occasion d'observation directe du fonctionnement quotidien, ce qui a enrichi la compréhension du contexte organisationnel.

→ **Reprogrammation des rencontres**

Une quatrième visite a été nécessaire pour rencontrer la résidente de la phase pilote, avec qui j'avais convenu d'une confirmation la veille afin d'éviter un second déplacement infructueux. Malgré une amélioration partielle de son état de santé, l'entrevue a dû être reportée une nouvelle fois, puis reprogrammée à la semaine suivante. Lors de cette visite ultérieure, l'entrevue a pu être réalisée avec succès, de même qu'une autre avec un préposé travaillant de soir. Ces horaires particuliers ont exigé que je demeure de nouveau sur place pendant une journée complète, afin d'ajuster mes entrevues aux disponibilités réelles du personnel.

Parallèlement, une entrevue avec une gestionnaire les semaines qui ont suivi en visioconférence a été réalisée. Ce recrutement s'est déroulé de manière fluide, le personnel-cadre étant généralement plus disponible pour des rencontres planifiées.

Une entrevue avec une autre gestionnaire avait également été planifiée et confirmée, mais elle a été annulée environ quinze minutes avant l'heure prévue. La replanification a ensuite été ralentie par des délais de réponse aux courriels, et le contexte d'approche des congés des fêtes limitait les disponibilités. Une nouvelle date a pu être retenue peu avant les fêtes, toutefois l'horaire est demeuré contraint : le jour même, la confirmation de l'heure n'a été reçue qu'en matinée, avec une préférence exprimée pour une tenue de l'entretien avant 10 h 30. Ces éléments illustrent les ajustements nécessaires pour concilier les exigences du protocole avec les réalités organisationnelles du terrain.

→ **Recrutement des proches aidants**

Le recrutement des proches aidants de la résidente occupant la chambre pilote s'est concrétisé à une étape ultérieure du terrain. Lors d'un échange subséquent avec la résidente, celle-ci a indiqué avoir déjà informé ses proches de l'étude et confirmé leur ouverture à participer. Après la période des fêtes, un nouveau contact avec elle a permis d'obtenir des coordonnées actualisées, corrigeant ainsi les difficultés de communication rencontrées lors des tentatives initiales.

Le contact direct a alors pu être établi rapidement avec les deux proches aidants, qui ont accepté de participer à la recherche. Les entrevues ont été réalisées dans un délai rapproché, démontrant que l'obstacle relevait principalement de contraintes de communication plutôt que d'un manque d'intérêt. Cette séquence met en évidence le rôle facilitateur que peuvent jouer certains acteurs du terrain dans l'accès aux participants indirects, ainsi que l'importance d'une démarche flexible et itérative dans le processus de recrutement.

→ Recrutement du secteur autonome

L'accès aux résidents du secteur autonome s'est révélé particulièrement difficile. Ni les préposés ni la direction ne pouvaient fournir des informations détaillées sur les résidents susceptibles d'avoir entendu parler du projet. Une résidente, rencontrée dans le cadre des entrevues, m'a néanmoins indiqué quelques éléments permettant d'orienter mes démarches.

Avec l'autorisation de la résidence, j'ai tenté d'aborder des résidents dans les espaces communs, notamment lors des périodes où ils prennent le café à la réception. Toutefois, aucun d'entre eux ne semblait informé de l'existence du système. J'ai alors procédé, avec prudence et respect de l'intimité, à un repérage porte-à-porte dans le secteur autonome. Cette stratégie m'a permis de recruter une participante répondant à l'ensemble des critères.

→ Apports de la présence prolongée sur le terrain

Ces ajustements ont impliqué, à plusieurs reprises, une présence prolongée sur le terrain afin de s'adapter aux disponibilités réelles des intervenants et de consolider le recrutement. Les retombées de cette présence sur la compréhension du contexte (observations consignées en notes de terrain) sont présentées dans la section 4.4, dans le cadre du déroulement de la collecte.

→ Démarches complémentaires pour rejoindre les préposés de nuit

Le recrutement des préposés travaillant sur les quarts de nuit a nécessité des démarches particulières, compte tenu de leurs horaires atypiques (par exemple entre 22h et 6h ou entre

minuit et 8h). Étant donné que ma présence physique sur le terrain ne pouvait couvrir ces plages horaires sans perturber le fonctionnement de la résidence, il a été convenu avec la direction que les préposés de nuit seraient rejoints par téléphone, dans le respect des pratiques institutionnelles et des principes éthiques liés au recrutement volontaire.

Ainsi, plusieurs tentatives ont été effectuées à des moments stratégiques, soit au tout début ou à la toute fin de leur quart, moments où un appel pouvait être transféré au personnel disponible sans porter atteinte à leurs tâches prioritaires. Cette démarche s'est inscrite dans un cadre respectueux, visant uniquement à vérifier si un membre du personnel souhaitait obtenir de l'information sur l'étude et, le cas échéant, envisager une participation ultérieure.

Ces efforts ont porté fruit lorsqu'une préposée de nuit, jointe tôt le matin alors qu'elle terminait son quart de travail, a accepté d'obtenir davantage d'information sur la recherche. Après lui avoir présenté les objectifs, les modalités et les conditions de participation, elle a donné son accord volontaire pour prendre part à une entrevue. Celle-ci s'est déroulée en ligne à un moment qu'elle a elle-même choisi, et les documents de consentement ont été signés dans les jours qui ont suivi, conformément aux exigences institutionnelles en matière d'éthique. Cette procédure, bien qu'adaptée au contexte particulier des horaires de nuit, a strictement respecté les principes de confidentialité, de volontariat et de non-intrusion dans les activités de soins.

Une fois les participants identifiés et les rencontres planifiées malgré les ajustements imposés par le terrain, la collecte a été réalisée sous forme d'entretiens. La section suivante présente le déroulement de ces entretiens, en précisant notamment le préambule régulier (rappel des objectifs et des conditions de participation), le cadre de réalisation, la durée et les modalités de consignation des données.

4.4 DEROULEMENT DE LA COLLECTE

La collecte de données proprement dite s'est déroulée de manière progressive, en étroite collaboration avec la direction de la résidence, afin d'assurer une intégration harmonieuse dans le rythme de vie du milieu. Chaque étape a été réalisée dans un esprit d'écoute, de respect et de flexibilité.

Avant chaque entretien, un temps de mise en contexte était consacré au rappel des objectifs de la recherche et des modalités de participation. Les participants pouvaient poser leurs questions, et le consentement libre et éclairé était ensuite confirmé (y compris la possibilité de se retirer à tout moment, sans conséquence). Un court échange informel permettait ensuite de créer un climat de confiance, favorisant une parole libre et authentique. Les entretiens ont été menés à partir du guide correspondant au profil du participant, tout en laissant la possibilité d'explorer des thématiques émergentes au fil de la discussion.

Les rencontres se sont échelonnées sur une période d'environ 3 mois, entre novembre et janvier 2026, selon la disponibilité des participants et les contraintes organisationnelles du milieu.

Cadres et lieux de réalisation des entretiens

La majorité des entretiens ont eu lieu en présentiel, dans des lieux calmes et familiers de la résidence. Lors de mes déplacements à la résidence, un petit bureau a été mis à ma disposition. Cet espace constituait un point d'ancrage sur le terrain : il a permis d'assurer des conditions relativement stables de confidentialité et de calme, et a servi de lieu principal pour la réalisation des entretiens en présentiel avec les préposés aux bénéficiaires (PAB).

Les entretiens menés auprès des résidents se sont, pour leur part, déroulés dans leur appartement, afin de respecter leur confort et de favoriser un échange dans un environnement familier. À titre exceptionnel, trois entretiens avec des PAB ont été réalisés dans d'autres espaces du milieu : l'un dans la salle à manger (à un moment où celle-ci était libre et calme), un autre au poste de travail du participant, juste avant le début de son quart, en fonction des

contraintes d'horaire. Le troisième a été réalisé dans une aire commune (salon/salle de séjour) libre et calme à ce moment-là.

Pour certains participants, notamment les gestionnaires et quelques préposés, les entrevues ont été réalisées à distance, par visioconférence (Teams), afin de s'adapter à leurs horaires et à leur localisation.

La durée des entretiens a varié selon les profils : ils ont généralement duré entre 15 et 60 minutes, les échanges avec les préposés étant plus courts, tandis que ceux avec les gestionnaires, les résidents ou encore les proches aidants, se sont parfois prolongés en raison de la richesse des discussions. Avec le consentement explicite des participants, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dispositif audio, afin de garantir la fidélité des propos recueillis.

Le tableau 6 ci-dessous présente la structure récapitulative du déroulement de la collecte.

Tableau 5

Déroulement des entretiens selon le profil des participants.

Profil des participants	Nombre d' entretiens réalisés	Durée minimale (min)	Durée maximale (max)	Durée moyenne (moy)	Lieu / Modalité (ex. présentiel, visioconférence, salle, bureau, etc.)	Période des entrevues
Résidents autonomes	02	23 min	33 min	28 min	Présentiel - appartement du résident	Novembre 2025
Proches aidants	02	36 min	37 min	36,5 min	Visioconférence (Teams)	Janvier 2026
PAB	08	10 min	21 min	14 min	Présentiel (n=6) : bureau mis à disposition (n=3) ; salle à manger (n=1) ; poste de travail (n=1) ; salle de séjour/salon (n=1). À distance (n=2).	Novembre - Décembre 2025
Gestionnaires	02	39 min	52 min	45,5 min	Visioconférence (Teams)	Novembre - Décembre 2025

Source : Élaboré par l'auteure, 2026.

À la fin de chaque entretien, un temps d'échange informel a permis de remercier les participants pour leur contribution et de confirmer qu'ils se sentaient à l'aise avec le contenu

partagé. Tous les enregistrements ont ensuite été retranscrits intégralement, puis archivés de manière confidentielle, conformément aux exigences éthiques de l'étude.

Notes de terrain et observations contextuelles

Bien que certaines journées aient été longues et ponctuées d'imprévus, la présence étendue sur le terrain s'est révélée précieuse. En complément des entretiens, elle a permis de réaliser des observations directes du fonctionnement quotidien de la résidence. Ces observations (rythme de travail, gestion des priorités, circulation des intervenants, interactions informelles, contraintes matérielles) ont été consignées sous forme de notes de terrain. Elles constituent des données contextuelles venant éclairer l'interprétation des discours recueillis en entretien, en ancrant l'analyse dans les réalités organisationnelles observées.

Dans le même esprit, la collecte a été réalisée dans un milieu en évolution, notamment marqué par des travaux de rénovation dans certains secteurs. La présence sur place a donné lieu à quelques échanges informels avec des personnes impliquées dans ces travaux, permettant de mieux comprendre le rythme et l'organisation des activités susceptibles d'influencer l'environnement de travail et, indirectement, l'expérience des usagers et du personnel.

Par ailleurs, des échanges exploratoires ont eu lieu avec une employée responsable de l'accueil et de l'admission des nouveaux résidents. Ces discussions ont permis de documenter, à un niveau descriptif, la manière dont l'existence du système est présentée lors de l'arrivée d'un résident et les types de réactions rapportées par certaines familles. Ces éléments ont été consignés en notes de terrain, venant compléter les données issues des entretiens formels. Les échanges informels, non enregistrés, n'ont pas été traités comme des entretiens, mais comme des observations de contexte.

Enfin, dans une perspective de contextualisation, un entretien a été réalisé avec le fournisseur technologique du système afin de mieux comprendre son fonctionnement et ses modalités d'intégration dans l'environnement de la résidence. Contrairement aux résidents,

aux proches aidants, aux préposés aux bénéficiaires et aux gestionnaires, cet entretien ne visait pas à recueillir une expérience vécue de l'implantation du dispositif, mais à apporter un éclairage technique sur celui-ci. Le fournisseur technologique a ainsi été considéré comme un informateur clé. Les renseignements recueillis lors de cet échange ont servi à documenter certains aspects du dispositif et à soutenir la compréhension de résultats présentés dans l'étude.

Cette phase de collecte s'est distinguée par la richesse des échanges et la qualité des interactions établies. Elle a permis de recueillir des témoignages variés, reflétant la diversité des points de vue sur l'implantation du système de détection des chutes. À la suite de celle-ci, la réflexion s'est orientée vers l'élaboration de l'approche d'analyse des données, une étape essentielle pour faire émerger le sens des récits recueillis, tout en demeurant fidèle à la voix des participants.

4.5 LES APPROCHES D'ANALYSE DES DONNEES

L'analyse des données envisagée vise à comprendre la signification que les participants attribuent à leur expérience du système de détection des chutes et à en dégager les principaux éléments de sens. L'objectif n'est pas de mesurer ni de généraliser, mais de rendre compte de la diversité des points de vue et de la profondeur des expériences vécues.

Pour ce faire, l'analyse a reposé sur une approche thématique de contenu, permettant d'identifier, d'organiser et d'interpréter les idées récurrentes présentes dans les entretiens. Cette méthode, largement utilisée en recherche qualitative (Paillé & Mucchielli, 2012), met l'accent sur la compréhension du sens plutôt que sur la fréquence des propos. Elle favorise une lecture à la fois analytique et sensible du discours, en tenant compte du contexte et de la singularité de chaque participant.

Les enregistrements des entretiens ont été transcrits intégralement puis anonymisés afin de garantir la confidentialité des participants. Une première lecture du corpus a permis à la

chercheuse de se familiariser avec le contenu et d'en dégager les premières impressions générales. Par la suite, les extraits ont été codés selon les unités de sens qu'ils contiennent, en attribuant à chaque segment un mot ou une expression qui en résume l'idée centrale. Ce codage inductif a favorisé l'émergence des catégories de sens directement issues des données.

Le traitement a été facilité par l'utilisation du logiciel NVivo, qui a servi de soutien pour classer, regrouper et visualiser les liens entre les thèmes. L'interprétation est toutefois demeurée fondée sur la lecture et le jugement de la chercheuse, dans un aller-retour constant entre les données, la question de recherche et le cadre conceptuel.

Les codes ont ensuite été regroupés en thèmes représentant les grandes dimensions du phénomène étudié : perception et acceptabilité du dispositif, effets sur la vie quotidienne et la sécurité, ajustements organisationnels et dynamiques relationnelles. Cette étape d'intégration thématique a constitué la base de la synthèse interprétative, où les extraits de verbatim les plus significatifs ont été sélectionnés pour illustrer les constats.

Enfin, dans une perspective de transparence méthodologique, il convient de préciser que des outils d'intelligence artificielle générative ont été mobilisés à titre d'assistance ponctuelle à la rédaction, notamment pour la reformulation de certains passages et l'amélioration de la clarté rédactionnelle. Leur usage est demeuré strictement limité à un soutien linguistique et stylistique. Ils n'ont pas été utilisés dans la collecte des données, leur codage, leur analyse, l'interprétation des résultats ni dans la production des références. La responsabilité scientifique, analytique et rédactionnelle du mémoire relève entièrement de l'auteure.

Cette approche d'analyse a permis de transformer les témoignages recueillis en connaissances compréhensives et utiles pour éclairer les retombées humaines, organisationnelles et sociales du projet. Avant d'entrer dans l'éthique au sens strict, il y a une étape très concrète qui fait le lien entre la collecte et l'analyse : transformer les entretiens en un corpus exploitable, sans exposer les personnes. C'est ce que décrit la section suivante, à travers le système d'anonymisation utilisé.

4.6 PARTICIPANTS ET SYSTEME D'ANONYMISATION

Afin de préserver l'anonymat des personnes rencontrées, des codes ont été attribués à chaque participant. La lettre indique le profil (R : résident(e), PA : proche aidant, PAB : préposé(e) aux bénéficiaires, G : gestionnaire), et la lettre suivante précise la phase du projet lorsque nécessaire (P : phase pilote; E : phase d'extension). Par exemple, R-P1 désigne une résidente rencontrée dans le cadre du pilote, tandis que PAB-E3 désigne un préposé interrogé dans la phase d'extension. Pour les PAB, le quart de travail est indiqué, car il éclaire les réalités opérationnelles décrites dans les entretiens.

Le tableau 6 suivant présente la répartition des participants selon leur profil, le secteur concerné et la phase du projet.

Tableau 6

Système d'anonymisation des participants.

Code	Profil	Secteur / unité	Phase concernée	Spécificité pertinente
R-P1	Résidente	Secteur autonome	Pilote	Utilisatrice (appartement équipé)
R-P2	Résidente	Secteur autonome	Pilote	Non-utilisatrice
PA1	Proche aidant	-	Pilote	Proche de R-P1
PA2	Proche aidant	-	Pilote	Proche de R-P1
PAB-P1	PAB	Secteur autonome	Pilote	Quart : soir
PAB-E1	PAB	Phare 0 (troubles cognitifs)	Extension	Quart : jour
PAB-E2	PAB	Phare 0 (troubles cognitifs)	Extension	Quart : jour
PAB-E3	PAB	Phare 0 (troubles cognitifs)	Extension	Quart : jour
PAB-E4	PAB	Phare 0 (troubles cognitifs)	Extension	Quart : soir
PAB-E5	PAB	Phare 0 (troubles cognitifs)	Extension	Quart : soir
PAB-E6	PAB	Phare 0 (troubles cognitifs)	Extension	Quart : soir
PAB-E7	PAB	Phare 0 (troubles cognitifs)	Extension	Quart : nuit
G1	Gestionnaire	Résidence (global)	Pilote + extension	Suivi des deux phases
G2	Gestionnaire	Résidence (global)	Extension	Suivi phase d'extension

Source : Élaboré par l'auteure, 2026.

Le code **F1**, utilisé à certains endroits dans le chapitre 5 sur les résultats, désigne le fournisseur technologique rencontré à titre d'informateur clé. Il ne renvoie pas à un participant du corpus principal, mais à une source complémentaire d'information ayant permis de documenter le fonctionnement du système et d'éclairer certains constats issus de l'analyse.

Au-delà de leur dimension pratique, ces choix d'anonymisation répondent à des exigences éthiques. Le cadre éthique qui a guidé la recherche est présenté dans la section suivante.

4.7 CADRE ETHIQUE DE LA RECHERCHE

La dimension éthique occupe une place centrale dans toute démarche scientifique impliquant des êtres humains. Cette section présente les principes, procédures et attitudes qui ont guidé la chercheuse afin d'assurer le respect, la confidentialité et la bienveillance envers l'ensemble des participants.

Principes et valeurs éthiques

La conduite de cette recherche repose sur le respect des principes éthiques fondamentaux encadrant toute étude impliquant des êtres humains. Inspirée de l'Énoncé de politique des trois Conseils (2022) et des orientations du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Rimouski (CÉRUQAR), la démarche s'appuie sur trois valeurs centrales : le respect des personnes, la préoccupation pour le bien-être et la justice.

En recherche qualitative, l'éthique ne se résume pas à un ensemble de règles, mais à une attitude de responsabilité qui guide l'ensemble du processus scientifique (Crête, 2016). Le chercheur a le devoir de protéger les droits et la dignité des participants, de préserver la confiance accordée par ceux-ci et de garantir que sa démarche contribue au développement

des connaissances sans nuire aux individus concernés. Comme le souligne Crête (2016), la probité, la transparence et la bienveillance constituent des repères essentiels : elles engagent le chercheur à rapporter fidèlement les données recueillies, à citer les travaux d'autrui avec intégrité et à assurer la confidentialité des informations partagées.

Approbation éthique et consentement

Avant le début de la collecte, le projet a été évalué et approuvé par le CÉRUQAR (certificat no CER 2026-809) le 20 juin 2025. Cette approbation visait à s'assurer que la recherche respecte les droits et le bien-être des personnes participantes. Aucune entrevue n'a été réalisée avant la réception de cette autorisation.

Chaque participant a reçu une lettre de recrutement et un formulaire d'information et de consentement libre et éclairé, expliquant les objectifs du projet, la nature de sa participation, la durée de l'entretien, les conditions d'enregistrement et les garanties de confidentialité. Les participants ont été informés qu'ils pouvaient se retirer à tout moment, sans préjudice ni justification.

Confidentialité, conservation et accès aux données

La confidentialité et la protection des données ont été assurées à toutes les étapes du projet. Les noms des participants et de la résidence ont été remplacés par des codes alphanumériques dans les transcriptions et les fichiers de travail. Seule la chercheuse avait accès aux données brutes (enregistrements audio et verbatim), conservées sur un support sécurisé protégé par mot de passe et à l'intérieur de l'entrepôt institutionnel sécurisé SABRE de l'UQAR.

Les données seront conservées pour une période de sept (7) ans, conformément aux recommandations du comité d'éthique. Ce délai s'applique à l'ensemble du matériel de recherche (formulaires de consentement, enregistrements audio, transcriptions codées). Passé ce délai, les données numériques seront détruites à l'aide d'un logiciel sécurisé de

suppression recommandé par l'UQAR, et les documents papier seront éliminés par le service de déchiquetage institutionnel.

Conformément au principe du consentement continu (article 3.3 de l'EPTC2), les participants conservent le droit de consulter ou de retirer leurs données tant que leur identité demeure associée à leurs propos. Ils peuvent, sur demande écrite, accéder à la transcription complète de leur entrevue (en format PDF ou Word) et demander des précisions ou corrections si nécessaire. Une fois les données entièrement anonymisées pour l'analyse, aucun lien ne permet plus d'associer un propos à une personne, et l'accès ne peut plus être offert à ce stade.

Droit de retrait et consentement continu

En cas de retrait de participation, les participants pourront choisir de conserver ou de faire détruire les données déjà recueillies. Si la destruction est demandée, elle sera effectuée selon les modalités sécuritaires en vigueur à l'UQAR. De plus, toute nouvelle information pouvant influencer leur décision de poursuivre la recherche leur sera communiquée sans délai, par le moyen de communication qu'ils auront indiqué (courriel ou téléphone).

Posture réflexive

Tout au long de la démarche, nous avons maintenu une posture réflexive, reconnaissant notre propre position et l'influence possible de sa présence ou de ses interprétations. Cette posture fait référence précisément à la capacité à se situer dans sa démarche, à interroger sa propre influence sur le terrain et à reconnaître comment ses choix, ses émotions et ses interactions peuvent façonner la compréhension du phénomène étudié. Cette vigilance éthique s'inscrit dans une vision où l'intégrité du chercheur repose sur une conscience constante des biais, des émotions et des dynamiques relationnelles inhérentes à toute recherche qualitative.

Ainsi, le cadre éthique de cette étude ne constitue pas une simple exigence administrative : il reflète un engagement profond envers la dignité, la confiance et le bien-

être des personnes rencontrées, tout en contribuant à une pratique scientifique responsable et crédible.

Ce chapitre a permis de présenter la démarche méthodologique mise en œuvre pour guider la réalisation de cette recherche. De la conception à l'analyse des données, en passant par la collecte sur le terrain et la réflexion éthique, chaque étape a été pensée dans une logique de cohérence, de rigueur et d'écoute du vécu des participants. Le chapitre suivant présentera les principaux résultats issus de cette démarche.

CHAPITRE 5
LES RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats de l'analyse qualitative menée à partir des entretiens réalisés auprès de quatre catégories de parties prenantes impliquées dans le projet de détection des chutes en résidence : les résidents, les proches aidants, les préposés aux bénéficiaires et les gestionnaires. Des éléments issus de l'entretien avec le fournisseur technologique seront également compris afin de mieux cerner certains aspects. L'objectif est de rendre compte, de manière structurée et progressive, de la façon dont ces acteurs décrivent l'introduction du dispositif, ses effets sur le quotidien, ainsi que les conditions qui favorisent ou freinent son appropriation.

Afin de respecter la dynamique propre au projet étudié, les résultats sont exposés en deux temps correspondant aux étapes de déploiement : la phase pilote, puis la phase d'extension. Ce choix permet de suivre l'évolution du changement dans le temps, en mettant en évidence à la fois les continuités et les ajustements observés lorsque le projet passe d'un cadre initial circonscrit à une diffusion plus large.

Dans chacune des phases, l'organisation des résultats s'appuie sur la logique du modèle conceptuel mobilisé dans ce mémoire. Les sections sont ainsi structurées autour des dimensions suivantes : les facteurs internes contextuels, la conduite et la mise en œuvre du changement, la perception des parties prenantes, l'expérience vécue du changement, les retombées rapportées sur les plans humain et organisationnel puis l'acceptabilité du dispositif. En phase d'extension, cette progression débouche enfin sur l'analyse des éléments associés à la diffusion du changement, c'est-à-dire aux conditions de généralisation, de pérennisation et d'ajustement du dispositif.

Les résultats présentés dans ce chapitre reposent sur le codage réalisé avec NVivo, qui a permis de dégager des thèmes et des sous-thèmes récurrents à partir des propos recueillis. Certains d'entre eux étaient anticipés à partir du cadre conceptuel, tandis que d'autres ont émergé plus explicitement au fil des entretiens, notamment en ce qui concerne les conditions facilitantes et les freins à l'adoption. Ces éléments ne sont pas traités comme des ajouts périphériques, mais comme des composantes empiriques venant préciser le fonctionnement concret du changement dans le contexte étudié.

Afin de préserver la richesse des points de vue, chaque section met en évidence les convergences et les contrastes entre les catégories de participants, en tenant compte du fait que certains enjeux sont davantage présents pour certains profils que pour d'autres. L'ensemble du chapitre vise ainsi à proposer une lecture cohérente et fluide des résultats, en suivant le fil narratif du changement.

5.1 PHASE PILOTE

La phase pilote correspond au tout premier essai du dispositif de détection des chutes dans la résidence. L'objectif était de commencer à petite échelle, dans un cadre précis, afin de voir comment le dispositif fonctionne en situation réelle et comment il est accueilli par les personnes concernées.

Concrètement, l'essai a été réalisé dans le secteur autonome, à partir d'un seul cas. Cette approche permet de documenter ce qui, dans le contexte, rend le projet pertinent et réalisable, ainsi que les éléments à considérer dès le départ. Les résultats présentés dans cette section s'appuient sur les propos de la résidente concernée, de ses proches aidants, ainsi que d'acteurs du milieu qui ont été en contact avec ce test.

5.1.1 Facteurs contextuels du projet pilote

La phase pilote s'inscrit dans un cadre volontairement circonscrit : le dispositif a été testé dans l'appartement d'une seule résidente du secteur autonome, sur une certaine période. Une proche aidante résume bien cette logique d'essai lorsqu'elle indique que la résidence « *avait accepté de tester le système avec maman pour quelques mois avant l'annonce officielle* » (**PA1**). Dans ce contexte, plusieurs éléments ressortent des entretiens et permettent de comprendre ce qui a rendu le pilote pertinent et possible dès le départ.

5.1.1.1 Profil des parties prenantes et réalités de terrain

Le premier facteur contextuel est lié à la situation de la résidente ciblée. Son historique récent de chutes donne immédiatement un sens à l'expérimentation : « *ça faisait déjà deux fois que je tombais dans la résidence ici* » (**R-P1**). Le point de vue du personnel du secteur autonome confirme que le pilote s'ancre dans une situation de vulnérabilité déjà repérée sur le terrain. Une préposée rappelle que la résidente concernée « *était tombée beaucoup de fois* » (**PAB-P1**), ce qui renforce l'idée que le dispositif répondait à un besoin concret et visible pour les intervenants. Ces propos font ressortir que l'enjeu dépasse la simple prévention : il s'agit aussi d'obtenir une aide rapide en cas d'incident, avec l'idée qu'en situation de chute, il y ait quelqu'un qui vienne à son secours. La résidente de la chambre pilote appuie cette idée en reprenant les termes employés par son fils, **PA2** : « *Maman, j'aurais quelque chose pour toi. Je connais quelqu'un qui pourrait installer un système que quand tu tombes, il y a quelqu'un qui vient à ton secours* ».

À l'inverse, les propos d'une autre résidente autonome (non-utilisatrice) montrent que le besoin n'était pas partagé de façon uniforme dans le secteur autonome. Elle se positionne plutôt dans une logique de prévention personnelle et de maintien d'autonomie : « *Pour le moment, je ne vois pas l'utilité. Je me trouve assez autonome… je prends des précautions* » (**R-P2**). Le pilote semble s'appuyer sur une situation où la fragilité est plus visible (résidente

équipée), dans un environnement où d'autres résidents peuvent se percevoir comme moins à risque et par conséquent moins concernés.

Du côté des proches aidants, la réalité de la distance et de la disponibilité limitée en cas d'urgence renforce l'intérêt d'une solution installée sur place : « *Surtout que moi, je reste dans une autre région, ma sœur est dans une autre région… ni l'un ni l'autre, on est proche de maman* » (**PA2**). Cette contrainte est associée, dans les propos recueillis, à l'intérêt accordé à une solution installée sur place.

5.1.1.2 Conditions de faisabilité et ressources disponibles

Les propos recueillis mettent en évidence une contrainte de ressources au quotidien. Une gestionnaire rappelle que, dans le secteur autonome qui comprend 238 unités, « *il y a quoi ? 5 employés qui travaillent là* » (**G1**), ce qui renvoie à une organisation avec un effectif restreint. Comme l'exprime alors une préposée, « *on ne peut pas être avec les résidents tout le temps* » (**PAB-P1**). Elle souligne également qu'en pratique, la charge peut être importante selon les moments : *« moi ici… toute seule… je couvre 12 résidents* » (**PAB-P1**). Dans ce contexte, l'intérêt d'un dispositif capable de signaler rapidement une chute semble s'inscrire dans une réalité où la surveillance continue n'est pas évidente.

Les entretiens montrent aussi que la faisabilité du pilote a reposé sur une mise en relation entre acteurs et sur une fenêtre d'opportunité. Une gestionnaire explique que le projet a d'abord été porté par la demande d'un proche : « *le fils nous a demandé l'autorisation d'installer le système* » (**G1**), puis qu'il a été relancé après une rencontre dans un événement du milieu : « *par la suite j'ai rencontré madame Y dans un congrès de la RQRA. Puis c'est là qu'on a comme ravivé le projet…* » (**G1**).

Même si le pilote porte sur une seule installation, sa faisabilité semble dépendre également de conditions de ressources, notamment sur le plan financier. Du point de vue du fournisseur, l'ouverture à la technologie existe souvent, mais l'accès reste lié à une contrainte

centrale : « *c'est une question de financement* » (**F1**). Dans le même sens, du côté de la gestion, l'idée d'aller de l'avant est associée à une fenêtre d'opportunité : il fallait que le projet tombe au bon moment, notamment parce que la résidence ne pouvait pas tout financer seule et devait pouvoir s'appuyer sur un mécanisme de soutien. Allant dans ce sens, **G1** affirme : « *Puis c'était aussi fallait que ça tombe avec un financement quelque part parce que moi je ne pouvais pas me permettre de financer le projet en entier, donc c'était conditionnel là, puis ça a comme tout bien tombé parce que le Fonds de soutien à l'innovation, il y avait des ouvertures à ce moment-là* ». La proche aidante souligne d'ailleurs que « *les étoiles se sont alignées* » et insiste sur l'idée que la solution n'était pas évidente d'emblée : elle a émergé au croisement d'un besoin, d'une découverte, et d'un réseau d'innovation (**PA1**).

Ces éléments ne décrivent pas la mise en œuvre en tant que telle. Les extraits montrent que la faisabilité du pilote reposait non seulement sur le besoin, mais aussi sur la disponibilité de ressources, l'activation d'un réseau d'acteurs et une opportunité de financement.

5.1.1.3 Rapport à la technologie et familiarité avec l'innovation

Le rapport à la technologie apparaît comme un facteur contextualisant important, car le dispositif est perçu comme une nouveauté. La résidente équipée le dit clairement : « *Je n'avais jamais entendu parler de ça* » (**R-P1**). Elle souligne aussi que la compréhension n'est pas immédiate pour tout le monde et évoque un besoin d'explication plus large : « *la plupart, ils ne comprennent pas ça… une explication, puis une réunion pour en parler… c'est nouveau* » (**R-P1**).

Du côté de la résidence, cette nouveauté est également relevée. Une gestionnaire indique que le projet renvoyait à une technologie « *…qui est quand même nouvelle, qui n'est pas très connue dans notre région. Ben au Québec, qui est très peu connue au Québec en fait* » (**G1**). Cette faible diffusion ressort aussi dans les propos des proches aidants. L'un

d'eux précise d'ailleurs que, même dans un entourage sensibilisé à l'innovation, le dispositif n'était pas connu comme solution disponible ici : « *Mon frère… dans l'innovation en santé, n'était pas au courant que quelque chose comme ça existait au Canada* » (**PA1**). La proche aidante ajoute avoir plutôt entendu parler de solutions similaires « *en Europe, mais pas ici, dans notre région* » (**PA1**). Cette nuance montre que l'enjeu n'est pas seulement l'aisance numérique, mais aussi la faible diffusion de ce type de solution dans le contexte québécois et régional.

En parallèle, on observe qu'il y a tout de même chez un des proches, une familiarité plus grande avec l'innovation en santé. Il mentionne un ancrage professionnel et académique qui l'amène à être exposé à ce type de solutions : « *j'étais chargé d'enseignement… en sciences infirmières… beaucoup impliqué au niveau de l'innovation* » (**PA2**).

Les entretiens font apparaître une différence moins liée à la connaissance préalable du dispositif qu'au degré d'exposition à l'innovation en santé et à la capacité de repérer ce type de solution. Dans les propos recueillis, les proches apparaissent ainsi comme des acteurs importants dans la compréhension, l'explication et le soutien du projet.

5.1.1.4 Caractéristiques organisationnelles de la résidence

Les échanges montrent que le pilote a été possible parce que la résidence a accepté d'ouvrir un espace d'expérimentation, tout en devant composer avec des exigences organisationnelles. Un proche aidant souligne explicitement cette posture d'ouverture : « *la résidence a été vraiment géniale de nous laisser aller avec cette technologie-là* » (**PA2**). Cette acceptation ne se réduit toutefois pas à une décision informelle : elle s'inscrit dans un cadre où des considérations administratives et légales jouent un rôle. La proche aidante indique que la démarche a pris du temps, notamment parce qu'« *il fallait monter au niveau de l'organisation de la résidence… il y a des implications administratives et légales* » (**PA1**).

Ces éléments montrent que le pilote a pris place dans un cadre organisationnel combinant ouverture à l'essai, autorisation institutionnelle et considérations administratives.

Une fois ce cadre posé, il devient possible de comprendre comment, concrètement, le projet a pris forme dans la pratique.

5.1.2 Conduite initiale du changement et mise en œuvre du pilote

Malgré son périmètre restreint, la phase pilote s'est déployée comme un processus en plusieurs temps : informer les personnes concernées, organiser l'installation dans l'appartement, définir comment l'alerte devait être reçue, puis ajuster le fonctionnement au fil des situations. Les entretiens montrent ainsi que cette phase a pris forme à travers des actions concrètes, réalisées sur le terrain, et non comme une simple décision suivie d'une installation immédiate.

5.1.2.1 Préparation au changement

Elle s'est faite de manière progressive et différenciée selon les acteurs. Avant même que le dispositif soit pleinement intégré au quotidien, plusieurs actions d'information et de sensibilisation ont été nécessaires pour rendre le projet compréhensible, rassurer sur ce que le dispositif fait (et ne fait pas), et donner des repères minimaux au personnel.

Selon les proches aidants, la préparation se traduit par une explication répétée et personnalisée, notamment pour répondre aux préoccupations de la résidente. Un proche aidant explique que la personne responsable du projet a effectué « *2 ou 3 visites pour lui expliquer* » (**PA2**). Elle ajoute que la question financière devait être clarifiée dès le départ : « *maman avait toujours comme préoccupation l'aspect financier. Nous, on l'a assuré qu'elle ne payait pas pour le système* » (**PA2**). Ces éléments montrent que la préparation au pilote a

reposé sur des messages simples (fonctionnement, absence de frais dans le cadre du test) et sur un accompagnement verbal, en amont de l'usage.

Du côté du personnel, la préparation apparaît plus inégale et parfois limitée à une information de base. Une préposée précise par exemple avoir été surtout « *informée* » (**PAB-P1**) de l'arrivée du dispositif. Elle rapporte qu'on leur a présenté le dispositif comme « *une nouvelle chose dans la tablette* » et que la présentation a été résumée : « *elle m'a montré juste que ça va marquer ici* » (**PAB-P1**). Elle précise : « *je n'ai pas eu une grosse formation* » (**PAB-P1**). Ces propos indiquent que la préparation au changement, côté terrain, a parfois pris la forme de consignes minimales plutôt que d'une formation structurée. Ceci met aussi en évidence que les acteurs n'ont pas tous disposé du même niveau de préparation.

5.1.2.2 Mise en œuvre opérationnelle

Après la phase de préparation, les entretiens permettent de reconstituer une mise en œuvre opérationnelle en plusieurs étapes : installation, mise en service, puis ajustements à partir des premières situations rencontrées.

L'installation du dispositif se matérialise par une intervention sur place dans l'appartement de la résidente. Un proche aidant décrit ce moment de manière très concrète : « *maman m'a appelé : les techniciens viennent installer les capteurs* » (**PA2**). Du point de vue du fournisseur, l'installation est intégrée à l'espace de vie : « *on installe l'appareil au plafond… il y a un fil… jusqu'à une prise électrique* » (**F1**). Ces extraits montrent que le pilote repose sur un déploiement physique, qui doit s'adapter au lieu réel plutôt qu'à un environnement standard.

La mise en service ne se fait pas nécessairement au même moment que l'installation. La résidente distingue clairement les deux temps : « *il a été installé avant, à peu près quinze jours avant de le mettre en marche* » (**R-P1**). Elle situe ensuite l'activation : « *il a été mis en fonction… au début janvier* » (**R-P1**). Cette chronologie suggère une mise en route

progressive, où l'installation précède l'entrée en fonction, ce qui laisse place à des vérifications ou à des ajustements avant que le système soit réellement actif.

La mise en œuvre opérationnelle comprend aussi une phase d'ajustements. Le fournisseur insiste sur le fait que l'accompagnement se poursuit après l'installation : « *on fait des suivis réguliers… comment ça se passe… et les modifications au besoin* » (**F1**). Il précise également pourquoi des ajustements peuvent être nécessaires en situation réelle : « *à tout moment où la personne est à une hauteur vraiment basse, ça peut être détecté* » (**F1**). Les propos du fournisseur indiquent que certaines postures ou certains mouvements peuvent être interprétés comme des chutes, ce qui rend les ajustements nécessaires au cours du pilote.

5.1.2.3 Gouvernance du projet

Cette phase a reposé sur une gouvernance avec des rôles identifiés, une coordination entre acteurs et des décisions visant à intégrer le dispositif au fonctionnement de la résidence.

La gouvernance apparaît dans la désignation d'un rôle de pilotage. Une gestionnaire précise que le suivi du pilote n'était pas porté par elle directement : « *moi, le projet pilote qui était dans la chambre… je ne l'ai pas piloté… c'est vraiment madame X… qui l'avait piloté* » (**G2**). Cet extrait indique que le pilote s'est appuyé sur une personne relais, responsable d'assurer la continuité du dossier et de faire le lien entre les acteurs concernés.

La gouvernance se reflète également dans les décisions liées au circuit d'alerte, afin que le dispositif soit utile sur le plan organisationnel. Un proche aidant souligne qu'un point clé a été d'obtenir l'accord de la résidence pour orienter correctement l'alerte : « *il fallait l'approbation de la résidence pour que l'alarme arrive directement au poste* » (**PA2**). Ceci montre que la gouvernance du pilote portait à la fois sur l'autorisation d'installation et sur l'organisation du circuit d'alerte dans la résidence.

5.1.2.4 Freins et leviers au démarrage

Les échanges permettent aussi de dégager certains éléments ayant soutenu le démarrage du pilote ou, au contraire, l'ayant compliqué.

Un premier frein renvoie à la préparation du personnel. La préposée souligne que la formation constitue, à ses yeux, une condition pour que le dispositif s'intègre mieux : « *il faut juste que nous soyons formés* » (**PAB-P1**). Dans le cadre du démarrage, cet élément apparaît comme un levier concret, car il touche directement la capacité des équipes à réagir de manière cohérente lorsque le dispositif signale une situation.

Un second frein concerne la continuité des repères au sein des équipes. Une gestionnaire explique qu'avec le roulement, l'information peut se perdre et devoir être reprise : « *le changement de personnel a fait qu'on a oublié…* » (**G1**). Cet extrait met en évidence un enjeu de maintien : même pour un pilote, la continuité du dispositif suppose que l'information reste disponible au-delà des personnes initialement informées.

Un troisième frein, plus discret, mais très concret, concerne l'accessibilité linguistique de l'outil. Une préposée indique que l'interface était « *malheureusement… en anglais* » et rappelle que *« ce n'est pas tout le monde qui connaît l'anglais* » (**PAB-P1**). La gestionnaire confirme que le système était « *en anglais au départ* » (**G1**), et précise que la difficulté devient plus visible lorsque de nouveaux employés arrivent : « *là c'est en anglais, ça ne marche pas là* » (**G1**). Cet élément montre que, même dans un pilote limité, la langue peut devenir un obstacle à l'appropriation lorsque les repères ne sont pas immédiatement accessibles à tous.

En parallèle de la mise en place du pilote, les acteurs se sont aussi forgé une lecture du dispositif : ce qu'ils pensent que c'est, ce qu'ils en attendent, ce qui les rassure ou les questionne dès le départ.

5.1.3 Perception des parties prenantes à l'égard du dispositif

Dans la phase pilote, les perceptions du dispositif oscillent entre une lecture positive centrée sur la sécurité et une lecture plus réservée liée à sa pertinence perçue ou à son fonctionnement encore mal compris.

Du côté de la résidente équipée et de ses proches, le dispositif est principalement associé à un objectif de sécurisation en cas de chute. La perception positive repose sur l'idée d'un soutien rapide en situation d'urgence et sur un sentiment de rassurance au quotidien, particulièrement dans un contexte où la famille ne peut pas être présente rapidement. Cette lecture donne au pilote une valeur de filet de sécurité, et explique l'intérêt accordé au test malgré son périmètre limité. Dans cette lecture positive, le dispositif est aussi décrit comme plus simple à accepter lorsqu'il est rendu compréhensible. Le proche aidant compare ainsi son fonctionnement à « *un détecteur de fumée* » qui détecte la présence et génère une alarme en cas de chute (**PA2**).

À l'inverse, certaines réserves apparaissent lorsque le dispositif est jugé moins pertinent ou lorsqu'il suscite des questions quant à son fonctionnement. Dans le secteur autonome, une partie des réticences s'exprime notamment chez les personnes qui se sentent encore autonomes et qui ne s'identifient pas à un besoin immédiat de détection. Les entretiens montrent aussi que la nouveauté du dispositif, combinée à une compréhension inégale, peut nourrir des questionnements, même lorsque l'intention générale est perçue positivement. Cette incertitude apparaît notamment lorsque l'information circule de manière indirecte et reste partielle. Une résidente non-utilisatrice explique par exemple : « *C'est ma voisine qui m'en a parlé* » (**R-P2**), tout en précisant : « *Je ne sais pas comment fonctionne le système… elle m'en a parlé, mais je ne l'ai pas vu* » (**R-P2**). Du côté du personnel, une compréhension limitée du dispositif est aussi rapportée : « *il est juste comme là pour nous dire que cette personne avait tombé… comme si c'était limité à ça… mais on ne nous a pas formés* » (**PAB-P1**).

Certaines perceptions s'accompagnent enfin d'une prudence initiale. Une gestionnaire indique avoir été « *sceptique un petit peu* » au départ, tout en voyant dans le pilote une occasion de comprendre « *comment tout ça pouvait fonctionner* » (**G1**).

→ **Variations selon les profils**

Les résidents expriment leurs perceptions à partir de leur situation personnelle (niveau de risque perçu, sentiment d'autonomie, besoins de sécurité). Les proches aidants interprètent davantage le dispositif à travers la sécurité du parent et la tranquillité d'esprit, surtout lorsque la distance limite leur capacité d'intervention directe. Du côté du personnel et des gestionnaires, les perceptions semblent davantage liées aux conditions d'intégration dans le fonctionnement quotidien : repères disponibles, cohérence du circuit d'alerte et continuité de l'information dans le temps. La perception du dispositif est fonction du point de vue depuis lequel il est évalué et contribue à donner du sens à ce qui est vécu ensuite au quotidien.

5.1.4 Expérience vécue du changement

Elle est présentée à travers trois angles complémentaires : les changements observés dans le quotidien et les pratiques, les avantages rapportés du dispositif et les limites ou difficultés rencontrées.

5.1.4.1 Changements perçus

Ils vont de situations où le quotidien reste globalement stable, à des adaptations de pratiques, jusqu'à des ajustements du dispositif à partir des premières situations rencontrées.

→ **Absence ou faibles changements**

Pour certains acteurs, le dispositif n'a pas entraîné de changement majeur dans les pratiques quotidiennes. Du côté du personnel, une préposée explique que le système n'a pas modifié sa manière de travailler : « *Non, pas spécialement… Non, moi, personnellement, non* » (**PAB-P1**). Elle précise que la situation concernait un seul cas dans le secteur autonome (« *j'en ai juste une… elle était dans l'autonome* »), et que l'alerte servait surtout d'indication supplémentaire, sans transformer les habitudes de base (**PAB-P1**).

Cette absence de changement se retrouve également dans la façon dont les interventions sont documentées. Interrogée sur l'existence d'un protocole propre au dispositif, la préposée répond : « *Avec le système ? Non* » (**PAB-P1**). Elle indique plutôt que, lorsqu'une chute est constatée, l'équipe applique le protocole habituel : « *on va tout suivre comme s'il y avait quelqu'un qui est tombé, pareil* » (**PAB-P1**).

Du côté de la résidente équipée, la routine est également décrite comme globalement inchangée. À la question de savoir si le dispositif avait changé quelque chose dans sa routine quotidienne, elle répond sans hésiter : « *Non. Non. Pas du tout* » (**R-P1**).

→ **Adaptation des pratiques**

Certaines adaptations ne viennent pas du dispositif lui-même, mais des habitudes quotidiennes qui sont réorganisées pour éviter des déclenchements inutiles. La résidente équipée nous révèle par exemple : « *je fais beaucoup d'exercices pour mon dos puis mes jambes. Puis je faisais ça par terre sur mon tapis* » (**R-P1**). Au début, elle les faisait par terre sur mon tapis, ce qui a mené à une vérification par le personnel : « *j'ai eu quelqu'un… quelqu'un qui est venu me voir* » (**R-P1**).

À la suite de cet épisode, sa manière de faire a été ajustée : « *maintenant, mes exercices, mon infirmière puis mon médecin, ils m'ont dit : bien, fais-les dans le lit. Ça va faire pareil* » (**R-P1**). Elle précise d'ailleurs qu'elle a adapté sa routine en conséquence : « *j'ai un lit assez dur puis je fais mes exercices dans mon lit* » (**R-P1**). Cet extrait montre que les activités

restent les mêmes, mais elles sont déplacées dans un espace où elles risquent moins d'être interprétées comme une chute.

→ Ajustements du dispositif

En complément des adaptations de pratiques, il y a eu des ajustements visant à mieux calibrer les déclenchements. Un proche aidant résume bien l'enjeu : lors des fausses alertes, « *maman a compris à un moment donné ce qu'il fallait faire. Elle ne voulait pas que tout le monde arrive pour rien* » (**PA2**). Elle ajoute : « *Il y a eu des déclenchements aussi quand elle était dans le bain. C'est une adaptation. Peut-être qu'il y a eu des petits ajustements, puis c'est correct* » (**PA2**).

Le vécu de la résidente va dans le même sens lorsqu'elle raconte un épisode lié au bain : « *la première fois que j'ai pris mon bain, quelqu'un est venu voir si j'étais tombée* » (**R-P1**). Elle indique ensuite : « *Ils ont changé quelque chose* » (**R-P1**), et confirme que le dispositif a cessé de déclencher de la même façon : « *Puis ça a plus fait ça après. Ça a été correct* » (**R-P1**).

Du point de vue du fournisseur, ces ajustements s'expliquent par la logique même de la détection : « *à tout moment où la personne est à une hauteur vraiment basse, ça peut être détecté* » (**F1**). Il précise que, pour limiter ce type de déclenchements, il est possible de paramétrer l'espace : « *c'est pour ça qu'on crée des sous-régions pour éviter les fausses chutes* » (**F1**).

5.1.4.2 Avantages rapportés

Les avantages rapportés se regroupent autour de trois idées : repérer plus vite une situation, agir plus rapidement, et réduire les risques lorsqu'une chute survient.

Un proche aidant met tout d'abord en évidence la couverture du dispositif dans l'appartement : « *un dans la chambre, un dans la salle de bain, un dans la cuisine, puis un à*

la porte d'entrée… c'est bien fait » (**PA2**). L'un des avantages majeurs attribués au système concerne sa capacité à offrir une forme de surveillance continue et à signaler rapidement une situation potentielle, dans un contexte où la présence du personnel ne peut pas être permanente. Une préposée résume cet enjeu simplement : il s'agit d'« *une belle technologie qui va nous aider un petit peu à voir, parce qu'on ne peut pas être avec les résidents tout le temps* » (**PAB-P1**). Cet avantage est également formulé en termes de rapidité d'action : « *Au moins avec ça, il va nous signaler qu'il y a quelqu'un qui est tombé* » (**PAB-P1**). La préposée utilise d'ailleurs une image forte pour traduire cette valeur ajoutée : « *Dans le fond, il est comme nos yeux qui voient* » (**PAB-P1**). Du point de vue d'une résidente, cet avantage est particulièrement pertinent lorsque la personne n'est pas en mesure de demander de l'aide elle-même. Elle explique : « *Ça aiderait si la personne n'est pas capable de sonner… s'il y a une affaire qui détecte, c'est sûr que c'est un avantage* » (**R-P2**). Un proche aidant fait le contraste avec les dispositifs portés en soulignant qu'avec un bracelet, « *si elle tombe en sortant du bain, il faut qu'elle pense à l'utiliser* », alors qu'avec le système de détection, « *c'est différent* » (**PA2**). Elle ajoute que, pour la famille, « *de savoir que le capteur est toujours en train de détecter, ça a été un gros plus* » (**PA2**). Elle précise également que ce format non porté était mieux toléré : « *maman ne se sentait pas envahie par quelque chose sur elle* » (**PA2**).

Cette capacité de repérage est aussi associée à l'idée de pouvoir intervenir sans délai inutile. La préposée souligne que le signalement permet « *qu'on puisse aller la voir tout de suite* » (**PAB-P1**), et ajoute que le dispositif « *va nous permettre d'agir plus vite* » (**PAB-P1**). Ceci renvoie à une intervention plus rapide dès qu'une situation est détectée.

Les propos rapportés associent le système à une utilité concrète lorsqu'une chute survient, notamment parce qu'il permet de savoir qu'une personne est à terre et de limiter le risque qu'elle reste sans aide trop longtemps. La préposée évoque l'intérêt « *de détecter… de savoir que la personne est tombée* » (**PAB-P1**) et précise : « *si on arrive plus vite, ça se peut que la personne ait plus d'aide plus vite. Sinon, la personne a peut-être été à terre depuis 8 heures* » (**PAB-P1**). Elle mentionne aussi des situations où la personne ne peut pas demander

de l'aide : « *il tombe inconscient… il peut plus nous demander de venir* » (**PAB-P1**). Dans la même logique, un proche aidant résume l'intérêt du système ainsi : « *On ne peut pas éviter toutes les chutes, mais on peut éviter les prolongations sur le plancher* » (**PA2**). Du côté de la résidente équipée, l'utilité du dispositif est comprise à travers l'idée que, si une chute se produit, une intervention peut être déclenchée : « *si je tombe par terre, quelqu'un vient* » (**R-P1**).

5.1.4.3 Limites ou difficultés rencontrées

Comme tout dispositif introduit en milieu réel, le système a aussi mis en lumière certaines limites dans son usage quotidien. Celles-ci concernent surtout la manière dont l'alerte est reçue, la couverture du système, certains déclenchements non pertinents, ainsi que des zones d'incertitude dans des situations qui ne correspondent pas à une chute.

→ Modalités d'alerte inadaptées et enjeu de portabilité

L'une des limites les plus concrètes du dispositif concerne la forme de l'alerte et sa compatibilité avec la réalité du travail. Selon la préposée, le signalement ne se fait pas sous forme d'alarme audible : « *Non, il n'y a pas de son d'alarme. Il va envoyer juste une notification* » (**PAB-P1**). Cette modalité implique que l'alerte dépend fortement du moment où le personnel consulte l'écran : « *admettons que je vais voir la tablette, c'est là que je vais voir, oh, il y avait une notification. C'est là aussi, un petit peu le problème* » (**PAB-P1**). Elle confirme d'ailleurs que tout est lié au fait d'avoir les yeux sur la tablette : « *Oui… On ne sait pas c'était quand qu'on l'a vue* » (**PAB-P1**).

Cette limite est renforcée par un enjeu de portabilité. La préposée indique qu'elle ne garde pas la tablette en permanence avec elle : « *je ne vais pas aller tout le temps avec ma tablette* » (**PAB-P1**). Elle précise que dans certaines unités, « *c'est plus difficile parce qu'on n'a pas tout le temps la tablette devant nous* » (**PAB-P1**). Elle résume clairement le

problème: « *il n'est pas sur nous… il n'est pas tout le temps sur nous* » (**PAB-P1**). Dans ce contexte, le canal de notification apparaît moins adapté au rythme et à la mobilité du travail.

Pour pallier cette limite, la préposée évoque des pistes qui permettraient un signalement plus visible ou plus accessible. Elle suggère, par exemple, un indicateur visuel près de la chambre : « *une lumière devant sa porte, ça clignote… pour nous dire qu'on voit qu'il y a quelqu'un qui est tombé* » (**PAB-P1**). Elle mentionne aussi une option plus compatible avec les outils de travail : « *si ça allait… dans le téléphone de travail ou dans le pager, ça va être plus génial* » (**PAB-P1**), ajoutant que si l'alerte pouvait être sur soi, « *ce serait plus simple* » (**PAB-P1**).

→ **Contraintes techniques et fausses alertes**

Les entretiens montrent que certaines limites tiennent d'abord au périmètre de fonctionnement du dispositif. L'une d'entre elles concerne la couverture du dispositif, qui reste limitée à l'espace équipé. Un proche aidant résume cette contrainte de manière explicite : « *À l'intérieur de son appartement, il n'y a pas de problème. Mais une grande partie des résidents sont autonomes ou semi-autonomes, et dès qu'ils sortent de leur appartement, le système ne fonctionne plus* » (**PA1**). Elle souligne que la limite de couverture est d'autant plus importante que « *plusieurs accidents arrivent dans les aires communes : il y a plus de trafic* » (**PA1**). Elle cite notamment des espaces peu supervisés en continu (corridors, salle de lavage, escaliers, salle d'activités) et résume la préoccupation ainsi : « *Tant qu'elle est dans son appartement, je n'ai pas d'inquiétude. Mais quand elle sort, c'est une autre affaire* » (**PA1**).

Dans certaines situations, le dispositif s'est déclenché alors qu'il n'y avait pas de chute. Du côté du personnel, la préposée confirme clairement l'existence de fausses alertes : à la question « *A-t-il déjà donné de fausses alertes ?* », elle répond : « *Oui, oui* » (**PAB-P1**). Elle souligne d'ailleurs que l'intérêt du dispositif se voit surtout « *quand il ne détecte pas de fausses chutes* » (**PAB-P1**), ce qui montre que la fiabilité des alertes constitue un enjeu concret.

Du côté de la résidente équipée, plusieurs épisodes illustrent ces déclenchements non pertinents. Elle rapporte par exemple qu'un avertissement a été émis alors qu'elle était au lit : « *j'étais couchée… il y a quelqu'un qui est venu parce qu'il y avait eu un avertissement… J'étais dans mon lit… Non, je n'étais pas tombée* » (**R-P1**). Elle précise même : « *je dormais* » (**R-P1**). La résidente mentionne également une autre situation fréquente au début lorsqu'elle faisait des exercices au sol, « *je faisais ça par terre sur mon tapis… et puis j'ai eu quelqu'un… quelqu'un qui est venu me voir* » (**R-P1**). Enfin, elle cite un épisode survenu lors du bain : « *la première fois que j'ai pris mon bain, quelqu'un est venu voir si j'étais tombée* » (**R-P1**).

La proche aidante rapporte aussi deux déclenchements où la détection ne concernait pas la résidente : « *les deux fois où le système a déclenché : la physio… puis l'autre fois… la personne qui fait l'entretien ménager s'est mise à genoux à côté du bain… Donc ce n'était pas ma mère* » (**PA1**). Ce témoignage suggère que certaines postures ou la présence d'une autre personne dans l'espace peuvent entraîner des déclenchements, notamment lorsque le gabarit ou la position se rapproche des critères interprétés par le dispositif.

→ **Limites fonctionnelles et zones d'incertitude**

Au-delà des fausses alertes, les entretiens mettent en évidence une limite plus fonctionnelle, liée aux situations où la personne se sent mal sans être au sol. La proche aidante rapporte que la résidente posait notamment la question lorsque ses étourdissements surviennent « *quand elle est couchée, quand elle est au lit* » (**PA1**). Elle se demandait alors comment le dispositif pouvait l'aider dans un scénario où elle n'a pas chuté : « *Si je suis dans mon lit, puis je ne me sens pas bien…* » (**PA1**). La proche indique que cette interrogation a même conduit la résidente à envisager un usage détourné : « *Si je voulais, je pourrais toujours me jeter à terre* » (**PA1**), afin de déclencher une alerte. Elle précise lui avoir déconseillé cette option : « *ce n'est peut-être pas une bonne idée* » (**PA1**). Le dispositif peut être utile lorsqu'une chute se produit (au sol), mais il laisse des questions ouvertes lorsqu'un malaise survient au lit, sans chute ni déplacement au sol.

À la suite des éléments du vécu, il devient possible de dégager plus clairement les effets associés au pilote, sur le plan humain comme sur le plan organisationnel.

5.1.5 Retombées associées au projet pilote

On peut ainsi distinguer les retombées qui touchent les personnes de celles qui concernent l'organisation du travail.

5.1.5.1 Retombées humaines

Sur le plan humain, le pilote s'accompagne de retombées perceptibles pour la résidente et son entourage.

→ Sentiment de sécurité et apaisement

Les propos recueillis convergent vers une retombée humaine centrale : un sentiment de sécurité accru, souvent associé à une diminution du stress, tant chez la résidente que dans son entourage. La proche aidante répond clairement lorsque la question lui est posée : à savoir si le système la rassure concernant la sécurité de sa mère, elle répond : « *Oui* » (**PA1**). Elle précise ensuite qu'elle apprécie que sa mère « *n'ait pas besoin de penser à sa sécurité* », en rappelant que cela peut être « *stressant pour des personnes âgées : ils savent qu'ils sont fragiles, à risque* » (**PA1**).

Le proche aidant insiste dans le même sens sur une sécurité perçue comme plus stable et sur ses effets psychologiques : « *C'est sa sécurité. Ça augmente sa sécurité, ça diminue son stress, et ça nous donne une paix d'esprit aussi* » (**PA2**). Il ajoute que cette retombée concerne également la famille, qui se sent davantage en mesure de suivre la situation : « *nous, on a cette paix d'esprit : on sait qu'on va être avisés* » (**PA2**).

Du point de vue de la résidente équipée, le système est directement associé à la rassurance et à la confiance en cas de chute. Elle explique : *« je perdais l'équilibre. Puis ça, ça me rassurait… parce qu'il m'avait expliqué : si je tombe par terre, quelqu'un vient* » (**R-P1**). Elle formule aussi explicitement son ressenti : « *je me sens en sécurité avec ce système-là… j'ai confiance* » (**R-P1**). Dans ses propos, la retombée humaine se traduit également par un apaisement : « *À part que d'être plus paisible, en paix* » (**R-P1**).

Enfin, la proche aidante confirme aussi une baisse du stress au quotidien dans l'entourage : interrogée sur un changement de stress, elle répond : « *Oui* » (**PA1**), ce qui va dans le même sens que les propos sur la paix d'esprit exprimés par le proche aidant : « *Pour nous, c'est une paix d'esprit aussi* » (**PA2**).

→ **Relation de confiance envers le personnel et la prise en charge**

Au-delà du sentiment de sécurité lié au dispositif, une autre retombée humaine importante concerne la confiance envers la prise en charge par le personnel. La proche aidante explique avoir confiance dans la manière dont les équipes interviennent lorsqu'une chute est détectée : « *Ah oui. Ils ont toujours été vraiment rapides à venir voir si tout est correct. Ils ne font pas sentir qu'ah bah là c'est pour rien. Ce n'est pas ça* » (PA1). Cet extrait montre que la retombée humaine ne tient pas uniquement à la technologie, mais aussi à la manière dont elle s'insère dans un environnement où l'intervention est perçue comme sérieuse, respectueuse et réactive.

→ **Limitations des complications**

Les retombées humaines sont également évoquées en termes de réduction des conséquences lorsqu'une chute survient. Une gestionnaire rapporte, à propos d'un épisode, que le dispositif « *lui a probablement sauvé la vie* », car après une chute « *tout a été mis en place et sinon on ne l'aurait pas trouvé* » (**G1**). Dans un registre plus général, le proche aidant souligne l'importance d'éviter qu'une personne reste trop longtemps sans être retrouvée : « *Parce qu'une personne qui n'est pas retrouvée assez vite, ça coûte très cher. On ne peut pas contrôler les chutes à 100%, mais on peut réduire les conséquences* » (**PA2**). Même si

l'extrait mentionne aussi des coûts, il met en évidence une retombée humaine centrale : limiter la durée au sol et, par conséquent, réduire la gravité potentielle des conséquences.

Ces retombées humaines donnent une première lecture de ce que le pilote change pour les personnes concernées. Elles s'accompagnent aussi d'effets plus organisationnels, liés à la manière dont le travail s'organise autour du dispositif.

5.1.5.2 Retombées organisationnelles

À l'échelle organisationnelle, dans le secteur autonome, cette expérimentation a surtout généré des enseignements pour l'intégration du dispositif au travail quotidien. Elle met en évidence ce qui doit être structuré, notamment la séquence d'intervention, la traçabilité et l'arrimage aux outils de travail.

D'abord, le dispositif s'inscrit dans une logique de réponse opérationnelle : lorsqu'une alerte apparaît, elle déclenche une vérification sur le terrain. Une préposée décrit simplement la séquence : « *J'ouvre la tablette, je vais le voir, je vais m'en aller là et je vais aller voir la personne* » (**PAB-P1**). Dans ce sens, le dispositif n'introduit pas une intervention entièrement nouvelle, mais il structure l'accès à l'information qui déclenche l'action.

Ensuite, sur le plan du suivi et de la documentation, le dispositif s'intègre aux pratiques existantes en ajoutant une forme de traçabilité autour des alertes. La préposée précise que, lorsqu'une chute est constatée, l'équipe consigne l'événement et applique le protocole habituel : « *on va marquer dans la note qu'on a eu une alerte, on est allé voir… puis on va tout suivre comme s'il y avait quelqu'un tombé, pareil* » (**PAB-P1**). Dans ce même ordre d'idées, une gestionnaire décrit le circuit d'alerte structuré et explique que cette dernière « *va sonner sur les tablettes des préposés* » et que cela implique une vérification : « *ça va mettre une alarme donc il n'y a pas le choix d'aller vérifier* » (**G1**). Elle ajoute qu'après la vérification, il faut « *remplir le petit sondage* » et réaliser les actions nécessaires (**G1**). Elle souligne toutefois que ce suivi ne remplace pas les obligations habituelles : « *on a de la*

paperasse légale aussi… les notes d'observation, les annexes 12… ça n'empêche pas qu'il faut remplir ça » (**G1**).

Enfin, certains propos suggèrent une retombée organisationnelle en termes de soutien au travail, notamment dans un contexte où la surveillance continue est limitée. La préposée décrit le dispositif comme « *une belle technologie qui va nous aider un petit peu à voir, parce qu'on ne peut pas être avec les résidents tout le temps* » (**PAB-P1**). Même du point de vue de la résidente équipée, le dispositif est perçu comme utile pour le personnel : « *je suis certaine que ça aide les préposés* » (**R-P1**). Ces éléments indiquent que le pilote ne modifie pas seulement des routines individuelles; il met en lumière ce que l'outil peut apporter, mais aussi ce qu'il demande pour s'intégrer au fonctionnement réel du milieu.

Entre ce que le dispositif apporte et ce qu'il demande pour s'intégrer, se joue, en pratique, la question de son acceptabilité.

5.1.6 Acceptabilité du projet pilote

À ce stade, elle peut être abordée comme un bilan : ce qui favorise l'adhésion, ce qui la rend plus conditionnelle, et ce qui la limite.

→ **Manifestations d'acceptabilité**

Dans le projet pilote, l'acceptabilité se manifeste d'abord par une adhésion au principe du dispositif chez les acteurs les plus directement concernés, notamment la résidente équipée et son entourage. L'adhésion se traduit par le fait de laisser le dispositif en place, de l'intégrer dans le quotidien, et de s'ajuster lorsque des situations particulières surviennent comme les ajustements de routines ou les vérifications.

Dans le secteur autonome, l'acceptabilité apparaît nuancée et dépend surtout du niveau d'autonomie perçu et du besoin ressenti. La résidente équipée exprime une adhésion claire et se positionne positivement par rapport au dispositif : « *Moi, je me trouve chanceuse* » (**R-**

P1). Interrogée sur la possibilité que d'autres personnes du secteur autonome soient favorables à un dispositif similaire, elle répond : « *Oui. Je le pense* » (**R-P1**). À l'inverse, la résidente non-utilisatrice reconnaît l'intérêt du système, mais souligne qu'il ne conviendrait pas de la même manière à tous : « *Des fois, ça ne serait pas tout le monde qui serait prêt à le prendre* » (**R-P2**), et elle précise que, pour elle, « *pour le moment, je ne vois pas l'utilité… je me trouve assez autonome* » (**R-P2**).

Du côté du personnel, l'acceptabilité ne relève pas d'un rejet de principe, mais apparaît surtout liée aux conditions d'usage : la manière dont l'outil s'insère dans les routines de travail et la capacité à traiter l'alerte de façon efficace.

→ **Conditions associées à l'acceptabilité**

Les résultats indiquent que l'acceptabilité du dispositif est fortement liée à ses conditions d'intégration. L'accompagnement semble jouer un rôle important : lorsque le système est expliqué, rendu compréhensible et intégré progressivement, l'adhésion paraît plus facile, surtout dans un contexte où le dispositif est nouveau ou peu connu. La fiabilité perçue du système constitue également une condition importante. Lorsque l'alerte est jugée crédible et utile, le dispositif s'insère plus facilement dans le quotidien. À l'inverse, des éléments déjà relevés plus haut, comme les déclenchements non pertinents, les limites de couverture ou encore les modalités d'alerte, peuvent rendre cette acceptabilité plus fragile. Sur le plan organisationnel, l'acceptabilité dépend aussi de l'arrimage aux outils et aux routines de travail, ainsi que de la continuité des repères, notamment lorsqu'il y a des changements de personnel.

Au-delà des aspects techniques, l'acceptabilité semble aussi portée par la qualité de l'environnement humain. Une proche souligne que sa mère n'a « *aucune critique au niveau du service* » et décrit un personnel « *courtois, polis, avenants* » (**PA1**). Il insiste sur le fait que l'acceptabilité ne dépend pas seulement de l'outil, mais aussi des personnes qui l'entourent : « *le système, ça vient avec les personnes qui travaillent… le système lui-même*

n'est pas plus gentil qu'un autre » (**PA1**). Elle ajoute que si le personnel n'était « *pas qualifié* », cela pourrait changer la façon dont le dispositif est reçu (**PA1**).

→ Points de tension ou d'ambivalence (ce qui passe versus ce qui passe moins)

Certaines réserves demeurent toutefois présentes. La résidente non-utilisatrice associe l'intérêt du système à un profil plus fragile : « *C'est pour quelqu'un qui est moins autonome, disons* » (R-P2). Le dispositif pourrait être utile dans certaines situations (notamment lorsqu'une personne ne peut pas appeler), mais il peut susciter des réserves lorsqu'il déclenche de manière non pertinente, lorsqu'il ne couvre pas certains espaces (aires communes), ou lorsque ses modalités d'alerte sont jugées moins adaptées au rythme du travail.

Une autre réserve exprimée concerne aussi l'aspect financier. La résidente non-utilisatrice évoque une acceptabilité qui peut être limitée dès qu'elle implique un coût additionnel : « *le monde peut dire oui oui on la veut, mais on ne veut pas payer plus cher* » (**R-P2**).

Dans l'ensemble, l'acceptabilité du pilote peut être décrite comme globalement favorable, mais conditionnelle. Elle est plus forte lorsque le besoin est clairement reconnu et lorsqu'un soutien est présent, et ce, dans un milieu jugé favorable. À l'inverse, elle semble être plus fragile lorsque l'utilité est moins évidente ou lorsque certaines limites du dispositif prennent plus de place dans l'expérience des acteurs.

La phase pilote a permis de tester le dispositif à petite échelle et d'en dégager les principaux constats. La suite du projet s'inscrit maintenant dans une logique d'élargissement, où le changement se diffuse au-delà du cas initial : c'est la phase d'extension.

5.2 PHASE D'EXTENSION

La phase d'extension correspond au passage du test limité à un déploiement plus large du dispositif dans la résidence. Cette étape vise à intégrer la technologie dans un secteur entier, avec des réalités de terrain différentes et plus complexes que celles du pilote. L'objectif n'est donc plus seulement d'observer un cas particulier, mais de voir comment le dispositif s'insère dans un fonctionnement collectif et dans un quotidien plus dynamique.

5.2.1 Nouveaux paramètres contextuels

Cette sous-section décrit le contexte dans lequel la phase d'extension s'est déployée.

→ Justification de l'orientation vers l'unité cognitive

Le passage vers l'unité cognitive s'appuie sur une logique de besoin jugé plus critique dans un secteur où l'appel volontaire à l'aide n'est pas garanti. Une gestionnaire explique que l'élément qui a fait pencher la décision est directement lié aux troubles cognitifs : « *ils ne sont pas en mesure de sonner* » (**G1**). Elle rapporte d'ailleurs qu'au départ, l'idée suscitait une forme de retenue : « *déjà j'avais une fermeture parce que voyons, ils sont capables de sonner* », avant de reconnaître que, dans ce secteur, la réalité est différente : « *en étant en troubles cognitifs… ça pourrait être un plus pour nos clients* » (**G1**). Cette orientation s'appuie aussi sur une limite déjà connue des outils habituels dans ce secteur. La gestionnaire souligne que les dispositifs volontaires ne constituent pas toujours une option : « *nos gens cognitifs… ils n'aiment pas ça, ils ne veulent même pas porter leurs bracelets. Non, ce n'est pas une option* » (**G1**). Ce repère de départ aide à comprendre pourquoi l'idée d'une détection automatique a été jugée plus pertinente dans cette unité. Elle indique aussi que l'extension a été pensée avec un cadrage sur la couverture : « *on ne voulait pas couvrir les corridors, on voulait couvrir seulement que les chambres pour que ça reste personnalisé à chacun* » (**G1**). L'objectif n'était pas de tout surveiller indistinctement, mais de cibler les espaces

jugés les plus pertinents. Cette précision indique que l'extension a été pensée en ciblant certains espaces jugés plus pertinents à couvrir.

Dans son récit, cette orientation est aussi portée par une accumulation de situations où le temps au sol devient un enjeu majeur. Elle évoque une « *série d'événements* » et le fait d'avoir « *combien de fois… trouvé une cliente au sol* » (**G1**), en rappelant que même « *déjà 1 h au sol* » peut mener à des conséquences importantes (**G1**). Elle illustre aussi le problème du repérage tardif : « *on découvre une fracture de la hanche 3 jours plus tard… la famille nous dit : vous n'avez rien fait ? … ben non, mais on ne le savait pas* » (**G1**). Elle présente enfin cette extension comme une démarche portée par une initiative interne : « *c'est mon initiative… j'ai vu un besoin, je voulais répondre au besoin* » (**G1**). Dans cette perspective, l'extension vers l'unité cognitive apparaît comme une réponse pragmatique à un besoin jugé prioritaire.

En parallèle de cette logique interne, un élément de contexte montre comment l'idée du dispositif a rapidement circulé et a nourri un mouvement d'accélération. Une proche aidante de la résidente de la chambre pilote raconte que, « *peu après l'installation* », sa mère a vécu un problème de santé et a été « *deux semaines à l'hôpital* » (**PA1**). Son frère lui avait alors demandé : « *N'oublie pas de dire à l'hôpital et aux services sociaux que maman a ce système-là dans son appartement, parce que ça a un impact sur sa réintégration en autonomie* » (**PA1**). Lorsqu'elle en parle « *au bureau des infirmières* », la personne à qui elle s'adresse lui demande « *le nom, comment les contacter…* », notamment parce que son propre père venait d'avoir un accident « *à la même résidence* » (fracture de la hanche) et que « *ça a pris quelques heures avant que ce soit détecté* » (**PA1**). Elle conclut : « *Après ça, ça a été très vite : des annonces se sont faites… Je pense que c'est la famille de l'autre résident qui a accéléré le processus* » (**PA1**). Cet épisode montre que des situations vécues dans le milieu ont aussi contribué à relancer l'intérêt pour le dispositif.

Une fois cette orientation clarifiée, il convient de situer plus concrètement le terrain dans lequel l'extension s'est déployée.

→ **Spécificités du terrain**

L'extension s'est déployée dans l'aile des troubles cognitifs (Phare 0), ce qui introduit immédiatement un contexte différent : les profils des résidents, les situations du quotidien et les contraintes d'intervention ne sont plus les mêmes que dans le secteur autonome.

Sur le plan du cadre physique, le changement tient d'abord à l'échelle et à la configuration du secteur. Une gestionnaire souligne qu'il y a « *quand même 25 chambres* », réparties sur « *un espace qui était quand même assez grand* », et précise que « *ce n'est pas un espace fermé là, c'est vraiment un espace ouvert* » (**G2**). Cette configuration rend la surveillance plus exigeante et la circulation plus complexe.

Le contexte évolue aussi du côté des usagers et des situations rencontrées. Dans cette unité, la gestionnaire rappelle que les résidents « *n'ont pas nécessairement le réflexe d'appuyer sur leur bracelet* » (**G2**), ce qui déplace l'enjeu vers le repérage lorsque la demande d'aide n'est pas formulée.

Un autre repère du contexte, tel qu'il est décrit par les gestionnaires, concerne l'implication des proches. Dans l'unité cognitive, il est rapporté que les familles sont souvent moins mobilisées dans le suivi au quotidien, et parfois moins réactives lorsqu'un soutien immédiat serait utile. Sans que cela signifie une absence totale de proches, cette disponibilité plus variable fait que le secteur repose davantage sur les ressources internes du milieu, l'équipe devenant le premier relais dans la vie quotidienne des résidents.

Enfin, le terrain est décrit par les préposés à travers la distance et l'impossibilité d'observer partout en même temps. Un préposé explique que « *le corridor est très, très long »* et qu'il est *« impossible pour nous d'avoir une vue ou d'entendre les chambres à l'extrémité* », à moins de faire des tournées (**PAB-E7**). Ce fonctionnement par tournées constitue d'ailleurs un repère important du quotidien du secteur. Un autre préposé indique que si un événement survient juste après un passage, il peut se passer jusqu'à « *50 minutes … avant la prochaine tournée* » (**PAB-E6**). Cet élément situe le contexte de départ : une surveillance

organisée par rondes, où l'intervalle entre deux passages peut devenir critique lorsqu'une personne ne peut pas demander de l'aide.

→ **Ressources et capacités de soutien**

Au moment de l'extension, le projet s'inscrit dans un contexte où la capacité de soutien devient un paramètre important : non seulement parce que le secteur est plus vaste, mais aussi parce que le dispositif repose sur des conditions de base (infrastructure, disponibilité, marge de manœuvre) pour pouvoir être déployé.

Sur le plan organisationnel et temporel, une gestionnaire explique que l'implantation a dû composer avec des contraintes internes à la résidence, notamment des imprévus matériels : « *on a eu un dégât d'eau majeur en début d'année* », ce qui « *a retardé le projet* » (**G1**). Elle évoque aussi des travaux et ajustements d'aménagement qui ont eu un impact sur l'avancement : « *l'ingénieur dit ah ça ne marche pas de mettre un mur là* », et le fait que certaines chambres restaient en chantier, avec des capteurs « *pas installés encore* » (**G1**). Ces éléments situent une réalité simple : l'extension dépend aussi de la capacité du milieu à dégager du temps et une stabilité minimale dans l'environnement.

Sur le plan technique, le contexte met en évidence des prérequis indispensables. Le fournisseur insiste par exemple sur l'importance de la connectivité : « *la connexion Internet … est vraiment importante* », en ajoutant que ce n'est « *pas partout* » qu'elle est suffisamment bonne (**F1**). Dans une unité où plusieurs chambres sont équipées, ce paramètre devient structurant : sans infrastructure réseau stable, le dispositif ne peut pas fonctionner de façon fiable, quel que soit l'intérêt du projet.

L'extension implique une capacité de soutien liée au maintien et aux ajustements dans le temps. Le fournisseur rappelle que l'implantation à cette échelle suppose une préparation (mesures, planification) et une marge de manœuvre pour ajuster lorsque l'environnement évolue. Ainsi, la capacité de soutien ne se limite pas à l'accord de départ.

Dès lors, ces éléments montrent que l'extension dépendait non seulement du besoin identifié, mais aussi de la capacité du milieu à maintenir des conditions techniques et organisationnelles suffisantes pour soutenir le déploiement.

5.2.2 Déploiement de l'extension : mise en place et organisation du changement

5.2.2.1 Préparation au changement

Elle s'est faite à travers des actions d'information et de mise en confiance, mais de manière inégale selon les acteurs et les quarts. L'objectif, au démarrage, était surtout de rendre le dispositif compréhensible, de préciser ce qu'il fait (et ce qu'il ne fait pas), et de donner des repères à ceux qui allaient être directement concernés.

Du côté organisationnel, la préparation a reposé sur une circulation d'information structurée autour d'un rôle de relais. Une gestionnaire explique que le fournisseur « *pilotait tout ça* » et qu'elle recevait les informations pour ensuite les retransmettre : « *elle me transmettait les informations que, moi, je retransmettais aux gens* » (**G2**). Cette logique de relais montre que la préparation ne s'est pas limitée à annoncer le projet : elle a aussi consisté à organiser la transmission des repères au sein de l'unité.

Sur le plan de la formation, plusieurs préposés rapportent qu'une rencontre a eu lieu, mais avec des formats relativement courts. Une préposée mentionne avoir assisté à *« une petite formation… à diaporama… pendant 30 minutes* » où « *elle nous expliquait le système, en gros, c'était quoi* » (**PAB-E2**). Un autre préposé décrit la même démarche comme un point de départ : « *on a commencé par une formation… comment ça fonctionne, expliquer ce que c'est, comment ça a été conçu, comment ça a été pensé* », en précisant : « *on a invité tous ceux qui travaillent ici à la formation* » (**PAB-E4**). Ces extraits indiquent que la préparation a existé, mais qu'elle s'est souvent faite sous forme de repères essentiels plutôt que comme un long processus.

À l'inverse, certains discours laissent voir une préparation plus floue pour une partie du personnel. Une préposée explique que, lorsque le dispositif a été installé, *« c'était un peu flou* », et ajoute : « *on ne nous a pas vraiment formés… elle nous a un peu expliqué, vite fait, qu'est-ce qu'il fallait faire* » (**PAB-E6**). Cette variabilité souligne un point important : au moment de l'extension, tous les acteurs ne semblent pas avoir reçu le même niveau de préparation initiale.

La préparation a aussi concerné les familles. Une gestionnaire indique que, dans l'unité, certaines familles « *étaient déjà au courant* », et qu'un « *café-rencontre… avec les familles… pour leur expliquer comment ça fonctionnait, le projet* » a été organisé (**G2**). Cela montre qu'au démarrage, la préparation ne se limitait pas aux équipes : elle incluait aussi une mise en explication auprès des proches, afin de rendre le projet plus clair dans le milieu.

5.2.2.2 Déploiement opérationnel

Sur le terrain, la mise en œuvre de l'extension s'est d'abord matérialisée par un déploiement progressif, étalé dans le temps, avec des installations réalisées dans plusieurs chambres. Une préposée résume bien cette impression de durée : *« on a eu des travailleurs qui ont travaillé un bon bout de temps à installer des détecteurs de chutes* » (**PAB-E5**). Dans le même ordre d'idées, un autre préposé situe le déploiement sur plusieurs semaines : « *une coupe de semaines… ça faisait un bout qu'ils installaient ça* », en précisant que l'équipe a été informée au fur et à mesure, « *dans ces temps-là, où ils ont commencé à faire des tests avec* » (**PAB-E1**). Un autre préposé confirme d'ailleurs cette progression : « *ça a été installé il y a un certain nombre de semaines… ça peut être encore en phase de test* » (**PAB-E4**).

En effet, ceci a été précédé d'un travail de préparation sur place, avec plusieurs visites et des relevés, notamment parce que les plans ne suffisaient pas à eux seuls. Une gestionnaire explique qu'il a fallu faire des « *relevés des pièces* » et revenir « *à plusieurs reprises* », car « *sur plan versus en réalité c'est différent* » (**G1**). Elle souligne également que l'emplacement

des capteurs devait tenir compte des usages réels des résidents (ex. déplacements dans le logement) afin d'assurer que la personne soit effectivement captée. Ce type d'ajustement illustre que l'extension ne se résume pas à une multiplication des installations : elle implique une adaptation fine au terrain, qui s'est révélée plus longue que prévu : « *le temps qu'on avait prévu au départ… on était beaucoup trop optimistes* » (**G1**).

La mise en œuvre opérationnelle passe aussi par la mise à disposition de supports de réception et par l'intégration du dispositif dans des outils concrets de travail. Une préposée explique qu'avec l'extension, il y a eu « *des nouveaux iPads pour la détection* » (**PAB-E5**). Du côté du fonctionnement concret, certains préposés décrivent une logique simple : en cas d'alerte, il faut vérifier sur place et compléter une trace. Une préposée dit par exemple que lorsqu'il y a une alerte, « *il faut aller voir » et « faire un rapport après* » (**PAB-E6**). Une autre ajoute que, sur la tablette, « *il y a un petit quiz à répondre aussi… un petit formulaire* » (**PAB-E3**), ce qui montre que la mise en œuvre inclut aussi une composante de consignation, en plus de la vérification terrain.

L'installation a également dû composer avec des techniques pré requises et des ajustements d'infrastructure. Une gestionnaire évoque des « *petites bévues* » liées au fait que « *le système électrique n'était pas nécessairement adéquat* », ce qui a nécessité de *« faire venir des électriciens* » (**G2**). Elle ajoute que le fonctionnement repose sur des paramètres réseau plus exigeants : « *ça prenait une adresse IP pour chaque appartement* », ce qui a impliqué d'en « *rajouter* » et de programmer les capteurs pour chaque chambre (**G2**). Elle précise aussi que le déploiement a inclus une phase de programmation (distances, hauteurs, paramétrage) et des retours sur place « *pour voir si c'est vraiment correct… s'assurer que tout est fonctionnel* » (**G2**). Ces éléments expliquent pourquoi l'installation s'est échelonnée sur plusieurs semaines, avant que le système devienne pleinement opérationnel.

Enfin, les premières semaines de fonctionnement relèvent d'une phase de stabilisation, où l'équipe compose avec différents types de signaux (notifications, alertes) et avec des situations du quotidien qui peuvent influencer l'état du système. Une préposée décrit la logique des alertes en parlant de deux niveaux : « *des fois c'est rouge, des fois c'est jaune* »

(**PAB-E2**), en précisant que le jaune peut aussi renvoyer à un état du dispositif, par exemple lorsque la chambre est signalée « *non fonctionnel* » (**PAB-E2**). Elle illustre ce point avec une situation très concrète : une résidente qui « *débranche tout le soir* », ce qui fait que « *à tous les matins, j'ai une alerte qui dit que c'est non fonctionnel* » (**PAB-E2**). **G2** mentionne ainsi que c'est de là qu'est venue l'idée de « *mettre des boîtiers sur nos prises de courant* ». Ces exemples montrent que, dans l'extension, la mise en œuvre ne correspond pas seulement à installer, mais à assurer un fonctionnement opérant dans un milieu vivant, où des situations ordinaires peuvent interférer avec le dispositif.

5.2.2.3 Coordination et pilotage du projet

Dans la phase d'extension, la gouvernance du projet apparaît d'abord comme un pilotage partagé, qui s'est ajusté au fil de la charge de travail. Une gestionnaire explique que le projet a été porté à deux, notamment parce que « *ça prenait beaucoup plus de temps qu'on le pensait* » (**G1**). Elle précise : « *on était les 2 là vraiment dans le projet, toujours au courant chacun l'un de l'autre* » (**G1**). Cette organisation montre une gouvernance qui se construit dans la répartition et la continuité : le projet ne repose pas sur une seule personne, mais sur un suivi conjoint. Cette logique de partage se manifeste aussi dans le passage de relais interne. Une gestionnaire indique que, dans le phare 0, « *madame X, elle avait commencé à le piloter, mais finalement elle m'a… relayé un peu le dossier… on pilotait un peu à deux, mais c'était plus moi-là* » (**G2**). Ce relais contribue à maintenir une cohérence dans le suivi, tout en adaptant le pilotage à la réalité des responsabilités et de la disponibilité des gestionnaires.

Par ailleurs, la gouvernance de l'extension repose sur une articulation claire entre deux volets interdépendants : le volet technique porté par le fournisseur et le volet organisationnel/terrain porté par la résidence. Une gestionnaire résume cette dynamique en disant : « *on a vraiment partagé ce rôle-là les 2… c'est comme si par moment… c'est comme 2 projets…* » (**G1**). Elle précise que les deux parties étaient « *interdépendantes* », mais avec des plannings distincts : « *eux autres… ils ont eu de la programmation… il y avait leur*

planning, j'avais mon planning » (**G1**). Cette description met en évidence une gouvernance à deux niveaux, où la coordination est essentielle pour arrimer le technique et le terrain.

Concrètement, cette gouvernance se traduit par un travail de coordination très opérationnel, centré sur l'organisation du déploiement dans le milieu. Une gestionnaire décrit son rôle comme celui de « *coordonner les gens qui venaient installer la technologie » tout en s'arrimant « aussi avec les familles et les résidents* » (**G2**). Elle précise : « *c'était vraiment de prendre des rendez-vous, d'informer les employés qui étaient sur place… de coordonner tout ça pour que ça convienne à tout le monde* » (**G2**). Le suivi du projet inclut un mécanisme de vérification des alertes et de la complétion des traces. **G1** précise que ce suivi relève « *vraiment de la responsabilité de la coordonnatrice du service santé* », qui a « *le logiciel installé sur son ordinateur* » et peut consulter les alertes. Elle indique qu'en cas de questionnaire non complété, la coordonnatrice relance l'employé : « *t'as eu une alerte, t'as pas répondu au questionnaire, qu'est-ce qui s'est passé ?* » (**G1**).

Les extraits soulignent que le suivi s'est également construit à travers des ajustements de planification et de communication. Une gestionnaire indique que « *la planification était là* », mais que certaines adaptations ont été nécessaires, notamment parce que « *dans la communication… des fois c'est un petit peu plus difficile* » (**G1**). Elle illustre ces arbitrages par des exemples concrets : « *on ne peut pas faire les relevés de pièces à ce moment-là parce que… ce n'est pas un bon moment pour les résidents* » (**G1**). La gouvernance de l'extension semble alors avoir reposé à la fois sur le partage des responsabilités, sur la coordination entre acteurs et sur des ajustements continus liés aux contraintes du terrain.

5.2.2.4 Leviers et points de vigilance au démarrage

Même si plusieurs éléments du contexte, de la mise en œuvre et de la gouvernance peuvent être relus comme des conditions de réussite, certains facteurs transversaux ressortent plus spécifiquement du démarrage de l'extension. Ils ne tiennent pas à une seule étape, mais

traversent l'ensemble du déploiement et influencent la manière dont le dispositif est compris, accepté et maintenu dans le secteur.

→ **Communication en amont**

Un premier point concerne la communication auprès des résidents. Une gestionnaire souligne que, dans ce type de milieu, la rétention d'information est difficile et que cela peut générer des incompréhensions : « *les gens ne sont pas capables de faire de la rétention d'information, mais ça a quand même causé des problématiques* » (**G1**). Elle évoque notamment un résident qui croyait être observé : « *il pensait qu'on l'observait* » (**G1**), ce qui a nécessité « *de lui expliquer pendant longtemps que c'était pour les chutes* » (**G1**). Elle conclut qu'« *il y a manqué de préparation* » et que « *si on l'avait préparé ça aurait bien été* » (**G1**). Ce point montre que, dans l'extension, la réussite ne dépend pas seulement d'installer : elle dépend aussi de la capacité à préparer les personnes, pour éviter que le dispositif soit interprété comme une intrusion ou comme une surveillance.

→ **Formation et coaching**

La formation ressort comme une condition centrale, mais son accès apparaît inégal selon les quarts et la disponibilité. Une gestionnaire insiste : *« il y a eu la formation. Il y a vraiment eu une formation… environ 3 h… avec Madame Y et les préposés* » (**G1**), en ajoutant que la coordonnatrice devait aussi être formée « *pour répondre, mais aussi… comme la maintenance… aller jouer dans le logiciel* » (**G1**). Elle nuance toutefois : malgré l'effort, « *je dirais 80% ont été formés* » (**G1**), et elle souligne que la formation ne suffit pas toujours : « *la formation c'est aussi le coaching après… c'est plus intense que la formation en soi* » (**G1**).

Du côté terrain, les PAB confirment cette hétérogénéité : certains décrivent une formation « *très claire* » (**PAB-E3**), mais d'autres n'y ont pas eu accès parce que cela se faisait surtout de jour : « *probablement, ça a été fait de jour. Je travaille de 4 heures à minuit* » (**PAB-E5**). Une autre préposée résume crûment cette inégalité : *« ceux qui étaient là, étaient là, tant mieux, mais les autres, c'est comme tant pis* » (**PAB-E6**). Cette réalité (quart de

jour/soir/nuit, personnel changeant) devient donc un enjeu transversal : elle influence directement la diffusion des repères, même lorsque l'intention de former est présente.

→ **Circulation informelle des consignes**

Au démarrage, l'information ne circule pas seulement par des rencontres formelles : elle passe aussi par des relais informels et entre collègues. Une gestionnaire note que, dans un milieu où « *il y a quand même 40 personnes aux soins* », « *le jeu du téléphone* » entre en jeu (**G2**). Elle décrit une dynamique où « *ça s'est fait comme naturellement* » (**G2**), allant jusqu'à préciser qu'« *il n'y a pas eu de rencontre formelle avec les employés* » (**G2**). Du côté des préposés, cette transmission par les pairs est confirmée : « *c'est plutôt la chef d'équipe, qui le montre aux autres préposés* » (**PAB-E3**), et une autre indique : « *je ne l'ai pas faite. J'ai un collègue qui me l'a expliquée* » (**PAB-E7**).

Cette circulation par le milieu peut être facilitante (ça diffuse vite), mais elle crée aussi un risque de variations dans les repères transmis, surtout quand le projet touche plusieurs quarts et plusieurs équipes.

→ **Accessibilité linguistique**

La langue apparaît comme un élément qui peut faciliter ou compliquer l'usage. Une gestionnaire rappelle que le dispositif offre « *les deux langues* » (**G2**), mais une PAB souligne l'enjeu très directement : « *si ça allait être en anglais… ça allait être un vrai problème* » (**PAB-E2**). Elle précise : « *je ne l'entends pas l'anglais… je sais des petits mots… mais de là à faire une phrase* » (**PAB-E2**). Cet extrait montre qu'au démarrage, l'option linguistique n'est pas un détail.

→ **Retour d'expérience du projet pilote**

L'extension s'appuie aussi sur un effet de continuité : le fait que l'outil ait déjà été testé dans la résidence contribue à renforcer la confiance au moment de l'élargissement. Une gestionnaire l'exprime simplement : « *je pense que ça fonctionnait quand même assez bien dans le projet pilote, que c'est pour ça… qu'on l'a mis à l'espace santé* » (**G2**). Elle ajoute

que certains employés avaient déjà été exposés au dispositif dans l'appartement pilote : « *il y en a qui en avaient déjà pris connaissance à l'appartement pilote* » (**G2**), et « *savaient que ça fonctionnait super bien* » (**G2**). Ces éléments montrent que l'extension ne part pas de zéro : elle se construit sur une expérience préalable qui rend le projet plus crédible dès le départ.

Au bout du compte, l'extension se construit à travers de la coordination, des repères partagés et des ajustements au quotidien. Et c'est sur cette base que les acteurs se font une opinion du dispositif, entre confiance, réserves et attentes.

5.2.3 Perceptions

Les perceptions se construisent autour de deux dimensions étroitement liées : ce que les acteurs pensent comprendre de l'outil (ce que c'est, ce que ça fait, comment on réagit), et le niveau de confiance qu'ils accordent à son usage au quotidien.

Plusieurs participants associent le dispositif à une solution plutôt accessible, notamment lorsqu'il est présenté comme quelque chose de simple et concret. Une préposée souligne que « *ce n'est pas trop high tech* » (**PAB-E1**). D'autres décrivent une compréhension relativement claire du principe : « *ce sont des capteurs… si la personne chute… on va se faire détecter avec notre tablette… il y a un petit formulaire* » (**PAB-E3**). Cette perception positive se renforce aussi lorsque le fonctionnement semble intuitif. **PAB-E1** explique qu'il s'attendait à quelque chose de plus compliqué : « je m'attendais que ça soit plus complexe que ça ».

Du côté des gestionnaires, la perception positive passe également par une représentation structurée du fonctionnement, qui permet d'expliquer l'outil avec des repères simples. Une gestionnaire décrit par exemple une logique de signaux gradués, « *un peu comme des feux de circulation* » : une alerte « *jaune… possibilité de chute* », puis une alerte « *rouge… c'est vraiment une chute* » lorsque l'inactivité se prolonge (**G2**). Ce type de repère

contribue à rendre l'outil plus lisible pour le personnel et à appuyer l'idée qu'il y a une logique compréhensible derrière les notifications.

Certaines perceptions négatives émergent moins contre l'objectif du projet que contre la manière dont il est interprété. Plusieurs extraits montrent que le dispositif peut être assimilé à une forme de surveillance. Une gestionnaire mentionne « *un monsieur… qui pensait qu'on l'observait* » (**G1**). **PAB-E2** rapporte le même type de réaction : « *il pensait que c'étaient des caméras…* », allant jusqu'à des interprétations très anxiogènes : « *il a dit que le gouvernement nous met des caméras…* » (**PAB-E2**) Dans ce contexte, la perception négative ne vient pas du dispositif en soi, mais d'une lecture erronée (caméras, observation), qui peut alimenter stress et agitation chez certains résidents.

Ces extraits mettent aussi en évidence que la perception peut évoluer avec le temps et les explications, mais au prix d'un effort important. La préposée explique qu'elle a dû reprendre : « *je m'assieds, puis j'explique comme il faut… il n'y a pas de caméra* » (**PAB-E2**). La gestionnaire décrit également un travail avec des messages répétés : « *sur le long terme… des petits messages d'écrit… ses enfants qui répètent* » (**G1**). Autrement dit, la perception dans l'unité cognitive n'est pas seulement une opinion : elle se construit, se corrige et se stabilise progressivement, selon les réactions et la compréhension des résidents.

→ **Variations selon les profils**

Les gestionnaires tendent à produire une perception plus structurée du dispositif, en insistant sur la logique de fonctionnement, les repères et l'idée d'une intervention rapide. Les préposés, de leur côté, expriment une perception davantage ancrée dans l'usage immédiat : certains insistent sur la simplicité, d'autres sur le caractère parfois flou au démarrage et sur la nécessité de clarifier progressivement ce que signifient les alertes ou comment réagir. Enfin, la perception dans l'unité cognitive est aussi fortement influencée par les réactions des résidents eux-mêmes, ce qui oblige le personnel à composer avec des interprétations très variables.

En somme, dans l'extension, la perception du dispositif apparaît globalement favorable lorsqu'il est compris comme un outil simple et utile. Elle devient toutefois plus fragile lorsque la compréhension n'est pas stabilisée notamment chez certains résidents ou lorsque la confiance est affectée par une lecture incertaine des alertes.

Cette perception conditionnelle pourrait aider ensuite à comprendre la manière dont l'outil s'insère (ou non) dans l'expérience vécue du secteur.

5.2.4 Expérience vécue

L'expérience vécue du dispositif ne correspond pas encore à un usage pleinement stabilisé. Au moment des entretiens, le système venait d'être installé dans l'unité et l'équipe était encore dans une période de mise en place, avec des repères qui se construisent au fil des situations. Les résultats présentés ici portent donc sur les premiers effets observés : ce que le dispositif change (ou ne change pas) dans les pratiques, ce qu'il apporte de manière concrète, et les limites ou irritants qui apparaissent dès le démarrage.

5.2.4.1 Premiers changements sur les pratiques

Dans l'unité cognitive, les premiers changements observés se situent moins dans une transformation des pratiques de soin que dans une reconfiguration fine des routines : ce qui reste identique (protocoles et tournées) cohabite avec de nouvelles exigences (tablette, réactivité, traces à compléter). Autrement dit, l'outil s'ajoute à l'organisation existante, tout en déplaçant certains réflexes sur le terrain.

→ Stabilité des protocoles et des rondes

Du point de vue de l'encadrement, l'arrivée des capteurs n'a pas remplacé les règles déjà en vigueur. Une gestionnaire rappelle qu'« *avant les capteurs de chute, on a un protocole*

à respecter » (**G2**) et confirme que ce protocole n'a pas été modifié : *« il n'a pas changé* » (**G2**).

Ce maintien se retrouve aussi dans les propos des préposés, qui décrivent une continuité dans l'organisation des rondes. « *C'est sûr qu'on continue encore nos tournées* » (**PAB-E1**), et plusieurs confirment que le rythme reste le même : « *je continue à faire mes tournées pareilles* » (**PAB-E7**) ; « *oui* » (**PAB-E6**). Même lorsqu'aucune chute n'a encore été vécue depuis l'installation, l'idée reste la même : « *on a quand même le même protocole à suivre s'il y a une chute* » (**PAB-E3**).

Ces extraits situent bien le contexte du démarrage : le dispositif n'efface pas les pratiques existantes ; il s'insère dans un cadre déjà structuré.

→ **Réorganisation des pratiques autour de la tablette**

Là où un déplacement se fait sentir, c'est dans l'intégration d'un nouvel outil au quotidien. Plusieurs participants reviennent sur un même point : l'obligation de garder la tablette avec soi. Un préposé résume l'idée simplement : « *à part avoir la tablette sur nous, non… je ne vois pas trop de modification* » (**PAB-E1**). Mais ce détail devient central dans l'unité, justement parce qu'il n'était pas automatique avant. Une gestionnaire souligne que les préposés « *n'étaient pas nécessairement habitués à travailler avec ça* » en continu : auparavant, pendant les bains ou les soins, ils faisaient souvent leur rapport après, « *mais là… ils n'ont pas le choix de toujours traîner leur tablette avec eux* » (**G2**).

Sur le terrain, cette adaptation est décrite aussi comme un apprentissage progressif. Pour certains, ce n'est « *pas tant pire* », mais « *il faut juste s'habituer* » (**PAB-E1**). Pour d'autres, c'est même présenté comme « *un grand défi* » parce qu' « *on n'est pas habitués* » (**PAB-E1**). Une préposée souligne bien la logique d'ajustement : « *la seule chose qui change… c'est de l'avoir en tout temps sur nous… c'est un petit peu compliqué parce qu'on n'y pense pas* » (**PAB-E3**). Mais elle montre aussi que les alertes créent, peu à peu, un nouveau réflexe : « *ça nous fait réfléchir : "oh ok, il faut que j'aille avec ma tablette avec moi* » (PAB-E3).

Même chez ceux qui jugent que cela ajoute un plus, l'idée d'adaptation ressort : « *dans un sens oui, parce que si on n'est pas habitué… mais avec le temps… ça ira mieux* » (**PAB-E5**).

→ **Structuration du circuit d'alerte et de la consignation**

Au-delà du fait de porter la tablette, le dispositif amène aussi une séquence plus explicite : repérer une alerte, vérifier, puis laisser une trace. Dans les propos des préposés, la logique est claire : lorsqu'une alerte survient, « *il faut y aller* » (**PAB-E2**), même s'ils sont occupés ailleurs : « *on ne peut pas finir ce qu'on fait… il faut que quelqu'un y aille… aussitôt ça sonne, il faut y aller* » (**PAB-E2**). Ce passage montre que l'outil vient renforcer une posture de vigilance, en imposant une priorité à la vérification lorsqu'un signal apparaît.

Après la vérification, la trace devient une étape systématique, y compris quand il n'y a pas eu de chute. Une préposée explique que « *même si on voit que ce n'est pas une chute, on remplit le formulaire, puis on l'enregistre* » (**PAB-E3**). Une autre précise que, même pour une alerte jaune, « *il faut l'enregistrer pareil pour dire qu'il n'y a pas eu de chute* » (**PAB-E2**). Et lorsqu'il n'y a pas de chute, la logique est de répondre comme si c'était le cas, puis d'expliciter : « *on remplit quand même… on met un non partout… et on écrit qu'il n'y a pas de chute* » (**PAB-E6**).

Ainsi, les premiers changements observés ne se situent pas dans une refonte du protocole de chute, mais dans une formalisation plus systématique de la réponse aux alertes (vérification et consignation), ce qui participe à structurer l'intégration du dispositif dans le quotidien.

5.2.4.2 Apports perçus

Les apports attribués au dispositif sont surtout formulés comme une capacité à repérer plus vite, à réduire le délai d'intervention, et à sécuriser des situations où la demande d'aide

n'est pas toujours exprimée. Même si le système est encore en période de mise en place, plusieurs acteurs y voient déjà un plus parce qu'il renforce la vigilance dans un secteur vaste et difficile à surveiller en continu.

Un premier apport concerne la rapidité de repérage, décrite comme un gain de vigilance dans une unité où l'équipe ne peut pas tout voir en même temps. Une gestionnaire souligne que « *les préposés sont avisés dans les 45 secondes* » (**G2**) et que cela « *limite… le temps de réaction* » (**G2**). Au-delà de la chute visible, l'intérêt est aussi de repérer une situation qui aurait pu passer inaperçue, notamment lorsque la personne se relève seule : « *des fois les gens sont capables de se relever tout seuls, et ça se peut qu'on ne sache jamais que la personne est tombée. Tandis que là… on sait qu'il y a peut-être une possibilité de chute* » (**G2**). Cette alerte devient alors un repère pour aller vérifier et, au besoin, rester attentif par la suite : « *c'est… pour un suivi avec le résident… surveiller… dans les heures qui vont suivre… des douleurs… est-ce qu'il va boiter…* » (**G2**). Les préposés expriment la même idée avec un vocabulaire plus direct : le dispositif *« va nous mettre plus alertes* » (**PAB-E1**), et peut même aider à repérer des moments de « *faiblesse ou de détresse* » en facilitant la tâche (**PAB-E1**). Dans un secteur où les tournées ne garantissent pas une surveillance continue, une PAB rappelle que « *ça ne peut même pas prendre deux minutes… je vais passer, puis il va arriver quelque chose* » (**PAB-E2).** Dans cette logique, être avisé par une notification est perçu comme une façon de réduire l'angle mort entre deux passages.

Un second apport, central en contexte cognitif, concerne le fait que la détection ne dépend pas d'un appel. Une préposée résume clairement : « *vu que c'est cognitif… s'ils tombent, ils ne penseront pas à sonner… ça nous aide* » (**PAB-E2**). Une autre insiste sur l'importance d'être averti rapidement auprès de résidents moins autonomes : « *s'il y a eu des chutes, c'est bien qu'on soit averti tout de suite* » (**PAB-E5**). Elle donne d'ailleurs un exemple concret : « *on a une madame qui a été envoyée à l'hôpital* » (**PAB-E5**), en précisant que la personne *« n'est pas apte à appeler* » et que même si elle crie, « *on ne l'entendra pas* », en raison de l'emplacement du bureau (**PAB-E5**). Plusieurs situent aussi le délai d'intervention comme un gain tangible. Un préposé estime le délai de signalement à « *entre*

30 secondes et 1 minute » (**PAB-E1**). Une autre mentionne « *entre 45 secondes et une minute… parce qu'il faut courir* » (**PAB-E5**). Même en restant prudents sur la précision, ces extraits traduisent un apport vécu : le système permet de déclencher une vérification plus tôt que ce qui serait possible si l'on devait attendre la prochaine ronde.

Un autre apport relevé concerne la localisation : savoir où aller sans perdre du temps à chercher. Un préposé confirme que l'information de la chambre s'affiche : « *oui, oui, exact* » (**PAB-E1**). Dans le même sens, une préposée compare avec les outils précédents : « *c'est plus adéquat ici au cognitif que… notre ancien pager… là, c'est très précis… salle de bain 016… on sait directement elle est où la personne. On ne cherche pas* » (**PAB-E3**). Une autre formule également l'amélioration de manière globale : « *avant… sauf si la personne sonnait… on allait voir… sinon… on fait les tournées… c'est peut-être une heure plus tard qu'on pouvait constater… Dans ce sens… oui ça améliore nos interventions* » (**PAB-E4**). Ainsi, l'apport ne réside pas seulement dans détecter, mais aussi dans le fait d'orienter l'intervention plus rapidement, surtout dans un espace grand et difficile à couvrir d'un seul regard.

Enfin, certains extraits relient directement l'intérêt du dispositif aux caractéristiques physiques de l'unité. Une PAB rappelle que le corridor est très long et qu'il est « *impossible… d'avoir une vue ou d'entendre les chambres à l'extrémité* » ; dans ce contexte, elle trouve « *intéressant d'avoir des notifications… d'être mis au courant par la tablette* » (**PAB-E7**). Cette remarque illustre bien le sens donné au dispositif dans l'extension : il devient un œil supplémentaire dans un environnement où l'observation directe et continue est limitée.

En période de mise en place, ces apports sont surtout décrits comme un gain de vigilance et de rapidité d'action, particulièrement pertinent dans un secteur où l'appel volontaire et le repérage immédiat ne sont pas garantis.

5.2.4.3 Limites et irritants observés

Les propos recueillis pointent surtout une difficulté centrale : l'outil déclenche encore beaucoup de signaux imparfaits, ce qui oblige les équipes à trier, vérifier, puis documenter, parfois pour des situations qui ne correspondent pas à une chute réelle.

→ Sensibilité du système et fausses alertes

La limite la plus fréquemment évoquée porte sur la sensibilité du dispositif, qui génère des alertes alors qu'aucune chute n'a eu lieu. Un préposé décrit ce décalage de façon très directe : *« le système est très sensible. Il y a beaucoup de fausses chutes, de fausses alertes* » (**PAB-E4**). Il ajoute que, depuis qu'il travaille avec, il n'a « *pas encore vu une alerte où… c'était vrai* » (**PAB-E4**), et illustre la scène : « *Généralement quand ça sonne… le résident est même assis… étonné de nous voir* » (**PAB-E4**).

D'autres préposés relaient la même impression, en décrivant des alertes déclenchées par des postures ordinaires : « *des résidents… aiment beaucoup se pencher. Donc là, ça sonne beaucoup… pour rien* » (**PAB-E3**) ; ou encore : « *il dit qu'il y a une chute, mais il n'y a pas de chute… quand quelqu'un bouge ou… est assis…* » (**PAB-E6**). Une autre mentionne une situation typique : « *elle était penchée de son fauteuil… j'ai eu une alerte, mais elle n'était pas tombée* » (**PAB-E2**).

Cette sensibilité devient problématique parce qu'elle peut, à terme, affecter la vigilance. Un préposé formule explicitement ce risque : « *à force de faire les fausses alertes… il y en a qui vont finir par penser que s'en est une tout le temps… et ne vont même pas se dépêcher d'y aller* » (**PAB-E4**). Un autre exprime la même inquiétude en parlant de confiance : si ce n'est « *pas arrangé… les gens vont perdre la confiance… et négliger le fait d'y aller* » (**PAB-E6**). Autrement dit, ce n'est pas seulement l'existence des fausses alertes qui pèse, mais leur effet potentiel sur la réactivité.

→ **Effets de contexte**

Plusieurs extraits montrent que ces fausses alertes sont aussi alimentées par le contexte matériel de l'unité au moment des entretiens : rénovations, chambres inoccupées, circulation de travailleurs. Une préposée explique par exemple que « *la 16… alerte une chute tout le temps, mais c'est la madame de la peinture… il n'y a pas de résident là-dedans* » (**PAB-E2**). Un autre signale que certaines alertes surviennent dans des chambres libres : « *il y a pas mal de chambres… libres… » et « il y a eu des mouvements* » (**PAB-E5**).

Ce type de contexte rend l'interprétation moins évidente, surtout lorsque le système signale une chambre vide : « *Comment une chambre qui n'est pas occupée… signale une alerte ? … c'est assez bizarre* » (**PAB-E4**). Un autre préposé décrit la même perplexité : *« j'ai reçu une notification… je suis arrivée… il dormait* » (**PAB-E7**).

S'ajoutent enfin des alertes liées à l'état du dispositif : « *détecteur non fonctionnel* » (**PAB-E2**), ou la nécessité de rallumer : « *des fois des bugs… faut… aller brancher, le débrancher* » (**PAB-E2**). Ces situations n'invalident pas le projet, mais elles montrent qu'au moment des entretiens, le système évolue dans un environnement où le signal n'est pas toujours clair.

→ **Défis d'appropriation en situation de travail**

Au-delà de la technologie, certaines limites tiennent à l'appropriation dans le rythme réel des soins. Un premier défi souvent mentionné est la portabilité de la tablette. Un préposé résume simplement : « *Transporter la tablette* » (**PAB-E1**), en précisant que ce n'est pas un réflexe : « *je ne suis pas habituée de transporter une tablette* » (**PAB-E1**). Une autre souligne que « *ça… peut être handicapant »* selon les moments, par exemple *« pendant l'heure du souper* » (**PAB-E6**). Elle ajoute un détail très concret : les cordons qui facilitent le transport : « *on les perd tout le temps… du monde… détache les cordons* » (**PAB-E6**), ce qui rend l'objet moins portable qu'il devrait l'être. Ces défis ne remettent pas forcément en cause l'intérêt du dispositif, mais elles rappellent que son efficacité dépend aussi d'un geste simple : l'avoir sur soi au bon moment.

Au final, ces limites décrivent surtout un début de déploiement : un dispositif jugé prometteur, mais encore à stabiliser pour réduire les fausses alertes et s'intégrer sans friction au quotidien du Phare 0.

5.2.5 Premières retombées observées

Les premiers retours s'inscrivent dans un contexte où le dispositif est encore en ajustements. Ils donnent néanmoins accès à des effets déjà visibles sur le terrain, tant sur plan humain que sur le plan organisationnel.

5.2.5.1 Impacts humains associés

Dans cette phase encore récente, les entretiens ne permettent pas toujours de parler de retombées installées au sens plein. En revanche, ils font déjà ressortir des effets humains perceptibles, liés surtout à l'idée d'une détection plus rapide et à la possibilité d'éviter qu'une situation passe inaperçue trop longtemps.

→ Sentiment de sécurité et apaisement

Dans l'unité cognitive, l'un des premiers effets rapportés est une forme de sécurisation qui tient plus à l'idée d'être averti plus tôt. Un préposé l'exprime avec des mots simples : « *c'est un peu apaisant de savoir que s'il y a une chute, ça va détecter et qu'on ne va pas le découvrir une heure après* » (**PAB-E6**). Il ajoute que cela lui paraît « *plus sécuritaire pour les résidents* » et potentiellement « *rassurant pour les familles* » (**PAB-E6**).

Ce même sentiment ressort chez une autre préposée, qui dit continuer ses tournées comme avant, mais avec un petit plus sur le plan humain : « *moi, ça me sécurise un peu* » (**PAB-E7**). Ce type de formulation est intéressant, parce qu'il montre un effet discret, mais réel : le dispositif n'a pas besoin d'avoir tout changé pour être déjà ressenti.

→ **Relation de confiance**

Les entretiens suggèrent aussi un effet lié à la relation de confiance, surtout du point de vue des gestionnaires. Une gestionnaire associe directement le temps de réaction à un gain de confiance : « *c'est rassurant… au niveau de la relation de confiance… les familles vont peut-être avoir plus confiance en notre personnel avec ce genre de technologie-là* » (**G2**).

Elle va plus loin en rappelant l'enjeu moral et relationnel du secteur : « *les familles nous confient leurs parents… ce projet-là… va nous aider à avoir… de la confiance des familles aussi* » (**G2**). L'intérêt ici, c'est que la confiance n'est pas présentée comme un bonus abstrait : elle est rattachée à quelque chose de très concret, la promesse d'une réaction plus rapide.

→ **Limitation des complications**

La rapidité d'intervention est aussi décrite comme une façon de limiter les complications lorsqu'une chute survient. La gestionnaire rappelle que l'intervention rapide compte « *pour limiter aussi les dégâts* » (**G2**), en évoquant des risques possibles (exemple : tête, hanche). Elle explicite même l'enjeu temporel : « *si on attendait 45 minutes… il peut y avoir des problèmes reliés à ça* » (**G2**). Et même si la phase est encore en stabilisation, elle note qu'à ce stade, « *il n'y a pas eu de gens qui sont allés à l'hôpital ou des trucs qui ont mal viré* » (**G2**), ce qui s'inscrit dans une lecture prudente : pas une preuve, mais un signal rassurant dans le récit des acteurs.

Ces effets se prolongent aussi dans l'organisation du secteur pris dans son ensemble.

5.2.5.2 Effets organisationnels perceptibles

Même si le déploiement est encore jeune, et, au-delà des ajustements dans les gestes du quotidien mentionnés plus haut, on voit déjà se dessiner quelques effets sur l'organisation globale du secteur. Ce n'est pas seulement une question de porter la tablette : on voit

comment le repérage, l'intervention et la transmission d'information se structurent, en arrière-plan.

Concrètement, le dispositif renforce la capacité collective de repérage dans une unité décrite comme assez grande : même si un événement survient entre deux passages, l'équipe peut être avisée plus tôt, plutôt que de dépendre uniquement du moment de la tournée. Cette logique se traduit aussi par une réactivité plus structurée : lorsque l'alerte est reçue, « *direct, quand on a l'alerte, on y va… c'est en secondes* » (**PAB-E3**), ce qui ancre l'intervention dans un signal partagé et non dans une découverte tardive.

Une autre retombée concerne la formalisation du suivi. Dans les discours, l'alerte ne remplace pas la procédure habituelle, mais elle rend plus explicite une séquence organisationnelle : aller voir d'abord, puis documenter et transmettre. Un préposé résume cette logique : « *il faut aller voir la personne d'abord. Après, on fait la procédure de l'annexe 12… pour expliquer la chute… et transmettre aussi l'information aux autres intervenants qui rentrent* » (**PAB-E5**). Dans le même sens, le protocole de chute demeure un cadre de référence mobilisé pour les situations critiques (exemple : hypoglycémie, traumatisme) où « *on n'a pas le choix* » d'agir rapidement et d'orienter vers l'hôpital lorsque nécessaire (**PAB-E1**). Autrement dit, le dispositif s'insère dans un fonctionnement déjà normé, tout en renforçant la traçabilité et la circulation d'informations utiles à la continuité des soins, y compris lorsque l'alerte ne correspond pas à une chute : « *on écrit dans les commentaires… et on écrit qu'il n'y a pas de chute* » (**PAB-E6**).

Plusieurs extraits suggèrent également une retombée en termes de soutien au travail plutôt qu'en surcharge. Une gestionnaire insiste sur le fait que ce dispositif n'ajoute pas une tâche de trop : « *ce n'est pas un surplus de tâches… ce n'est pas un rapport de plus… je dirais même que c'est un plus* » (**G2**). Du côté des préposés, cette idée est reprise de façon plus directe : « *ça va nous donner un grand coup de main* » (**PAB-E1**) et « *ça complète la façon de travailler… ça allège un peu les tâches* » (**PAB-E4**). Ces éléments montrent que, dans l'extension, l'apport du dispositif se lit moins comme un changement radical des soins. Il est assimilé à une capacité organisationnelle supplémentaire : mieux repérer, intervenir de

façon plus structurée, documenter et transmettre de façon plus constante dans un secteur où la surveillance continue est difficile à assurer.

Malgré le fait que l'extension soit encore récente, on voit déjà ce qu'elle change. Mais ces effets ne disent pas encore tout : ils n'expliquent pas, à eux seuls, jusqu'où le dispositif est réellement adopté.

5.2.6 Bilan provisoire de l'acceptabilité

À ce stade, l'acceptabilité de l'extension ne peut pas être lue comme un bilan figé, puisque le dispositif vient d'être implanté et que l'unité est encore dans une phase de test. Les entretiens permettent toutefois de cerner une adhésion qui se construit : globalement favorable, mais encore conditionnelle dans la façon dont l'outil est investi au quotidien.

→ Adhésion au principe

Dans l'unité cognitive, plusieurs propos traduisent une acceptabilité de base : le dispositif est accueilli comme un appui supplémentaire, jugé pertinent dans un secteur où la surveillance continue est difficile à assurer et où l'appel volontaire à l'aide n'est pas garanti. Du côté de l'encadrement, cette adhésion est formulée de manière très affirmée. Une gestionnaire indique qu'elle recommanderait « *à 100 %* » cette technologie, en ajoutant que, même si elle est mobilisée ici pour les chutes, « *ça va au-delà de ça* » (**G2**). Cette posture illustre une acceptabilité portée par la conviction que l'outil a une valeur ajoutée réelle pour le milieu.

→ Acceptabilité chez les résidents

Dans l'unité cognitive, l'acceptabilité ne se formule pas toujours directement du côté des résidents, mais elle se repère à travers leurs réactions et les ajustements nécessaires afin d'assurer une compréhension minimale du dispositif. Elles renvoient directement à l'enjeu de communication évoqué plus haut lors du démarrage. Certains cas montrent que l'arrivée

des capteurs peut d'abord être interprétée comme une forme de surveillance. Dans ces situations, l'enjeu n'est pas tant un refus explicite. Il s'agit plus d'un malaise alimenté par une lecture erronée, qui peut générer stress et agitation. Les entretiens suggèrent toutefois que cette acceptabilité peut se consolider, au prix d'un travail d'explication répété. Autrement dit, dans ce secteur, l'acceptabilité se construit souvent avec les résidents, plutôt que d'être acquise d'emblée.

→ **Fiabilité et confiance comme points de bascule**

En parallèle, l'acceptabilité se joue aussi dans la confiance accordée aux alertes, et donc dans la crédibilité pratique du dispositif. Comme le système vient d'être installé, cette confiance reste prudente et évolutive. Certains préposés expriment une impression globale de fonctionnement : « *oui, il fonctionne* » (**PAB-E1**) ou encore « *à date, ça marche quand même bien* » (**PAB-E2**). Une préposée souligne même qu'elle n'a « *aucune affaire à dire* » contre le fonctionnement (**PAB-E3**). Ces formulations témoignent d'une acceptabilité plutôt favorable, souvent liée au fait que le dispositif réagit et qu'il est utilisable.

À l'inverse, d'autres propos traduisent une adhésion plus réservée, lorsque la cohérence des alertes est remise en doute. Un préposé résume cette réserve sans détour : « *on ne peut pas encore se fier à ça à 100 %... pour l'instant c'est peut-être 5 %* » (**PAB-E4**). L'enjeu n'est pas seulement technique : il touche directement le réflexe d'intervention. Le même participant souligne qu'à force de fausses alertes, « *il y en a qui vont finir par penser que c'en est une tout le temps* » et que certains risquent de moins se dépêcher (**PAB-E4**). Dans cette logique, l'acceptabilité n'est pas qu'une opinion sur la technologie : elle dépend de la confiance que l'équipe peut lui accorder, au point de s'y fier rapidement, sans douter d'avance.

Cette posture se retrouve aussi dans une forme d'adhésion sous condition. Un préposé résume bien ce rapport nuancé : « *Si on améliore, ce serait une très bonne chose* » (**PAB-E4**). Autrement dit, l'outil est reconnu comme prometteur, mais son acceptabilité reste liée à sa stabilisation et à la réduction des éléments qui brouillent la lecture des alertes.

Dans l'ensemble, l'acceptabilité de l'extension apparaît globalement favorable, mais encore en construction : elle tient lorsque l'outil est perçu comme utile et cohérent, et elle se fragilise lorsque la confiance dans les alertes reste incertaine. Autrement dit, à ce stade, l'adhésion se joue autant dans le sens donné au dispositif que dans la fiabilité ressentie au quotidien.

Dans l'unité cognitive, l'extension se lit comme une mise en place encore en cours : l'outil trouve rapidement son sens, mais il demande du temps pour se stabiliser. À ce stade, ce qui ressort surtout, c'est une adhésion plutôt positive au principe, avec une acceptabilité qui reste conditionnelle à la mise au point du quotidien.

5.3 SYNTHESE DES RESULTATS

La présente synthèse reprend les principaux constats dégagés des deux phases du projet, afin de faire ressortir de manière comparative les éléments importants du pilote et de l'extension. Elle vise à offrir une lecture transversale des résultats avant leur mise en discussion au chapitre suivant.

Tableau 7

Synthèse des résultats

Rubriques	Phase Pilote	Phase d'extension
Paramètres contextuels	Projet déclenché par un besoin concret et circonscrit : chutes répétées chez une résidente du secteur autonome, proches à distance et présence d'une opportunité de financement. Le dispositif apparaît alors comme une solution nouvelle, peu connue localement, mais jugée pertinente dans une situation précise.	Déploiement orienté vers l'unité cognitive, où l'appel volontaire à l'aide est moins fiable et où le temps au sol constitue un enjeu plus critique. Le projet s'inscrit dans un environnement plus vaste, plus ouvert et plus exigeant sur les plans organisationnel et technique.
Mise en place/déploiement	Installation dans un seul appartement, avec activation progressive et ajustements ponctuels liés au fonctionnement réel du dispositif. Le pilote permet surtout de tester concrètement l'outil et d'en observer les premières conditions d'usage.	Déploiement sur plusieurs chambres, réalisé de façon progressive, avec visites, relevés, programmation et tests sur place. L'extension exige une mise en place plus lourde, davantage exposée aux contraintes du terrain et à la nécessité de stabiliser le fonctionnement.
Coordination et pilotage	Pilotage assuré autour d'un nombre restreint d'acteurs, avec un rôle relais important pour faire le lien entre la résidence, les proches et le fournisseur. L'enjeu principal est d'autoriser le projet et d'arrimer correctement le circuit d'alerte.	Pilotage plus partagé et plus exigeant, reposant sur une coordination constante entre le fournisseur, les gestionnaires et les équipes du terrain. L'extension suppose un suivi plus structuré, tant pour l'installation que pour la vérification des alertes et la continuité des repères dans l'unité.
Perceptions	Le dispositif est principalement perçu comme un filet de sécurité rassurant par la résidente équipée et ses proches. Les réserves proviennent surtout de personnes se percevant comme	Le dispositif est généralement perçu comme utile et relativement simple lorsqu'il est bien expliqué. Toutefois, dans l'unité cognitive, sa compréhension peut demeurer instable et, chez certains

Rubriques	Phase Pilote	Phase d'extension
	encore autonomes ou peu concernées par un tel besoin.	résidents, susciter des interprétations liées à la surveillance ou à l'intrusion.
Expérience vécue	Le quotidien est peu transformé dans son ensemble, mais certains ajustements apparaissent, tant dans les habitudes de la résidente que dans le calibrage du dispositif. L'expérience du pilote reste donc marquée par une adaptation légère, sans bouleversement majeur des routines.	Les pratiques de base demeurent globalement stables, mais l'outil introduit de nouveaux réflexes dans le travail quotidien : transport de la tablette, vérification rapide des alertes, consignation systématique. L'expérience vécue est plus opérationnelle et encore en phase de stabilisation.
Retombées/ effets observés	Les effets perçus sont surtout humains et relationnels : rassurance, paix d'esprit, sentiment de sécurité accru pour la résidente et son entourage. Sur le plan organisationnel, les retombées demeurent plus modestes, mais on observe déjà un meilleur repérage des situations et une certaine structuration du suivi.	Les effets observés sont davantage organisationnels et opérationnels : repérage plus rapide, meilleure localisation, soutien accru à la vigilance et à la transmission d'informations. Les retombées humaines sont présentes, mais apparaissent encore en consolidation dans un contexte d'implantation récent.
Acceptabilité	L'acceptabilité est globalement favorable chez les acteurs directement concernés, mais elle demeure conditionnelle. Elle repose sur la reconnaissance du besoin, la confiance dans le dispositif, son arrimage au quotidien et, pour certains, la question du coût ou du profil visé.	L'acceptabilité est positive sur le principe, mais encore en construction. Elle dépend fortement de la fiabilité perçue des alertes, de la compréhension du dispositif par les acteurs et de sa capacité à s'intégrer sans trop de friction au fonctionnement réel de l'unité.

Source : Élaboré par l'auteure, 2026.

CHAPITRE 6
DISCUSSION

Ce chapitre vise à interpréter les résultats à la lumière de la recension des écrits, du contexte du problème étudié, de la problématique formulée et de la grille d'interprétation retenue. Il ne s'agit donc pas de reprendre simplement les constats empiriques, mais de montrer ce qu'ils révèlent du rôle des parties prenantes dans la gestion du changement associé à l'implantation d'un système mural de détection des chutes en résidence pour personnes âgées. Cette lecture est guidée par la question principale de recherche : Quel est le rôle des parties prenantes dans la gestion du changement organisationnel associé à l'implantation d'un système mural de détection des chutes en résidence pour personnes âgées ? ; ainsi que par les cinq sous-questions qui en découlent.

Dans cette perspective, la discussion met d'abord en évidence l'apport central des parties prenantes dans le pilotage, l'appropriation et la stabilisation du changement. Elle répond ensuite, de manière structurée, aux différentes sous-questions de recherche. Enfin, elle revient sur la manière dont les résultats dialoguent avec les cadres théoriques mobilisés dans ce mémoire, notamment la théorie de la contingence et la configuration du changement de Babineau and Lessard (2015), en articulation avec les travaux sur l'acceptation technologique, la gestion du changement, la culture organisationnelle, le leadership et l'implication des parties prenantes.

6.1 REPONSE A LA QUESTION PRINCIPALE DE RECHERCHE

La discussion permet de répondre de manière claire à la question principale. Les résultats montrent que les parties prenantes n'occupent pas une place périphérique dans l'implantation du système mural de détection des chutes ; elles en constituent au contraire l'un des ressorts principaux. Leur rôle se manifeste à plusieurs niveaux : elles contribuent à donner sens au projet, à en éprouver la faisabilité concrète, à en ajuster les usages au quotidien, à légitimer sa présence dans le milieu et à conditionner les possibilités d'extension du dispositif. En ce sens, les résultats rejoignent la perspective de Freeman (1984) et du PMI (2013), selon laquelle les parties prenantes doivent être considérées comme des acteurs capables d'affecter le projet ou d'en être affectés de manière décisive, et non comme de simples destinataires d'une décision technique.

Ce rôle apparaît toutefois comme distribué et évolutif. Il ne se joue pas de la même façon dans la phase pilote et dans la phase d'extension. Dans le pilote, l'appropriation du système se construit d'abord autour d'un besoin clairement identifié, centré sur une résidente du secteur autonome et sur l'inquiétude de proches qui ne peuvent pas être présents en permanence. Le cercle des acteurs impliqués demeure relativement resserré, ce qui facilite la clarification du besoin, l'explication du dispositif et l'ajustement progressif des usages. À l'inverse, l'extension dans l'unité des troubles cognitifs déplace le problème vers un espace plus large, plus dense et plus complexe, où les préposés, les gestionnaires, les familles et le fournisseur doivent coordonner leurs attentes dans un contexte où l'appel volontaire à l'aide n'est pas toujours possible et où la surveillance continue est plus difficile à assurer.

Autrement dit, les parties prenantes n'interviennent pas seulement pour accepter ou refuser l'innovation. Elles participent à définir ce qui fait qu'un tel dispositif devient, ou non, un outil pertinent dans le milieu. Les résultats montrent ainsi que le changement ne repose ni sur la seule qualité technique du système, ni sur la seule volonté de la direction. Il se joue dans l'ajustement entre les caractéristiques du dispositif, les pratiques de soins existantes, les représentations des acteurs et les conditions concrètes d'implantation. Cette idée rejoint à la

fois les travaux sur la transformation numérique en santé, qui insistent sur l'importance des conditions organisationnelles et humaines du déploiement, et la littérature sur la gestion du changement, qui montre que l'adhésion se construit dans l'interaction entre les acteurs, les routines et le contexte (Greenhalgh et al., 2017; Warrick, 2023; Zhang et al., 2022).

6.2 REPONSES AUX SOUS-QUESTIONS DE RECHERCHE

La réponse à la question principale gagne à être approfondie à la lumière des différentes questions de recherche qui ont structuré la démarche. Chacune d'elles est donc examinée de manière plus précise, afin de mettre en évidence les principaux constats issus du terrain.

Sous-question 1 : Comment les résidents, leurs proches et le personnel perçoivent-ils l'implantation du système ?

Les résultats montrent d'abord que les perceptions du dispositif sont différenciées selon les groupes d'acteurs, ce qui confirme les travaux selon lesquels les parties prenantes n'évaluent pas une innovation à partir des mêmes critères ni des mêmes intérêts (Aaltonen, 2011; Nguyen et al., 2019). Dans le cas présent, les résidents, les proches, le personnel de soins et les gestionnaires ne lisent pas le projet à partir d'un même horizon d'attente. Chacun le rapporte à ses préoccupations propres, à sa proximité avec le risque de chute et à la manière dont le système affecte sa réalité quotidienne.

Du côté des résidents et des proches, la perception du système est d'abord structurée par l'enjeu de sécurité. Dans la phase pilote, la valeur du dispositif est fortement liée à la promesse d'une intervention rapide en cas de chute et à la réduction du temps passé au sol, lequel représente un facteur critique de complications chez les personnes âgées (Johnston et al., 2010; Kubitza et al., 2023). Les propos recueillis montrent que le système est perçu comme rassurant lorsqu'il répond à une peur déjà présente et concrète. Cette perception est cohérente avec le Technology Acceptance Model de Davis (1989), dans la mesure où l'utilité perçue du système apparaît ici comme un levier déterminant de son acceptation. Elle rejoint

aussi la théorie de Rogers (1995), puisque l'avantage relatif du dispositif devient visible dès lors qu'il permet de faire mieux que la simple surveillance humaine intermittente.

Par ailleurs, les résultats invitent à ne pas limiter l'interprétation de l'acceptation aux seules dimensions de l'utilité perçue ou de l'avantage relatif. La phase pilote laisse aussi entrevoir l'effet de l'influence sociale, au sens de Venkatesh et al. (2003), c'est-à-dire du poids exercé par des personnes jugées importantes dans la décision d'accepter ou non une technologie. Dans le cas de la résidente pilote, l'appui de l'entourage, et plus particulièrement d'un proche sensibilisé aux enjeux de l'innovation, semble avoir contribué à rendre le dispositif plus recevable et à créer une disposition plus favorable à son implantation. L'acceptation initiale du système ne s'est donc pas construite uniquement à partir des caractéristiques perçues de l'outil, mais aussi dans un cadre relationnel où la confiance accordée à certains proches a joué un rôle d'appui.

Chez le personnel de soins, la perception est plus ambivalente et plus pratique. Les préposés ne jugent pas seulement le système à partir de son intention ou de sa finalité. Ils l'évaluent à partir de ses effets sur le rythme du travail, sur les gestes à accomplir, sur la fluidité des rondes, sur la crédibilité des alertes et sur l'effort supplémentaire qu'il exige. Cette lecture confirme les apports d'UTAUT : l'attente de performance ne suffit pas ; l'attente d'effort et les conditions facilitantes influencent aussi l'intention d'usage et l'usage effectif (Venkatesh et al., 2003). Dans l'extension, par exemple, plusieurs participants reconnaissent l'intérêt du système dans un secteur cognitif où les résidents ne peuvent pas toujours appeler à l'aide, mais cet intérêt est rapidement nuancé par les fausses alertes, le transport de la tablette et la nécessité de vérifier puis de documenter chaque signal. Autrement dit, une technologie peut être jugée utile sur le principe tout en étant accueillie avec prudence dans l'usage réel.

Les gestionnaires, pour leur part, semblent davantage lire le dispositif à partir d'une logique de pertinence organisationnelle. Le système est perçu comme un outil susceptible de renforcer la rapidité de réaction, de soutenir la qualité des soins, d'améliorer la confiance des familles et de structurer la continuité du suivi. Cette posture rejoint les travaux montrant que

les cadres évaluent plus l'innovation en fonction de sa contribution aux objectifs institutionnels, à la coordination et à la sécurité (Garavand et al., 2016). Elle ne signifie pas que leur adhésion soit inconditionnelle ; elle montre plutôt que leur perception se construit à une autre échelle, plus stratégique que celle des usages quotidiens.

De manière plus générale, les résultats confirment aussi l'importance de la cohérence et de la légitimité du projet dans la formation des perceptions. La théorie des processus de normalisation dont parlent Carl R. May et al. (2018) est éclairante ici : l'intégration d'une innovation suppose que les acteurs comprennent le sens de la démarche, la jugent légitime et disposent d'un soutien réel. Or, les données recueillies montrent que le système est mieux perçu lorsqu'il est introduit comme une réponse à une vulnérabilité concrète du milieu, par exemple l'impossibilité pour les résidents cognitifs d'appeler à l'aide, que lorsqu'il apparaît comme un outil encore instable ou mal intégré aux pratiques existantes. Ainsi, les perceptions ne relèvent pas seulement des propriétés techniques de l'innovation ; elles se construisent à partir de la signification que les acteurs donnent au projet dans leur propre univers de travail ou de vie.

Sous-question 2 : Quels facteurs influencent l'acceptabilité sociale et organisationnelle du dispositif ?

Les résultats montrent que l'acceptabilité du dispositif est globalement favorable, mais qu'elle demeure fortement conditionnelle. Elle n'apparaît pas comme un jugement figé. Elle se construit progressivement, à partir de l'expérience concrète du projet, des ajustements réalisés et de la confiance accordée au système. Sur ce point, les résultats prolongent les travaux de Holden and Karsh (2010) selon lesquels l'acceptation d'une technologie résulte de facteurs cognitifs, émotionnels et organisationnels qui dépassent la seule dimension technique de l'outil.

Un premier facteur d'acceptabilité tient à la reconnaissance claire du besoin auquel le système répond. Dans le pilote comme dans l'extension, le dispositif est mieux accepté lorsqu'il correspond à un problème concret déjà identifié par le milieu : répétition de chutes,

vulnérabilité particulière d'une résidente, difficulté à entendre ou à repérer rapidement une chute dans une unité vaste, incapacité de certains résidents à appeler à l'aide. Lorsque le besoin est clair, la technologie trouve plus facilement son sens. Ce constat rejoint à la fois Davis (1989) sur l'utilité perçue et Rogers (1995) sur l'avantage relatif, mais aussi la littérature en santé numérique qui montre que l'adhésion se renforce lorsqu'un outil améliore visiblement la qualité ou la sécurité des soins (A. Boonstra & M. Broekhuis, 2010; Greenhalgh et al., 2017).

Un deuxième facteur tient à la fiabilité perçue du dispositif. Les résultats montrent nettement que l'acceptabilité se renforce lorsque les alertes sont perçues comme cohérentes et crédibles, mais qu'elle se fragilise lorsque les équipes doivent gérer un grand nombre de déclenchements non pertinents. Dans l'extension, les fausses alertes, la sensibilité du système, les chambres inoccupées, les travaux en cours ou encore certains dysfonctionnements techniques réduisent la confiance des usagers de première ligne. Cela confirme que, dans le champ de la santé, les technologies sont évaluées en fonction de leur capacité à soutenir les tâches sans créer d'incertitude supplémentaire, et que la fiabilité devient une condition majeure de l'intégration durable (Creswell, 2014; Kaplan, 2020).

Un troisième facteur d'acceptabilité concerne l'arrimage du système avec les pratiques de travail. Les résultats indiquent que l'outil est mieux accepté lorsqu'il s'insère dans les routines existantes sans les désorganiser profondément. Dans l'extension, les protocoles de chute et les tournées sont maintenus, mais le dispositif ajoute une séquence plus explicite de vérification, de consignation et de transmission de l'information. Cette observation est importante : elle montre que l'innovation est mieux reçue lorsqu'elle complète les pratiques plutôt qu'elle ne prétend les remplacer. Cela renvoie aux approches plus contingentes de la réussite des projets et au modèle 7S de McKinsey, qui insiste sur la nécessité d'aligner la solution avec les systèmes, les rôles et les habitudes du milieu (Arcand, 2011; Waterman et al., 1980).

Un quatrième facteur renvoie à la qualité de l'accompagnement. Les explications données au démarrage, la possibilité de poser des questions, la présence d'un soutien de

proximité et la capacité à ajuster le système en fonction du terrain semblent favoriser une acceptabilité plus stable. Ce constat rejoint les travaux sur la gestion des résistances, qui montrent que la communication, la participation, la formation et le soutien jouent un rôle central dans l'adhésion au changement (Hubbart, 2023; Laidoune et al., 2021; Sartori et al., 2018). Il rejoint également le modèle ADKAR, dans la mesure où l'adhésion au principe du changement ne suffit pas : il faut encore que les personnes comprennent ce qui est attendu, se sentent capables de l'intégrer et soient soutenues dans cet apprentissage (Hiatt, 2006).

Enfin, les résultats rappellent que l'acceptabilité est aussi socialement située. Elle dépend du type d'acteur, du niveau d'autonomie du résident, de la charge de travail du personnel, du rapport des familles au risque et du contexte matériel de l'unité. Dans le pilote, l'acceptabilité repose largement sur le sentiment de sécurité et de paix d'esprit. Dans l'extension, elle repose davantage sur une adhésion au principe, mais encore suspendue à la stabilisation du dispositif. Cette différence illustre bien que l'acceptabilité n'est pas une propriété abstraite de la technologie ; elle est une relation entre une innovation, un milieu et des acteurs qui la jugent à partir de leurs contraintes propres.

Sous-question 3 : Quels changements organisationnels et cliniques sont nécessaires pour intégrer efficacement le système ?

Les résultats montrent que l'intégration efficace du système ne suppose pas une rupture complète avec les pratiques existantes, mais plutôt une série d'ajustements organisationnels et cliniques qui permettent au dispositif de devenir opératoire dans le milieu. Ce point est central. Il confirme que l'implantation d'une technologie de santé ne relève pas seulement d'un déploiement matériel, mais d'un véritable travail d'intégration organisationnelle, comme le rappellent les écrits sur la transformation numérique en santé(Kokol et al., 2022; Zhang et al., 2022).

Sur le plan organisationnel, un premier changement nécessaire concerne la structuration du circuit d'alerte. Les données montrent qu'il ne suffit pas qu'une alerte soit émise ; encore faut-il que le personnel sache qui reçoit l'information, à quel moment, selon

quelle priorité et avec quelle suite immédiate. Dans le pilote, la limite du format de notification, visible seulement lorsqu'on consulte la tablette, montre que l'existence du signal ne garantit pas sa prise en charge rapide. Dans l'extension, l'obligation de porter la tablette et de documenter systématiquement les alertes révèle que l'intégration du système repose sur une redéfinition très concrète de certains gestes de travail. Ce constat rejoint la littérature de projet qui insiste sur l'importance des mécanismes de coordination et d'alignement entre la solution, les outils de travail et les routines existantes (Larson et al., 2019; PMI, 2017).

Sur le plan clinique, les résultats suggèrent que le système doit être pensé comme un outil complémentaire au jugement professionnel, et non comme un substitut aux protocoles de soins. Dans les deux phases, les équipes continuent leurs tournées et leurs procédures habituelles. L'innovation ne remplace donc pas le protocole de chute ; elle ajoute un signal supplémentaire susceptible de déclencher une vérification plus rapide. Cette coexistence est importante, car elle montre que l'intégration d'une technologie en santé passe moins par l'abandon des repères cliniques que par leur articulation avec de nouveaux moyens de surveillance. Les résultats prolongent ici les travaux de Greenhalgh et al. (2017) et de Creswell (2014), qui montrent que les innovations sont davantage intégrées lorsqu'elles respectent les logiques professionnelles du soin et s'ajustent au travail réel.

Un autre changement nécessaire concerne les ressources et les compétences. Les résultats montrent que la technologie exige de nouveaux réflexes, un minimum de familiarité numérique, des supports matériels adaptés et un environnement technique stable. Le simple fait de devoir porter une tablette, de comprendre les types d'alertes, de savoir quoi consigner et comment réagir montre que l'intégration du système passe aussi par une montée en compétence des équipes. Cette exigence rejoint la littérature sur les projets numériques en santé, qui souligne le poids des conditions facilitantes, des compétences disponibles et de la formation dans l'usage effectif des outils (Konttila et al., 2019; Venkatesh et al., 2003).

Enfin, les résultats mettent en évidence la nécessité d'un pilotage adaptatif. Les différences observées entre le pilote et l'extension montrent que le changement ne peut pas être conduit selon un modèle uniforme. Ce qui fonctionne dans une chambre pilote avec une

résidente autonome et des proches très impliqués ne se transpose pas automatiquement à une unité cognitive entière, marquée par des contraintes physiques, organisationnelles et humaines différentes. C'est précisément ce que met en lumière la théorie de la contingence : la réussite dépend de l'adéquation entre la solution, les ressources, les caractéristiques des usagers et les conditions du milieu (Donaldson, 2001; Lawrence & Lorsch, 1967; Mintzberg, 1982). Dans cette étude, l'intégration efficace du système suppose donc des ajustements contextuels continus plutôt qu'une simple reproduction du pilote à plus grande échelle.

Sous-question 4 : Quelles retombées humaines et organisationnelles sont associées à l'implantation du système ?

Les résultats mettent en évidence des retombées humaines et organisationnelles déjà perceptibles, mais encore inégalement stabilisées selon les phases du projet. Ils invitent en même temps à la prudence sur le plan économique, car l'étude ne mesure pas directement les coûts et les gains financiers, même si plusieurs éléments permettent d'en discuter de manière raisonnable à partir du terrain et de la littérature.

Sur le plan humain, la retombée la plus constante concerne le sentiment de sécurité. Dans le pilote, la résidente équipée et ses proches associent le système à une forme de paix d'esprit, de rassurance et de diminution du stress. Dans l'extension, les préposés et les gestionnaires évoquent eux aussi un apaisement lié au fait d'être avertis plus tôt et de ne pas découvrir une chute longtemps après les faits. Ces résultats s'inscrivent pleinement dans le contexte décrit au chapitre 2 : plus le temps passé au sol est long, plus les complications médicales et psychologiques peuvent être lourdes (Johnston et al., 2010; Kubitza et al., 2023). La technologie n'efface donc pas le risque de chute, mais elle transforme la manière dont le milieu peut y répondre, ce qui explique que ses effets soient d'abord ressentis en termes de sécurité et de confiance.

Une autre retombée humaine importante tient à la relation de confiance. Les proches rapportent une confiance accrue envers la prise en charge lorsque le dispositif semble favoriser une réaction plus rapide. Dans l'extension, les gestionnaires associent explicitement

cette rapidité à un gain de confiance des familles envers le personnel. Ce résultat est intéressant, car il montre que la technologie n'a pas seulement une valeur instrumentale. Elle peut aussi produire un effet relationnel, en renforçant l'impression que le milieu est mieux équipé pour protéger et suivre les résidents.

Sur le plan organisationnel, les résultats montrent surtout des effets de structuration. Dans le pilote comme dans l'extension, le système contribue à formaliser la séquence d'intervention : réception du signal, vérification, documentation, transmission. Dans l'extension, cette structuration devient particulièrement visible, car le dispositif s'insère dans une unité plus vaste, où l'équipe ne peut pas tout voir en continu et où les alertes viennent soutenir la vigilance collective. Les données suggèrent également que le dispositif peut renforcer la traçabilité et la continuité de l'information entre intervenants. De ce point de vue, les résultats rejoignent les écrits qui associent les technologies de santé à des gains potentiels d'efficacité organisationnelle, de coordination et de soutien au travail, à condition qu'elles soient bien intégrées au milieu (Gjellebæk et al., 2020; Mills et al., 2010; Gillian Strudwick, Lynn M. Nagle, et al., 2019).

Il faut cependant nuancer ces apports. Les bénéfices organisationnels ne sont pas linéaires. Les fausses alertes, les contraintes matérielles et les tâches de consignation supplémentaires rappellent que le système peut aussi produire des irritants et des surcharges temporaires lorsqu'il n'est pas encore stabilisé. Cela signifie que les retombées positives n'émergent pas automatiquement à partir de la seule mise en place de la technologie ; elles dépendent de sa fiabilité, de son arrimage aux routines et de la confiance qu'elle inspire dans l'action.

Sur le plan économique, enfin, l'étude ne permet pas de conclure à des gains chiffrés. C'est un point à assumer clairement dans la discussion. Les participants évoquent bien des effets qui, indirectement, peuvent avoir une portée économique : réduction potentielle des complications, interventions plus rapides, limitation du temps au sol, soutien à l'organisation du travail ; mais ces éléments restent surtout suggérés et non mesurés. Ce résultat est cohérent avec les constats de la littérature, qui soulignent l'importance d'évaluer les bénéfices

économiques et organisationnels des technologies de santé sans réduire leur valeur à des coûts immédiats ou à des promesses d'efficience difficilement vérifiables dans les premières phases d'implantation (Holtorf et al., 2024; Trowman et al., 2023a). En ce sens, le mémoire met surtout en lumière des conditions de valeur potentielle, plutôt qu'un bilan économique établi.

Sous-question 5 : Comment l'implication des parties prenantes peut-elle favoriser l'adhésion et la réussite d'un déploiement élargi ?

Les résultats montrent que l'implication des parties prenantes n'est pas un élément secondaire du changement ; elle en constitue une condition de réussite. Le passage du pilote à l'extension illustre très bien que le déploiement élargi d'un dispositif de ce type ne dépend pas seulement d'une preuve technique ou d'un premier essai concluant. Il dépend de la capacité du milieu à construire une adhésion collective suffisamment forte pour soutenir l'extension dans des conditions plus complexes.

Dans le pilote, l'implication des proches et la clarté du besoin jouent un rôle moteur. Le projet est porté par une situation singulière, ce qui facilite la compréhension du sens de la technologie et l'acceptation de son installation. Dans l'extension, l'implication doit devenir plus large et plus structurée. Elle ne peut plus reposer seulement sur la relation entre un proche, une résidente et quelques intervenants ; elle exige une mobilisation de l'équipe, un travail de coordination managériale et une capacité du fournisseur à ajuster le dispositif aux réalités du terrain. Cette évolution confirme que l'implication des parties prenantes ne vaut pas seulement au moment de l'acceptation initiale ; elle devient encore plus importante lorsque le projet change d'échelle.

Les écrits sur la gestion du changement vont dans le même sens. La participation et l'implication des acteurs réduisent les résistances lorsqu'elles permettent aux personnes concernées de ne pas être de simples destinataires, mais de véritables partenaires du changement (Laidoune et al., 2021; Long et al., 2024). Les résultats de l'étude montrent justement que l'adhésion se renforce lorsque les préoccupations du terrain sont reconnues,

lorsque les ajustements sont possibles et lorsque les équipes sentent que le projet tient compte de leur expérience concrète. À l'inverse, l'adhésion reste fragile lorsqu'un écart persiste entre les promesses du dispositif et la réalité de son usage quotidien.

Cette observation peut aussi être relue à partir de la configuration du changement de Babineau and Lessard (2015). Dans leur perspective, la réussite d'un changement dépend de la manière dont le projet est préparé, mis en œuvre, diffusé puis soutenu dans le temps. Or les résultats montrent que le pilote a surtout rempli une fonction de préparation et de mise à l'épreuve locale, tandis que l'extension met davantage à l'épreuve les dimensions de diffusion et de soutien. Ce déplacement est important : il signifie que la réussite d'un déploiement élargi exige non seulement une première acceptabilité, mais aussi des mécanismes durables de soutien, de formation, d'ajustement et de coordination.

Le modèle des préoccupations de Bareil, déjà réinvesti par Babineau et Lessard, aide aussi à interpréter la progression observée. Les données montrent que tous les acteurs ne se situent pas au même niveau de préoccupation au même moment. Certains en sont encore à comprendre l'utilité du système ; d'autres s'interrogent sur ses effets pratiques ; d'autres encore se montrent prêts à s'y engager davantage si la fiabilité s'améliore. Cette hétérogénéité confirme que l'adhésion ne peut pas être gérée de manière uniforme. Elle doit tenir compte du fait que les préoccupations se déplacent avec l'expérience, et que l'ouverture à l'apprentissage vient rarement dès le départ (Bareil, 2008; Bareil, 2004).

Enfin, l'implication des parties prenantes favorise le déploiement à grande échelle lorsqu'elle s'appuie sur une gouvernance claire, un leadership de proximité crédible et une culture suffisamment ouverte à l'ajustement. Les résultats montrent que les gestionnaires jouent ici un rôle de traduction et de légitimation, tandis que les préposés jouent un rôle d'appropriation pratique décisif. Cette complémentarité rejoint la littérature sur le leadership numérique et transformationnel, qui insiste sur la capacité des leaders à donner une direction, à soutenir les équipes et à maintenir l'engagement dans des contextes de transformation profonde (Kludacz-Alessandri et al., 2025; Laukka et al., 2022; Tagscherer & Carbon, 2025). En d'autres termes, l'implication des parties prenantes favorise la mise à l'échelle lorsqu'elle

permet de relier vision, conditions de travail, préoccupations du terrain et apprentissage collectif.

6.3 MISE EN DIALOGUE DES RESULTATS AVEC LA RECENSION DES ECRITS ET LA GRILLE D'INTERPRETATION

Au-delà des réponses apportées à chacune des sous-questions, les résultats prennent tout leur sens lorsqu'ils sont replacés dans la logique d'ensemble du mémoire. La recension des écrits avait montré que les projets de transformation numérique en santé ne peuvent être compris ni comme de simples projets techniques, ni comme des démarches purement managériales. Ils relèvent d'une articulation entre gestion de projet, changement organisationnel, transformation numérique, implication des parties prenantes, culture et leadership. Les résultats confirment cette lecture d'ensemble, mais ils la rendent plus concrète en montrant comment ces dimensions s'imbriquent dans un cas réel de détection des chutes.

Du point de vue de la théorie de la contingence, l'étude confirme fortement que la réussite du projet dépend de l'adéquation entre la solution et les caractéristiques du milieu. La différence entre le pilote et l'extension ne peut pas être comprise comme une simple variation de degré. Elle montre que le même dispositif change de signification et de conditions d'usage selon le profil des résidents, l'architecture de l'unité, la stabilité technique de l'environnement, la charge de travail du personnel et la disponibilité des proches. Le projet apparaît donc bien comme un cas où l'environnement, les ressources et les acteurs modulent directement les conditions du succès, conformément aux travaux de Donaldson (2001),Mintzberg (1982), Lawrence and Lorsch (1967) et Fiedler (1967).

Du point de vue de Babineau and Lessard (2015), les résultats montrent que le changement ne se réduit pas à l'installation d'un outil, mais qu'il suit une dynamique où la préparation, la mise en œuvre, la diffusion et le soutien se répondent. Le pilote a permis de clarifier le besoin, d'expérimenter le dispositif et d'en éprouver le sens local. L'extension a

déplacé le problème vers des enjeux de coordination, de fiabilité, de soutien et de stabilisation. Cette trajectoire confirme que le changement n'est pas linéaire et qu'un dispositif techniquement prometteur peut rester socialement et organisationnellement fragile tant que ses conditions de diffusion et de soutien ne sont pas assurées.

Les résultats prolongent également la littérature sur l'acceptation technologique. Ils confirment l'importance de l'utilité perçue, des conditions facilitantes et de la légitimité du projet, comme le soulignent Davis (1989), Venkatesh et al. (2003) et May et al. (2018). Mais ils montrent aussi, de manière plus fine, que dans un milieu de soins, l'utilité perçue ne suffit pas. Une innovation peut être reconnue comme utile sur le principe tout en demeurant difficile à investir au quotidien si elle n'est pas assez fiable, si elle s'accorde mal avec les pratiques de travail ou si elle génère un doute sur la pertinence des alertes. En ce sens, l'étude nuance les approches centrées sur l'adoption technologique en rappelant que, dans le secteur de la santé, l'appropriation dépend étroitement de la qualité de l'intégration organisationnelle.

Les résultats rejoignent enfin les travaux sur la culture organisationnelle, le leadership et les résistances au changement. Ils montrent que la résistance ne se manifeste pas ici comme un refus de principe, mais plutôt comme une prudence conditionnelle, liée à des irritants concrets, à des préoccupations pratiques et à des incertitudes sur la fiabilité du système. Cette lecture est cohérente avec R. Maurer (1996), Warrick (2023) et Bareil (2004), qui invitent à considérer la résistance comme un signal révélateur des tensions du changement. Elle est également compatible avec les analyses sur la culture et le leadership en santé numérique : les données suggèrent qu'un climat de confiance, un leadership de proximité et une culture ouverte à l'ajustement favorisent davantage la progression du projet qu'une logique d'imposition ou de simple conformité (Cameron & Quinn, 2011; Laukka et al., 2022; Schein, 1992).

En ce sens, la discussion montre bien que rien de ce qui a été mobilisé dans la recension des écrits n'est resté extérieur aux résultats. Les apports théoriques ne servent pas ici de décor conceptuel ; ils permettent de lire le cas de manière cohérente, de comprendre ce qui se joue

dans le passage d'une expérimentation ciblée à une extension plus ambitieuse, et d'expliquer pourquoi la technologie n'est acceptée durablement que lorsqu'elle s'inscrit dans un agencement ajusté entre besoin clinique, organisation du travail, confiance des acteurs et soutien au changement.

En définitive, la discussion montre que le rôle des parties prenantes dans l'implantation d'un système mural de détection des chutes est à la fois structurant et évolutif. Structurant, parce qu'il conditionne la manière dont le projet est compris, accepté, adapté et porté au quotidien. Évolutif, parce qu'il varie selon les phases du projet, selon les catégories d'acteurs impliqués et selon le degré de stabilisation de la technologie dans le milieu. L'étude met ainsi en évidence que l'acceptation d'un tel dispositif ne repose ni sur la seule performance technique, ni sur la seule volonté managériale. Il s'agit d'un ajustement progressif au contexte, aux pratiques et aux acteurs concernés.

Le chapitre suivant reviendra, dans la conclusion générale, sur les principaux apports scientifiques et pratiques de cette recherche, sur ses limites et sur les pistes qu'elle ouvre pour la poursuite des travaux et l'amélioration du déploiement de ce type de technologie en résidence pour personnes âgées.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Notre travail portait sur le rôle des parties prenantes dans la gestion du changement organisationnel associé à l'implantation d'un système mural de détection des chutes en résidence privée pour aînés. À partir d'une étude de cas qualitative centrée sur une phase pilote puis sur une phase d'extension, il cherchait à comprendre comment les acteurs concernés perçoivent le dispositif, quels facteurs influencent son acceptabilité, quels ajustements organisationnels et cliniques son intégration suppose, quelles retombées lui sont associées et, enfin, comment l'implication des parties prenantes peut soutenir un déploiement plus large. La conclusion générale revient sur ces apports, en les resituant dans une perspective de transformation numérique en santé et de gestion de projet.

Apports scientifiques du mémoire

Sur le plan scientifique, ce mémoire contribue d'abord à documenter un objet encore peu étudié sous l'angle de son implantation réelle : le déploiement d'un système mural non portable de détection des chutes en résidence privée pour aînés. Là où une partie importante des travaux se concentre encore sur la performance technique des dispositifs, cette recherche déplace l'analyse vers leurs conditions sociales, organisationnelles et cliniques d'intégration.

Le mémoire apporte également une contribution en articulant plusieurs niveaux d'analyse qui, trop souvent, demeurent dissociés : la transformation numérique en santé, la gestion du changement organisationnel, la perception des technologies par les parties prenantes et les conditions contextuelles de réussite. Cette articulation montre que l'acceptation d'un dispositif ne peut être comprise ni par la seule perspective technique, ni par la seule perspective organisationnelle, mais par leur mise en relation avec les expériences concrètes des acteurs.

Il contribue en outre à montrer l'intérêt analytique d'une lecture croisée entre la théorie de la contingence et la dynamique du changement. Les résultats confirment qu'il n'existe pas de modèle unique de déploiement valable en tout lieu et en tout temps : la valeur du système dépend des caractéristiques du milieu, du profil des résidents, de l'organisation du travail, des ressources disponibles, du niveau de maturité numérique et des modalités de gouvernance mises en place. La recherche renforce ainsi l'idée qu'un projet technologique en santé doit être pensé comme un projet contingent, fortement dépendant de son environnement.

Enfin, le mémoire enrichit la compréhension du rôle des proches dans les dynamiques d'acceptation. Leur influence, particulièrement visible dans la phase pilote, rappelle que l'ouverture à la technologie ne se joue pas seulement entre l'organisation et l'utilisateur direct, mais aussi dans un tissu relationnel plus large. Cet apport est important, car il invite à considérer plus explicitement l'entourage comme acteur du changement dans les milieux d'hébergement.

Contributions managériales et apports à la gestion de projet

Dans une perspective de gestion de projet, l'un des apports majeurs de cette recherche est de montrer qu'un projet technologique en santé ne peut être piloté comme un simple projet d'installation ou de déploiement technique. Il doit être conçu comme un projet de transformation, impliquant simultanément de la planification, de la coordination, de la gestion du changement, de la communication et du travail d'alignement entre acteurs. Cette conclusion est particulièrement importante dans le champ de la gestion de projet, où la réussite est encore trop souvent évaluée à partir de critères techniques, de délais ou de conformité, sans prise suffisante avec les dimensions d'acceptation, d'usage réel et d'ancrage organisationnel.

Le mémoire met aussi en évidence une contribution managériale forte : la gouvernance d'un tel projet doit demeurer adaptative. Le passage du pilote à l'extension montre qu'un projet peut sembler convaincant à petite échelle tout en révélant, lorsqu'il s'élargit, des besoins nouveaux en formalisation, en coordination et en soutien. Autrement dit, le pilote ne

doit pas être conçu comme une simple vitrine, mais comme une phase structurée de test, d'apprentissage et de reconfiguration. Cette idée apporte un enseignement concret aux gestionnaires de projets : la montée en échelle d'une innovation doit faire l'objet d'un vrai travail de relecture du projet, et non d'une simple duplication.

Un autre apport en gestion de projet concerne la place des parties prenantes. La recherche montre qu'elles ne doivent pas être considérées uniquement comme des groupes à consulter ou à informer, mais comme des acteurs qui participent à la construction même de la faisabilité du projet. En ce sens, la gestion des parties prenantes n'apparaît plus comme un volet périphérique du pilotage, mais comme une fonction structurante du projet. Cet enseignement est particulièrement précieux pour les projets numériques en santé, où la valeur d'un dispositif dépend directement de la manière dont il s'insère dans des pratiques professionnelles déjà denses et contraintes.

Le mémoire fournit enfin des repères utiles pour la conduite managériale du changement. Il rappelle l'importance d'une définition claire du besoin, d'une explicitation des bénéfices attendus, d'une distribution lisible des rôles, d'un accompagnement de proximité et d'une capacité à ajuster le projet au fil du déploiement. Ces éléments constituent, ensemble, une contribution pratique à la gestion de projet, en montrant que le pilotage d'une innovation en santé exige autant une compétence d'orchestration humaine et organisationnelle qu'une compétence technologique.

Limites de la recherche

Comme toute recherche qualitative fondée sur une étude de cas, ce mémoire comporte certaines limites qu'il convient de reconnaître avec transparence. La première tient au caractère situé de l'étude. Les résultats ont été produits dans un contexte précis, celui d'une résidence privée pour aînés engagée dans un projet particulier de détection des chutes. Ils offrent donc une compréhension approfondie d'un cas, sans pouvoir être généralisés mécaniquement à l'ensemble des milieux d'hébergement ou de soins.

La deuxième limite concerne l'état d'avancement du projet au moment de la collecte. L'étude saisit un dispositif encore en cours d'implantation, avec des effets déjà perceptibles, mais pas encore complètement stabilisés. Certaines retombées, notamment économiques et organisationnelles à plus long terme, demeurent donc difficiles à apprécier avec précision.

Une troisième limite touche à l'asymétrie relative des points de vue recueillis. Bien que plusieurs catégories d'acteurs aient été rencontrées, toutes n'occupent pas la même place dans le matériau empirique. Certaines voix sont plus présentes que d'autres, ce qui invite à lire les résultats comme une mise en lumière de logiques dominantes plutôt que comme une représentation parfaitement équilibrée de toutes les positions possibles.

Enfin, le choix de centrer la recherche sur les dimensions humaines, organisationnelles et perceptuelles de l'implantation implique de laisser volontairement en retrait d'autres dimensions, notamment l'évaluation fine de la performance technique du système ou une analyse coût-bénéfice complète. Ce choix est cohérent avec la problématique retenue, mais il ouvre naturellement vers des travaux complémentaires.

Pistes pour la poursuite des travaux

Plusieurs pistes de recherche se dégagent de ce mémoire. Une première consisterait à prolonger l'étude dans le temps afin d'observer la stabilisation du dispositif sur une période plus longue. Une telle démarche permettrait de mieux documenter l'évolution des perceptions, les ajustements durables des pratiques et la consolidation ou non des bénéfices organisationnels.

Une deuxième piste porterait sur l'élargissement comparatif des terrains. Il serait particulièrement pertinent d'étudier l'implantation de systèmes similaires dans d'autres résidences, dans d'autres régions ou dans des organisations présentant des structures, des cultures et des profils de résidents différents. Cela contribuerait à distinguer ce qui relève du cas étudié de ce qui renvoie à des mécanismes plus transférables, et ainsi à préciser la portée des résultats d'autres milieux de soins.

Une troisième piste de recherche concernerait l'approfondissement des retombées économiques et cliniques. Si l'étude met au jour des bénéfices potentiels, elle ne permet pas encore de quantifier rigoureusement les coûts évités, les gains de temps, l'effet sur les hospitalisations, le temps passé au sol ou les économies indirectes pour le milieu. Des travaux ultérieurs, mobilisant d'autres méthodes et un suivi plus long, seraient nécessaires pour éclairer cette dimension.

Il serait également pertinent d'approfondir la place des proches et des familles dans les dynamiques d'acceptation des technologies en résidence pour aînés. Les résultats suggèrent qu'ils peuvent jouer un rôle de soutien, de légitimation et parfois d'accélération de l'ouverture au projet. Cette question mérite d'être davantage étudiée, notamment dans des contextes où l'entourage participe activement aux décisions liées à la sécurité et au maintien de l'autonomie.

Pistes d'amélioration pour le déploiement du dispositif

Au-delà des perspectives de recherche, ce mémoire permet de dégager plusieurs pistes importantes pour améliorer le déploiement d'un système mural de détection des chutes en résidence pour personnes âgées. Une priorité consiste à clarifier davantage le circuit d'alerte, les rôles de chacun et les protocoles d'intervention, afin de limiter les zones d'ambiguïté et de réduire la charge cognitive associée à l'usage du système.

Une deuxième piste tient au maintien d'un accompagnement de proximité, particulièrement dans les phases d'extension. Celui-ci devrait inclure des temps d'échange réguliers avec le personnel, des espaces de retour d'expérience, un soutien technique réactif et des ajustements continus en fonction des irritants observés. L'acceptabilité du dispositif dépend largement de cette capacité à faire du déploiement un processus évolutif plutôt qu'une implantation figée.

Une troisième priorité concerne la qualité perçue des alertes et la réduction des déclenchements non pertinents. Plus le système est jugé fiable, plus il est susceptible d'être intégré dans les routines professionnelles sans générer de fatigue, d'agacement ou de perte

de confiance. L'amélioration continue de cet aspect constitue donc un levier central d'appropriation.

Une autre avenue intéressante pour la poursuite du déploiement consisterait à évaluer l'intérêt du dispositif auprès d'autres catégories de résidents, notamment ceux présentant des limitations physiques importantes. Cette réflexion, soulevée par certains participants, pourrait permettre d'examiner dans quelle mesure les bénéfices perçus et les conditions d'implantation observés dans le secteur autonome puis cognitif se transposent à d'autres contextes de soins et d'accompagnement.

Enfin, le déploiement gagnerait à être pensé dans une logique plus explicitement collaborative, en reconnaissant davantage la diversité des expériences et des préoccupations des parties prenantes. Associer les résidents, leurs proches, le personnel et les gestionnaires à l'évaluation continue du dispositif permettrait non seulement d'en améliorer l'implantation, mais aussi d'en renforcer la légitimité, la pertinence locale et l'ancrage durable dans le milieu.

La recherche rappelle qu'une innovation en santé n'a de portée réelle que lorsqu'elle répond à un besoin reconnu, qu'elle s'intègre à des pratiques vivantes et qu'elle est portée par des acteurs capables d'en soutenir le sens. C'est dans cette articulation entre technologie, organisation, conduite du changement et expérience humaine que se joue, en profondeur, la réussite du déploiement. Si ce mémoire peut apporter une contribution, c'est peut-être d'avoir montré que, dans le champ du vieillissement et de l'innovation en santé, l'excellence d'un projet ne réside pas dans la nouveauté technique seule, mais dans la justesse avec laquelle il est pensé, porté et ajusté pour celles et ceux qu'il concerne.

ANNEXES

ANNEXE I

GUIDES D'ENTRETIEN

Projet : **De l'expérimentation à l'extension d'un système de détection des chutes en résidence pour personnes âgées : perception et gestion des parties prenantes, bénéfices organisationnels, économiques et humains.**

Chercheure : Sonia-Esther Tchouassi Chouale

Guide d'entretien 1 - Préposés aux bénéficiaires (projet pilote)

Durée : 15-30 minutes

Introduction : L'objectif est de mieux comprendre votre expérience et votre point de vue sur le système de détection des chutes installé à titre pilote dans la résidence.

1. Expérience générale
- Pouvez-vous me dire ce que vous savez ou pensez du système de détection des chutes installé dans la résidence ?
- Avez-vous été formé(e) ou informé(e) à ce sujet ? Si oui, comment ?

2. Perception et usage
- Quels sont, selon vous, les avantages de ce système pour votre travail ?
- Avez-vous constaté des limites ou des difficultés dans son utilisation ?
- Que se passe-t-il concrètement quand une chute est détectée par le système ? Pouvez-vous me décrire les étapes que vous suivez ?
- Comment êtes-vous alerté(e) ? (alarme sonore, notification mobile, lumière, autre ?)
- En combien de temps pouvez-vous intervenir en général ?
- Le système fonctionne-t-il comme prévu dans ces moments-là ?
- Le système a-t-il déjà donné de fausses alertes ? Si oui, comment sont-elles traitées ?
- Y a-t-il un protocole écrit que vous devez suivre ? Est-il clair et applicable ?

3. Impact sur votre quotidien
- Le système a-t-il modifié certaines de vos pratiques professionnelles (habitudes ou manières de travailler) ? Si oui, comment ?
- Vous sentez-vous soutenu(e) dans l'usage de cette technologie ?

4. Attentes et recommandations
- Quelles améliorations souhaiteriez-vous apporter à ce système ?
- Selon vous, quels seraient les éléments facilitant son adoption par l'équipe ?

Projet : **De l'expérimentation à l'extension d'un système de détection des chutes en résidence pour personnes âgées : perception et gestion des parties prenantes, bénéfices organisationnels, économiques et humains.**

Chercheure : Sonia-Esther Tchouassi Chouale

Guide d'entretien 2 - Préposés aux bénéficiaires (projet en cours d'extension)

Durée : 15-30 minutes

Introduction : L'objectif est de mieux comprendre vos attentes et perceptions par rapport au système de détection des chutes qui sera bientôt utilisé dans de nouvelles chambres au sein de la résidence.

1. Connaissance et information
- Que savez-vous du système qui a été installé ?
- Avez-vous reçu de l'information ou une formation à ce sujet ?

2. Perceptions et attentes
- Quels avantages pensez-vous que ce système pourrait apporter dans votre travail ?
- Quelles difficultés ou limites imaginez-vous ?
- Comment pensez-vous que vous serez alerté(e) lors d'une chute ?
- Ce système pourrait-il, selon vous, faciliter vos interventions ou vous faire gagner du temps?

3. Impact anticipé
- Selon vous, ce système va-t-il modifier vos pratiques professionnelles ?
- Avez-vous des inquiétudes particulières concernant son utilisation ?

4. Suggestions
- Qu'est-ce qui pourrait faciliter l'intégration de ce système dans vos activités quotidiennes ?

Projet : **De l'expérimentation à l'extension d'un système de détection des chutes en résidence pour personnes âgées : perception et gestion des parties prenantes, bénéfices organisationnels, économiques et humains.**

Chercheure : Sonia-Esther Tchouassi Chouale

Guide d'entretien 3 - Gestionnaire (projet pilote)

Durée : 30 à 60 minutes

Introduction : Votre contribution est essentielle pour comprendre les enjeux liés à l'implantation du système de détection des chutes, tant au niveau organisationnel qu'économique.

1. Mise en œuvre du projet

- Quelle a été votre implication dans le projet d'installation du système ?
- Quelles étapes ont été nécessaires à son implantation dans la chambre pilote ?
- Que se passe-t-il sur le plan opérationnel quand une alerte de chute est émise ?
- Avez-vous mis en place un protocole spécifique pour encadrer ces situations ?
- Quel est le fournisseur ou le concepteur du système ? Avez-vous participé au choix de la technologie ?
- Quels types de formations ont été offerts au personnel ? Sont-elles suffisantes ?
- Comment les incidents ou défaillances du système sont-ils signalés et corrigés ?
- Disposez-vous d'un tableau de bord, d'indicateurs ou d'un rapport régulier sur son utilisation ?

2. Gestion du changement

- Comment avez-vous préparé le personnel et les résidents à l'arrivée de ce système ?
- Avez-vous rencontré des résistances ? Comment ont-elles été gérées ?

3. Bénéfices organisationnels et économiques

- Avez-vous constaté une amélioration dans la gestion des chutes depuis son installation ?
- Avez-vous pu évaluer l'impact économique (réduction des incidents, coûts évités, etc.) ?

4. Vision à long terme

- Quelles sont les conditions nécessaires pour une extension réussie du système à l'ensemble de la résidence ?
- Quel soutien (technique, financier, humain) serait nécessaire pour cette phase ?

5. Recommandations

- Quels conseils donneriez-vous à une autre résidence souhaitant implanter une technologie similaire ?
- Selon vous, quels sont les facteurs clés pour assurer une adoption réussie ?

Projet : **De l'expérimentation à l'extension d'un système de détection des chutes en résidence pour personnes âgées : perception et gestion des parties prenantes, bénéfices organisationnels, économiques et humains.**

Chercheure : Sonia-Esther Tchouassi Chouale

Guide d'entretien 4 - Gestionnaire (projet en cours d'extension)

Durée : 30 à 60 minutes

Introduction : Votre contribution est importante pour comprendre comment la résidence se prépare à l'extension de ce système.

1. Mise en œuvre du projet
- Quel a été le rôle de la résidence dans l'extension du système ?
- Quelles étapes ont été nécessaires pour préparer cette extension ?

2. Préparation au changement
- Comment avez-vous informé le personnel, les résidents et les familles ?
- Avez-vous rencontré des craintes ou résistances liées à l'extension?

3. Attentes organisationnelles et économiques
- Quelles améliorations espérez-vous (sécurité, qualité des soins, efficacité) ?
- Pensez-vous qu'il y aura des effets économiques (ex. réduction des incidents, coûts évités)?

Projet : **De l'expérimentation à l'extension d'un système de détection des chutes en résidence pour personnes âgées : perception et gestion des parties prenantes, bénéfices organisationnels, économiques et humains.**

Chercheure : Sonia-Esther Tchouassi Chouale

Guide d'entretien 5 - Résident (projet pilote)

Durée : 30 à 60 minutes

Introduction : Je souhaite recueillir votre avis sur le système de détection des chutes installé dans votre chambre. Vos perceptions sont importantes pour évaluer son utilité et son déploiement futur.

1. Connaissance du système
- Avez-vous été informé(e) de la présence de ce système ? Si oui, comment ?
- Que pensez-vous de cette technologie ?
- Avez-vous reçu une explication claire sur le fonctionnement du système ? (Qui ? Quand ?)

2. Sentiment de sécurité
- Ce système vous fait-il sentir plus en sécurité ? Pourquoi ?
- Avez-vous des craintes ou des inquiétudes à son sujet ?

3. Impact au quotidien
- Le système a-t-il changé quelque chose dans votre routine ?
- Avez-vous déjà vécu une chute depuis son installation ? Le système a-t-il réagi comme prévu ?
- Savez-vous ce qu'il se passe si le système détecte une chute ? Avez-vous déjà assisté ou vécu une telle situation ?
- Vous sentez-vous rassuré(e) par la manière dont les choses sont prises en charge ?

4. Communication et implication
- Vous sentez-vous impliqué(e) dans les décisions concernant les technologies de la résidence ?
- Avez-vous des suggestions ou des attentes concernant l'utilisation future de ce système ?

Projet : **De l'expérimentation à l'extension d'un système de détection des chutes en résidence pour personnes âgées : perception et gestion des parties prenantes, bénéfices organisationnels, économiques et humains.**

Chercheure : Sonia-Esther Tchouassi Chouale

Guide d'entretien 6 – Proche-aidant (projet pilote)

Durée : 30 à 60 minutes

Introduction : Je souhaite recueillir votre point de vue sur le système de détection des chutes installé dans la chambre de votre proche dans le cadre du projet pilote. Votre expérience est importante pour mieux comprendre comment ce dispositif a été introduit, perçu, mis en place et vécu, ainsi que les effets qu'il a pu avoir sur votre proche et sur vous-même.

1. Connaissance du système et origine de la démarche

- Comment avez-vous été informé(e) de l'existence de ce système et par qui ?
- Pouvez-vous me raconter comment l'idée d'installer ce système est née ?
- Qu'est-ce qui a déclenché la démarche ?
- Quel rôle avez-vous joué, le cas échéant, dans la mise en place du projet ?
- Avez-vous reçu une explication claire sur le fonctionnement du système ?

2. Perception du dispositif et sentiment de sécurité

- Que pensez-vous de cette technologie ?
- Ce système vous rassure-t-il concernant la sécurité de votre proche ? Pourquoi ?
- A-t-il changé quelque chose dans votre niveau de stress ou votre tranquillité d'esprit ?
- Avez-vous des inquiétudes, des réserves ou des craintes à son sujet ?
- La question de la vie privée ou de la dignité de votre proche vous a-t-elle préoccupé(e) ?

3. Mise en place et fonctionnement du système

- Comment l'implantation du système dans la chambre de votre proche s'est-elle déroulée ?
- Est-ce que vous estimez avoir été suffisamment informé(e) de l'évolution des choses pendant l'installation ?
- Savez-vous ce qu'il se passe lorsqu'une alerte est déclenchée ?
- Avez-vous eu connaissance de fausses alertes ou de situations particulières depuis son installation ? Si oui, comment cela a-t-il été géré ?

4. Effets perçus et confiance envers la prise en charge

- Depuis l'installation du système, avez-vous observé des effets pour votre proche ?
- Avez-vous confiance dans la manière dont le personnel intervient lorsqu'une chute est détectée ? Pourquoi ?
- Selon vous, quel est le principal bénéfice du système ?
- Voyez-vous un point faible, une limite ou un risque particulier lié à ce dispositif ?

5. Communication, acceptabilité et perspectives

- Vous êtes-vous senti(e) suffisamment informé(e) ou consulté(e) par la résidence au sujet du dispositif ?
- Selon vous, qu'est-ce qui rend ce système acceptable, ou moins acceptable, pour votre proche et pour la résidence ?

Projet : **De l'expérimentation à l'extension d'un système de détection des chutes en résidence pour personnes âgées : perception et gestion des parties prenantes, bénéfices organisationnels, économiques et humains.**

Chercheure : Sonia-Esther Tchouassi Chouale

Guide d'entretien 7 - Résidents non-utilisateurs du système

Durée : 30 à 60 minutes

Introduction : j'effectue une recherche pour mieux comprendre comment les résidents perçoivent le système de détection des chutes installé dans certaines chambres de la résidence. Même si ce système n'est pas dans votre chambre, votre avis m'intéresse beaucoup. Ce que vous pensez, ce que vous avez entendu ou remarqué à ce sujet est très important pour moi. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ce qui compte, c'est votre expérience et votre ressenti personnel.

1. Connaissance du système

- Est-ce que vous avez déjà entendu parler du système de détection des chutes installé dans certaines chambres ?
- Comment en avez-vous entendu parler ? (par un autre résident, le personnel, la direction)
- Qu'est-ce que vous savez à propos de ce système ?
- D'après vous, à quoi il sert exactement ?

2. Sentiment de sécurité

- Quand vous pensez à ce système, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?
- Est-ce que vous trouvez que c'est une bonne chose pour la résidence ? Pourquoi ?
- Pensez-vous que ce système peut aider les gens à se sentir plus en sécurité ?
- Si on vous proposait de l'avoir dans votre chambre, est-ce que vous seriez d'accord ? Pourquoi ou pourquoi pas ?

3. Impact au quotidien

- D'après ce que vous avez vu ou entendu, est-ce que ce système change quelque chose dans la vie de la résidence ?
- Avez-vous déjà entendu parler d'une situation où le système s'est déclenché ?
- Si oui, comment cela s'est-il passé, d'après ce que vous savez ?
- Pensez-vous que le système aide le personnel à intervenir plus vite quand il y a un problème?

4. Communication et implication

- Est-ce que quelqu'un vous a déjà parlé officiellement de ce système ?
- Est-ce que vous trouvez que la résidence explique bien aux résidents les nouveaux projets comme celui-ci ?
- Est-ce que vous aimeriez être davantage informé(e) quand de nouvelles technologies sont installées ici ?

ANNEXE II

APPROBATION CERTIFICAT ÉTHIQUE

UQAR

Le 20 juin 2025

À l'attention de :

Sonia-Esther Tchouassi Chouale
Unité départementale des sciences de la gestion - Rimouski

Titre : De l'expérimentation à l'extension d'un système de détection des chutes en résidence pour personnes âgées : perception et gestion des parties prenantes, bénéfices organisationnels, économiques et humains.

 # Projet : 2026-809

Objet : Approbation éthique de votre projet de recherche

Bonjour,

Votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par les membres du sous-comité délégué à l'évaluation des demandes soumises au Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Rimouski (CER-UQAR) ainsi que moi-même, à titre de présidente de ce comité. Nous sommes heureux de vous annoncer qu'un certificat d'éthique peut vous être délivré pour votre projet de recherche, à risque minimal, intitulé : *De l'expérimentation à l'extension d'un système de détection des chutes en résidence pour personnes âgées : perception et gestion des parties prenantes, bénéfices organisationnels, économiques et humains.*

Un certificat d'approbation éthique qui atteste de la conformité de votre projet de recherche à la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAR est émis en date du 20 juin 2025. Vous pouvez dès maintenant débuter vos activités de recherche.
Prenez note que ce certificat est valide jusqu'au **20 juin 2026**.

Selon la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains, il est de la responsabilité des chercheurs d'élaborer des projets de recherche qui respectent l'ensemble des principes éthiques et d'assurer le respect et la protection des droits des personnes qui participent à la recherche. Vous devrez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique avant l'expiration de ce certificat. Vous devez soumettre à l'approbation du CER-UQAR, toute modification dans le déroulement d'une activité qui touche la nature de la participation des personnes. De plus, vous devez signaler tout incident significatif dès qu'il survient ainsi que les modifications apportées à votre projet.

Enfin, puisque votre demande d'approbation pourrait être liée à un financement, le Décanat de la

Exporté le 2025-06-21 14:30 par Tchouassi Chouale, Sonia-Es... — CODE DE VALIDATION NAGANO: ugw:3506d542-f667-4667-8819-c62dd4185dd0https://ugw.nagano.ca/verification/ugw:3506d542-f667-4667-8819-c62dd4185dd0

recherche est mis en copie conforme.

Dans le cadre de l'Entente pour la reconnaissance des certificats d'éthique des projets de recherche à risque minimal, il est de votre responsabilité d'informer vos cochercheurs provenant de l'externe afin qu'ils puissent obtenir reconnaissance et/ou certification éthique de leur propre CÉR.

En vous souhaitant le meilleur des succès dans la réalisation de votre recherche, veuillez recevoir nos salutations distinguées.

Le CER-UQAR
Janie Bérubé, Ph.D
Présidente du Comité d'Éthique de la Recherche - UQAR (CER-UQAR)
Professeure Unité départementale des sciences de la gestion
cer@uqar.ca

Exporté le 2025-06-21 14:30 par Tchoussi Chouale, Sonia-Ela... — CODE DE VALIDATION NAGANO: uqar-3506c542-6667-4667-8819-c62dd41854d3https://uqar.nagano.ca/verifyactor.uqar-3506c542-6667-4667-8819-c62dd41854d3

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Rimouski (CER-UQAR), certifie, conjointement avec la personne titulaire de ce certificat, que le présent projet de recherche prévoit que les êtres humains qui y participent seront traités conformément aux principes de l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains ainsi qu'aux normes et principes en vigueur dans la Politique d'éthique avec les êtres humains de l'UQAR (C2-D32).

Projet # : 2026-809

Titre du projet de recherche : De l'expérimentation à l'extension d'un système de détection des chutes en résidence pour personnes âgées : perception et gestion des parties prenantes, bénéfices organisationnels, économiques et humains.

Chercheur principal à l'UQAR
Sonia-Esther Tchouassi Chouale
Unité départementale des sciences de la gestion - Rimouski

Direction de recherche
En provenance de l'UQAR: Nancy Michaud

Financement : Externe

Date d'approbation du projet : 20 juin 2025
Date d'entrée en vigueur du certificat : 20 juin 2025
Date d'échéance du certificat : 20 juin 2026
N.B. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat afin de remplir le formulaire F7 - Renouvellement annuel.

- Si votre projet se termine avant la date du prochain renouvellement, veuillez remplir le formulaire ***F9 - Fin de projet***.
- Si des modifications sont apportées à votre projet avant l'échéance du certificat, veuillez remplir le formulaire ***F8 - Modification de projet***.
- Tout nouveau membre de votre équipe de recherche devra être déclaré au CER-UQAR lors de votre prochaine demande de renouvellement ou lors de la fin de votre projet si le renouvellement n'est pas requis. ATTENTION: Vous devez faire signer une déclaration d'honneur aux personnes ayant accès aux participants (ou à des données nominatives sur les participants) et la conserver dans vos dossiers de recherche.

Janie Bérubé

Signé le 2025-06-20 à 09:55

Exporté le 2025-06-21 14:30 par Tchouassi Chouale, Sonia Es... — CODE DE VALIDATION NAGANO: ugar-350b5d42-6667-4667-8819-c62d04185cb9 https://ugar.nagano.ca/verification/ugar-350b5d42-6667-4667-8819-c62d04185cb9

ANNEXE III

RENOUVELLEMENT APPROBATION ÉTHIQUE

UQAR

Le 04 mai 2026

RENOUVELLEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'un renouvellement de l'approbation éthique émise par le CER-UQAR et qu'il satisfait aux exigences de la politique de l'Université du Québec à Rimouski en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains.

Projet # : 2026-809

Titre du projet de recherche: De l'expérimentation à l'extension d'un système de détection des chutes en résidence pour personnes âgées : perception et gestion des parties prenantes, bénéfices organisationnels, économiques et humains.

Chercheur principal à l'UQAR
Sonia-Esther Tchouassi Chouale, Unité départementale des sciences de la gestion - Rimouski

Direction de recherche
En provenance de l'UQAR ou de l'externe: Nancy Michaud

Financement : UQAR

Date de l'approbation éthique initiale du projet : 20 juin 2025

Date du prochain renouvellement : 20 juin 2027.
N.B. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat afin de remplir le formulaire F7 - Renouvellement annuel.

- *Si votre projet se termine avant la date du prochain renouvellement, vous devrez remplir le formulaire* ***F9 - Fin de projet***.
- *Si des modifications sont apportées à votre projet avant l'échéance du certificat, vous devrez remplir le formulaire* ***F8 - Modification de projet***.
- *Tout nouveau membre de votre équipe de recherche devra être déclaré au CER-UQAR lors de votre prochaine demande de renouvellement ou lors de la fin de votre projet si le renouvellement n'est pas requis. ATTENTION: Vous devez faire signer une déclaration d'honneur aux personnes ayant accès aux participants (ou à des données nominatives sur les participants) et la conserver dans vos dossiers de recherche.*
- Si vous avez des cochercheurs dans d'autres universités, veuillez leur transmettre ce certificat.

Janie Bérubé, Ph. D.
Présidente du Comité d'éthique de la recherche (CER-UQAR)
Professeure à l'Unité départementale des sciences de la gestion

Signé le 2026-05-04 à 20:41

ANNEXE IV

LETTRE DE RECRUTEMENT

PARTICIPANT(E)S RECHERCHÉ(E)S

TITRE DU PROJET : De l'expérimentation à l'extension d'un système de détection des chutes en résidence pour personnes âgées : perception et gestion des parties prenantes, bénéfices organisationnels, économiques et humains.

RESPONSABLE(S) DU PROJET : Ce projet est mené par Sonia-Esther Tchouassi Chouale, étudiante à la maîtrise en Gestion de Projet avec mémoire, au sein du Département des sciences de la gestion de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR), sous la direction de Nancy Michaud, professeure agrégée en sciences comptables à l'UQAR.

Nous sommes présentement à la recherche de résidents, membres de leur famille, membres du personnel soignant et gestionnaires intéressé(e)s à participer à une étude portant sur la mise en œuvre d'un système de détection des chutes en résidence pour personnes âgées, notamment au sein de la résidence des Bâtisseurs. Plus précisément, cette recherche vise à comprendre la perception qu'ont les différentes parties prenantes de ce système, ainsi que les impacts organisationnels, économiques et humains associés à son utilisation.
La participation à ce projet de recherche consiste en un entretien individuel à un moment et dans un lieu qui vous conviendront. Il sera d'une durée :

- D'environ 30 minutes à une heure pour les résidents, membres de leur famille et gestionnaires;
- Et d'environ 15 minutes pour les membres du personnel soignant (en raison de vos contraintes de temps).

Les entretiens pourront être réalisés :

- En présentiel, dans un environnement calme et familier (notamment pour les résidents et les membres de leur famille).
- Ou à distance (visioconférence sécurisée) pour le personnel soignant et les gestionnaires.

Les entretiens seront enregistrés en audio avec votre autorisation, afin de permettre une retranscription et une analyse fidèle de vos propos. Les thèmes abordés porteront notamment sur :

- Votre perception du système de détection des chutes;
- Vos attentes, craintes ou suggestions concernant son utilisation;
- L'impact potentiel de ce système sur le travail, la qualité de vie ou l'organisation.

Les résultats de cette étude permettront de :

- Mieux comprendre les besoins et les attentes des utilisateurs du système (résidents, personnel et gestionnaires) ;
- Identifier les obstacles à son adoption et proposer des solutions concrètes ;
- Évaluer les bénéfices humains, organisationnels et économiques du système ;
- Faciliter le déploiement du système à plus grande échelle dans la résidence.

Pour participer à cette recherche vous devez respecter les critères d'inclusion qui suivent :

- Être résident (e) de la résidence des Bâtisseurs; ou
- Être un membre de la famille d'un résident(e) de la résidence des Bâtisseurs; ou
- Être membre du personnel soignant ou gestionnaire en poste dans cette résidence; et
- Être apte à consentir de manière libre et éclairée à la participation (autonomie décisionnelle).

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Résident(e)s présentant une déficience cognitive importante compromettant leur capacité à comprendre le projet ou à participer à un entretien, selon le jugement clinique du personnel encadrant ;
- Employés ayant intégré l'établissement depuis moins d'un mois ;
- Employés temporairement absents ou en congé prolongé pendant la période de collecte de données.

Si vous êtes intéressé(e) à participer à cette étude ou si vous avez des questions, veuillez contacter la responsable du projet, madame Sonia-Esther Tchouassi Chouale, étudiante à la maitrise en gestion de projet :

- Par courriel : tchs0017@uqar.ca
- Par téléphone : 418-750-1126

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à la recherche et espérons vous compter parmi nos participant(e)s!

ANNEXE V

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (FIC)
CONCERNANT LA PARTICIPATION

1 TITRE DU PROJET

De l'expérimentation à l'extension d'un système de détection des chutes en résidence pour personnes âgées : perception et gestion des parties prenantes, bénéfices organisationnels, économiques et humains.

2 RESPONSABLE(S) DU PROJET DE RECHERCHE

2.1 Responsable

Le projet est dirigé par TCHOUASSI CHOUALE Sonia-Esther, étudiante à la maîtrise en Gestion de Projet avec mémoire - 3153, au sein du Département des sciences de la gestion de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR).

2.2 Cochercheur

2.3 Direction de recherche

Directrice de recherche : Nancy Michaud, professeure agrégée en sciences comptables, Unité départementale des Sciences de la Gestion, Université du Québec à Rimouski (UQAR).

3 FINANCEMENT

Sources de financement :

- Soutien financier offert par la directrice de recherche, madame Nancy Michaud, professeure, Université du Québec à Rimouski (UQAR)
- Fonds de fonctionnement mis à disposition par la structure gestionnaire du projet portant sur la Résidence des Bâtisseurs de Rivière-du-Loup.

4 CONFLIT D'INTÉRÊT

Ce projet de recherche ne représente aucun conflit d'intérêts apparent ou potentiel.

5 PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation au projet de recherche en titre, en tant qu'étudiante à la maîtrise en gestion de projet avec mémoire à l'UQAR.

Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles et à demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair lors de votre entretien avec un membre de l'équipe de recherche. Ce dernier prendra le temps de lire avec vous le présent document. Enfin, si vous désirez participer à ce projet, votre consentement sera recueilli par la signature de ce formulaire.

6 NATURE, OBJECTIFS ET DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

6.1 Description du projet de recherche

Les chutes chez les personnes âgées en résidence sont un problème majeur, non seulement pour la santé des résidents, mais aussi pour les coûts des établissements de santé. Elles entraînent des blessures graves, une perte d'autonomie, et un besoin accru de soins. Pour réduire ce problème, un système technologique de détection des chutes a été installé dans une chambre pilote d'une

pour personnes âgées, avec l'idée de l'étendre à tout l'établissement. Cependant, pour que ce système soit adopté avec succès, plusieurs facteurs doivent être pris en compte, notamment la perception des résidents et de leur famille, du personnel soignant et des gestionnaires, ainsi que la façon dont ils collaborent pour sa mise en œuvre.
Cette recherche vise à mieux comprendre comment ces différents groupes (résidents et leur famille, soignants et gestionnaires) perçoivent ce système et à évaluer les impacts qu'il pourrait avoir sur l'organisation, les coûts et la qualité de vie des résidents. L'objectif est de recueillir des informations sur les avantages du système pour les résidents, l'efficacité organisationnelle et l'impact économique, afin de faciliter son déploiement dans toute la résidence.
L'étude s'intéresse particulièrement à la manière dont la gestion du changement et la collaboration entre les parties prenantes peuvent influencer l'acceptation et l'usage du système. Pour ce faire, des entretiens seront réalisés avec les résidents, leur famille, le personnel soignant, et les gestionnaires afin de recueillir leurs points de vue et leurs suggestions. L'analyse des coûts et des impacts organisationnels sera également effectuée pour mieux comprendre les bénéfices du système.

1.1 Objectif(s) spécifique(s)

Ce projet de recherche présente plusieurs objectifs spécifiques, présentés ci-dessous :

- Recueillir les témoignages des résidents et de leur famille, du personnel soignant et des gestionnaires pour mieux comprendre leur expérience avec ce système.
- Identifier les obstacles et les solutions possibles, en écoutant directement les parties prenantes sur leurs préoccupations et leurs suggestions.
- Comprendre les conséquences de ce système sur l'organisation interne, les pratiques de travail la qualité de vie des résidents et les coûts.
- Proposer des pistes d'amélioration pour que le système soit mieux accepté et utilisé à plus grande échelle.

1.2 Déroulement

Votre participation à ce projet de recherche consistera à prendre part à une entrevue, d'une durée variable selon votre rôle (résident, membre de la famille, gestionnaire ou personnel soignant), au moment de votre choix.

- Pour les résidents et les membres de la famille, les entrevues se dérouleront en présentiel, dans un lieu calme et familier au sein de la résidence, afin de respecter votre confort et vos habitudes. Elles dureront entre 30 minutes et 1 heure. Ces échanges seront enregistrés en audio, uniquement avec votre autorisation, afin de permettre une analyse plus précise des propos recueillis. La participation à cette entrevue n'aura aucune incidence sur vos activités quotidiennes et ne perturbera pas votre routine.
- Pour les gestionnaires, les entrevues pourront se faire en présentiel ou à distance (visioconférence sécurisée), selon vos disponibilités. Comme pour les résidents, les entrevues seront enregistrées avec votre consentement. Elles seront planifiées de manière à ne pas interférer avec vos responsabilités professionnelles et ne présenteront aucun impact sur votre emploi.
- Pour le personnel soignant, compte tenu de vos contraintes de temps, une entrevue plus courte d'environ 15 minutes est prévue. Elle portera sur quelques questions ciblées et pourra se dérouler en présentiel ou à distance. L'enregistrement audio se fera uniquement avec votre accord, et l'entretien sera organisé de façon à ne pas perturber votre horaire de travail.

2 AVANTAGES, RISQUES ET/OU INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

La recherche n'entraîne pas de risque ou de désavantage prévisible pour le participant, hormis le temps consacré à l'entretien. Il se pourrait que certaines questions suscitent une réflexion ou un inconfort mineur en lien avec l'expérience des chutes ou les changements dans la résidence, mais vous serez

libre de ne pas répondre à ces questions si vous le souhaitez.
Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel direct de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à améliorer les services offerts en résidence pour personnes âgées, notamment en ce qui concerne la prévention des chutes et l'implantation de nouvelles technologies.

En cas de besoin, vous trouverez les coordonnées d'une personne-ressource qualifiée en annexe, à qui vous pourrez vous adresser si vous ressentez un inconfort ou un malaise à la suite de votre participation.

1 CONFIDENTIALITÉ, CONSERVATION DES DONNÉES ET DIFFUSION

1.1 Confidentialité

Le chercheur principal est responsable de contrôler l'accès au matériel brut et aux données non dénominalisées. Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants:
Les entretiens seront réalisés et enregistrés par la chercheuse principale. Les fichiers audios seront ensuite transcrits et codés. Chaque participant se verra attribuer un code alphanumérique unique. Toutes les données identifiables (nom, prénom, coordonnées, éléments contextuels trop précis) seront supprimées des transcriptions afin de dépersonnaliser les données.

La liste reliant les codes alphanumériques aux identités réelles (clé de codage) sera conservée séparément, dans un dossier protégé par mot de passe. Aucun renseignement permettant d'identifier les participants ne figurera dans les documents d'analyse.

Seule la chercheuse principale aura accès aux données identifiables. Si un accès est requis par la directrice de recherche, ce sera uniquement à des fins de supervision académique et dans le respect des mêmes règles de confidentialité.

Les données ne seront utilisées que pour ce projet. Aucune réutilisation secondaire ne sera faite sans l'obtention d'un consentement spécifique du participant.

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec à Rimouski. En cas d'utilisation de supports externes (ex. clé USB, …), ceux-ci seront chiffrés.

1.2 Conservation

Les mesures de protection prévues pendant la conservation et l'élimination des données sont les suivantes:

- Tout le matériel de la recherche au format numérique (ex. : enregistrements audio ou vidéo, transcriptions) sera conservé dans un entrepôt de données institutionnelles sécurisées de l'UQAR (SABRE), accessible uniquement par le chercheur principal et sa direction de recherche.
- Les documents au format papier (ex. : formulaires de consentement) seront conservés dans un classeur verrouillé dans un bureau sécurisé à l'UQAR (bureau de la direction de recherche).
- La clé de code (permettant de faire le lien entre les participants et leurs données) sera conservée par le chercheur principal dans un espace distinct, également sécurisé, et séparée des données et des formulaires de consentement. Ces mesures visent à protéger la confidentialité et à limiter tout risque de réidentification.

Le matériel de la recherche sera conservé pendant une période minimale de 7 ans,

- conformément aux recommandations du comité d'éthique. Passé ce délai, tous les documents numériques seront supprimés à l'aide d'un logiciel de destruction sécurisé recommandé par l'UQAR. Les documents papier seront détruits par le service de déchiquetage de l'UQAR.
- Aucune utilisation secondaire des données n'est prévue.

8.3 Diffusion

Les résultats de cette recherche seront diffusés dans le cadre du mémoire de maîtrise de l'étudiante-chercheure, ainsi que possiblement dans le cadre de présentations académiques ou de publications scientifiques. En aucun cas, la diffusion des résultats ne permettra d'identifier les participants.
Un court résumé des résultats de la recherche pourra être transmis aux personnes participantes qui en feront la demande, en inscrivant leur adresse courriel à l'endroit prévu à cet effet à la fin du formulaire de consentement.

8.4 Clause de divulgation

La confidentialité des informations partagées par les participants est assurée, dans les limites prévues par les lois québécoises et canadiennes. Toutefois, si au cours de l'entretien, des informations sont divulguées laissant croire à une situation de maltraitance, de négligence ou de danger grave pour la vie ou l'intégrité d'une personne, la chercheure se réserve le droit de signaler la situation aux autorités compétentes, conformément à ses obligations légales.

9 PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de ne pas répondre à certaines questions sans avoir à vous justifier, et ce, sans conséquence négative.
Vous pouvez vous retirer du projet en tout temps, sans avoir à fournir de justification, simplement en en informant la chercheure responsable du projet, et ce, sans qu'il y ait de préjudice.
En cas de retrait, avant de procéder à la destruction de vos données, il vous sera demandé si vous consentez à ce que les données recueillies jusqu'à la date de votre retrait soient conservées aux fins de cette recherche. Si vous ne consentez pas, toutes les données vous concernant seront détruites de manière sécuritaire, selon les modalités en vigueur à l'UQAR au moment du retrait.
Enfin, toute nouvelle information ou découverte pouvant influencer votre décision de poursuivre votre participation à cette étude vous sera communiquée sans délai par courriel à l'adresse que vous aurez inscrite dans l'espace prévu à la fin de ce formulaire. Si vous préférez un autre moyen de communication (ex. téléphone), vous pouvez le spécifier également.

10 INDEMNITÉ COMPENSATOIRE

Aucune rémunération ni compensation financière n'est offerte dans le cadre de cette recherche. Votre participation est entièrement volontaire et ne donne lieu à aucune forme de paiement, remboursement de frais ou tirage.

11 PERSONNES-RESSOURCES

Si vous éprouvez un malaise pendant et après une activité impliquant votre participation à ce projet de recherche, contactez sans frais la ligne d'aide psychosociale en composant le 811.

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche, ou si vous rencontrez un problème que vous croyez lié à votre participation au projet, vous pouvez communiquer avec la personne responsable du projet :
Sonia-Esther Tchouassi Chouale
Étudiante à la maîtrise en gestion de projet – UQAR
Courriel : tchs0017@uqar.ca
Téléphone : 418-750-1126

Le cas échéant, vous pouvez également contacter la direction de recherche :
Nancy Michaud, Ph. D, CPA auditrice
Directrice de l'Unité départementale des sciences de la gestion
Courriel : nancy_michaud01@uqar.ca
Téléphone : 418-723-1986, poste 1799, bureau A-220

Pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Rimouski aux coordonnées suivantes :

Par courriel : cer@uqar.ca
Par téléphone – Secrétariat du décanat de la recherche : 418-723-1986 poste 1540 (ligne sans frais : 1-800-511-3382)
Par la poste :
Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAR
300, allée des Ursulines, C.P. 3300, succ. A
Rimouski (Québec), G5L 3A1

8 REMERCIEMENT

Votre collaboration est précieuse et essentielle à la réalisation de cette étude. Nous vous remercions sincèrement pour le temps, l'attention et l'engagement que vous consacrez à votre participation. Votre contribution permettra d'approfondir la réflexion sur ce projet de recherche et nous vous en sommes très reconnaissants.

9 CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

- ☐ Je consens à ce que l'entretien auquel je participerai soit enregistré audio et transcrit intégralement.
- ☐ Je consens à ce que à ce que des extraits anonymisés de mes propos soient utilisés dans des publications, présentations ou documents issus de cette recherche (par exemple : mémoire, rapport, article scientifique).

Dans le cadre du projet intitulé : « **De l'expérimentation à l'extension d'un système de détection des chutes en résidence pour personnes âgées : perception et gestion des parties prenantes, bénéfices organisationnels, économiques et humains »**, j'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement et je comprends suffisamment bien le projet pour que mon consentement soit éclairé. Je suis satisfait des réponses à mes questions et du temps que j'ai eu pour prendre ma décision. Je consens donc à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Je comprends que je suis libre d'accepter de participer et que je pourrai me retirer en tout temps de la recherche si je le désire, sans aucun préjudice ni justification de ma part. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom et signature du participant **Date**

- ☐ Je souhaite recevoir par courriel un court résumé des résultats de la recherche

L'adresse électronique à laquelle je souhaite recevoir ce court résumé est la suivante :

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement **Date**

Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je confirme avoir moi-même, ou un membre autorisé de l'équipe de recherche, expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, répondu aux questions qu'il a posées et lui avoir clairement indiqué qu'il pouvait à tout moment mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant à cette recherche.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche **Date**

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

- ☐ Je consens à ce que l'entretien auquel je participerai soit enregistré audio et transcrit intégralement.
- ☐ Je consens à ce que à ce que des extraits anonymisés de mes propos soient utilisés dans des publications, présentations ou documents issus de cette recherche (par exemple : mémoire, rapport, article scientifique).

Dans le cadre du projet intitulé : « **De l'expérimentation à l'extension d'un système de détection des chutes en résidence pour personnes âgées : perception et gestion des parties prenantes, bénéfices organisationnels, économiques et humains »**, j'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement et je comprends suffisamment bien le projet pour que mon consentement soit éclairé. Je suis satisfait des réponses à mes questions et du temps que j'ai eu pour prendre ma décision. Je consens donc à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Je comprends que je suis libre d'accepter de participer et que je pourrai me retirer en tout temps de la recherche si je le désire, sans aucun préjudice ni justification de ma part. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

_____

Nom et signature du participant **Date**

- ☐ Je souhaite recevoir par courriel un court résumé des résultats de la recherche

L'adresse électronique à laquelle je souhaite recevoir ce court résumé est la suivante :

_____

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement **Date**

Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je confirme avoir moi-même, ou un membre autorisé de l'équipe de recherche, expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, répondu aux questions qu'il a posées et lui avoir clairement indiqué qu'il pouvait à tout moment mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant à cette recherche.

_____

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche **Date**

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Aaltonen, K. (2011). Project stakeholder analysis as an environmental interpretation process. *International Journal of Project Management*, *29*(2), 165-183. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2010.02.001

Abedi, H., Ansariyan, A., Morita, P. P., Wong, A., Boger, J., & Shaker, G. (2023). AI-Powered Noncontact In-Home Gait Monitoring and Activity Recognition System Based on mm-Wave FMCW Radar and Cloud Computing. *IEEE Internet of Things Journal*, *10*(11), 9465-9481. https://doi.org/10.1109/JIOT.2023.3235268

Abedi, H., Boger, J., Morita, P. P., Wong, A., & Shaker, G. (2022). Hallway Gait Monitoring System Using an In-Package Integrated Dielectric Lens Paired with a mm-Wave Radar. *Sensors (Basel)*, *23*(1). https://doi.org/10.3390/s23010071

Aceto, G., Persico, V., & Pescapé, A. (2018). The role of Information and Communication Technologies in healthcare: taxonomies, perspectives, and challenges. *Journal of Network and Computer Applications*, *107*, 125-154. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jnca.2018.02.008

Aditya, I. E., Wisdarianto, A., & Raharjo, T. (2022, 8-9 Dec. 2022). Analysis of Critical Success Factors in Information Technology Projects: A National Shipping Company Case Study. 2022 Seventh International Conference on Informatics and Computing (ICIC),

Adjekum, A., Blasimme, A., & Vayena, E. (2018). Elements of Trust in Digital Health Systems: Scoping Review. *J Med Internet Res*, *20*(12), e11254. https://doi.org/10.2196/11254

Agarwal, R., Gao, G., DesRoches, C., & Jha, A. K. (2010). Research Commentary—The Digital Transformation of Healthcare: Current Status and the Road Ahead. *Information Systems Research*, *21*(4), 796-809. https://doi.org/10.1287/isre.1100.0327

Agence de la santé publique du Canada. (2021). *Chutes chez les aînés au Canada – Infographie*. Gouvernement du Canada. https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/chutes-chez-aines-canada-deuxieme-rapport/chutes-chez-aines-canada-infographie.html

Ahonen, O., Kouri, P., Kinnunen, U. M., Junttila, K., Liljamo, P., Arifulla, D., & Saranto, K. (2016). The Development Process of eHealth Strategy for Nurses in Finland. *Stud Health Technol Inform*, *225*, 203-207.

Alam, P., Bolio, A., Lin, L., & Larson, H. J. (2024). Stakeholders' perceptions of personal health data sharing: A scoping review. *PLOS Digital Health*, *3*(11), e0000652. https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000652

Alashqur, A. (2016). Towards A Broader Adoption of Agile Software Development Methods. *International Journal of Advanced Computer Science and Applications*, *7*(12). https://doi.org/10.14569/IJACSA.2016.071212

Albasha, N., Ahern, L., O'Mahony, L., McCullagh, R., Cornally, N., McHugh, S., & Timmons, S. (2023). Implementation strategies to support fall prevention interventions in long-term care facilities for older persons: a systematic review. *BMC Geriatrics*, *23*(1), 47. https://doi.org/10.1186/s12877-023-03738-z

Ali, O., Sherstha, A., Soar, J., & Wamba, S. F. (2018). Cloud computing-enabled healthcare opportunities, issues, and applications: a systematic review. *Health Policy and Technology*(43), 146-158. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2018.07.009

Alias, Z., Zawawi, E. M. A., Yusof, K., & Aris, N. M. (2014). Determining Critical Success Factors of Project Management Practice: A Conceptual Framework. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *153*, 61-69. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.10.041

Almulhim, M., Islam, N., & Zaman, N. (2019). A lightweight and secure authentication scheme for IoT based e-health applications. *International Journal of Computer Science and Network Security*, *19*(1), 107-120.

AlNuaimi, B. K., Kumar Singh, S., Ren, S., Budhwar, P., & Vorobyev, D. (2022). Mastering digital transformation: The nexus between leadership, agility, and digital strategy. *Journal of Business Research*, *145*, 636-648. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2022.03.038

Alsène, É. (1998). Le changement technologique en entreprise. *Technologies de l'information et société*, *1(1)*, 91-108.

Anderson, N., De Dreu, C., & Nijstad, B. (2004). The Routinization of Innovation Research: A Constructively Critical Review of the State-of-the-Science. *Journal of Organizational Behavior*, *25*, 147-173. https://doi.org/10.1002/job.236

Angell, M. (2008). Privatizing health care is not the answer: lessons from the United States. *Canadian Medical Association Journal*, *179*(9), 916. https://doi.org/10.1503/cmaj.081177

Ansoff, H. I., & McDonnell, E. J. (1990). *Implanting Strategic Management*. Prentice Hall.

Arcand, M. (2011). *La gestion stratégique du changement: conceptions théoriques, modèles diagnostiques et choix de l'intervention*. Éditions Nouvelles.

Arcand, M. (2024). *La gesttion stratégique du changement*. Éditions JFD.

Aubry, M., Richer, M.-C., & Lavoie-Tremblay, M. l. (2014). Governance performance in complex environment: The case of a major transformation in a university hospital. *International Journal of Project Management*, *32*(8), 1333-1345. https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2013.07.008

Augustine, S. (2005). *Managing agile projects*. Prentice Hall Professional Technical Reference.

Autissier, D., Johnson, K., & Metais-Wiersch, E. (2018). Du Changement à la Transformation. *Question(s) de management*, *n° 21*(2), 45-54. https://doi.org/10.3917/qdm.182.0045

Autissier, D., & Moutot, J.-M. (2016). *Méthode de conduite du changement. Diagnostic, accompagnement, performance* (Vol. 4^e éd.). Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.autis.2016.01

Autissier, D., Moutot, J.-M., Johnson, K., & Métais-Wiersch, E. (2022). *La boîte à outils de la conduite du changement et de la transformation*. Dunod.

Autissier, D., & Moutot, J. M. (2003). *Pratiques de la conduite du changement: Comment passer du discours à l'action*. Dunod.

Autissier, D., Vandangeon, I., Vas, A., & Johnson, K. (2024). *Conduite du changement : concepts-clés. 60 ans de pratiques héritées des auteurs fondateurs* (Vol. 3^e éd.). Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.autis.2024.01

Avolio, B. J., Kahai, S., & Dodge, G. E. (2000). E-leadership: Implications for theory, research, and practice. *The Leadership Quarterly*, *11*(4), 615-668. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1048-9843(00)00062-X

Axelos. (2015). *PRINCE2 Agile* (Le bureau de papeterie, Ed.).

Babineau, L., & Lessard, L. (2015). Organizational Agility, Project Management and Healthcare Reorganization: a Case Study in Organizational Change. *Journal of Modern Project Management*, *3*, 88-99.

Badewi, A. (2016). The impact of project management (PM) and benefits management (BM) practices on project success: Towards developing a project benefits governance framework. *International Journal of Project Management*, *34*(4), 761-778. https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2015.05.005

Bareil, C. (2008). Démystifier la résistance au changement: questions, constats et implications sur l'expérience du changement. *Télescope*, *14*, 89-105.

Bareil, C., & l'entrepreneurship, F. d. (2004). *Gérer le volet humain du changement*. Transcontinental.

Bareil, C. l. (2004). *Gérer le volet humain du changement*. Éditions Transcontinental ; Éditions de la Fondation de l'entrepreneurship. http://banq.pretnumerique.ca/accueil/isbn/9782894728161

Barker, P., Church, J.,. A Good Decision? The New Arrangement for Health Care in Ontario. *Canadian Political Science Review*.

Barlow, J., Bayer, S., & Curry, R. (2006). Implementing complex innovations in fluid multi-stakeholder environments: Experiences of 'telecare'. *Technovation*, *26*(3), 396-406. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.technovation.2005.06.010

Barlow, J. B., Giboney, J. S., Schuetzler, R. M., Keith, M. J., Wilson, D. W., Lowry, P. B., & Vance, A. (2011). Overview and guidance on agile development in large organizations. *Communications of the Association for Information Systems*, *29*(1), 25-44.

Barr, P. S., Stimpert, J. L., & Huff, A. S. (1992). Cognitive change, strategic action, and organizational renewal. *Strategic Management Journal*, *13*(S1), 15-36. https://doi.org/https://doi.org/10.1002/smj.4250131004

Beer, M., & Eisenstat, R. A. (1996). Developing an Organization Capable of Implementing Strategy and Learning. *Human Relations*, *49*(5), 597-619. https://doi.org/10.1177/001872679604900504

Belassi, W., & Tukel, O. I. (1996). A new framework for determining critical success/failure factors in projects. *International Journal of Project Management*, *14*(3), 141-151. https://doi.org/10.1016/0263-7863(95)00064-X

Bellini, E., & Canonico, P. (2008). Knowing communities in project driven organizations: Analysing the strategic impact of socially constructed HRM practices. *International Journal of Project Management*, *26*(1), 44-50. https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2007.08.007

Ben Sedrine Doghri, S., Horchani, S. C., & Mouelhi, M. (2021). The e-leadership linking inter-organisational collaboration and ambidextrous innovation. *International Journal of Innovation Management*, *25*(04), 2150043.

Bergmann, T., & Karwowski, W. (2019). Agile Project Management and Project Success: A Literature Review. In *Advances in Human Factors, Business Management and Society : Proceedings of the AHFE 2018 International Conference on Human Factors, Business Management and Society, July 21-25, 2018, Loews Sapphire Falls Resort at Universal Studios, Orlando, Florida, USA* (pp. 405). https://doi.org/10.1007/978-3-319-94709-9_39

Berridge, C., & Wetle, T. F. (2020). Why Older Adults and Their Children Disagree About In-Home Surveillance Technology, Sensors, and Tracking. *Gerontologist*, *60*(5), 926-934. https://doi.org/10.1093/geront/gnz068

Biancone, P., Secinaro, S., Marseglia, R., & Calandra, D. (2023). E-health for the future. Managerial perspectives using a multiple case study approach. *Technovation*, *120*, 102406. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.technovation.2021.102406

Boehm, B. (2002). Get ready for agile methods, with care. *Computer*, *35*(1). https://doi.org/10.1109/2.976920

Boonstra, A., & Broekhuis, M. (2010). Barriers to the acceptance of electronic medical records by physicians from systematic review to taxonomy and interventions. *BMC health services research*, *10*(1), 231. https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-231

Boonstra, A., & Broekhuis, M. (2010). Barriers to the acceptance of electronic medical records by physicians from systematic review to taxonomy and interventions. *BMC health services research*, *10*, 231. https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-231

Boonstra, A., Versluis, A., & Vos, J. F. (2014). Implementing electronic health records in hospitals: a systematic literature review. *BMC health services research*, *14*, 370. https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-370

Bourne, M., Mills, J., Wilcox, M., Neely, A., & Platts, K. (2000). Designing, implementing and updating performance measurement systems. *International Journal of Operations & Production Management*, *20*(7), 754-771. https://doi.org/10.1108/01443570010330739

Bredin, K., & Söderlund, J. (2011). *Human Resource Management in Project-Based Organizations: The HR Quadriad Framework* (1 ed.). Palgrave Macmillan Ltd.

Breese, R. (2012). Benefits realisation management: Panacea or false dawn? *International Journal of Project Management*, *30*(3), 341-351. https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2011.08.007

Bresciani, S., Ferraris, A., Romano, M., & Santoro, G. (2021). *Digital Transformation Management for Agile Organizations: A Compass to Sail the Digital World*. Emerald Publishing Limited. https://doi.org/10.1108/9781800431713

Buckner, J. H., Chowell, G., & Springborn, M. R. (2021). Dynamic prioritization of COVID-19 vaccines when social distancing is limited for essential workers. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *118*(16), e2025786118. https://doi.org/10.1073/pnas.2025786118

Buljac-Samardzic, M., Doekhie, K. D., & van Wijngaarden, J. D. H. (2020). Interventions to improve team effectiveness within health care: a systematic review of the past decade. *Human Resources for Health*, *18*(1), 2. https://doi.org/10.1186/s12960-019-0411-3

Burke, W. W. (2017). *Organization Change: Theory and Practice*. SAGE Publications.

Burnes, B. (2009). *Managing Change: A Strategic Approach to Organisational Dynamics*. Prentice Hall/Financial Times.

Burns, T., & Stalker, G. M. (1961). *The Management of Innovation*. Tavistock Publications. https://books.google.ca/books?id=WLtfAAAAIAAJ

Cameron, K. S., & Quinn, R. E. (2011). *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework*. Wiley.

Carlgren, L., Elmquist, M., & Rauth, I. (2016). The Challenges of Using Design Thinking in Industry – Experiences from Five Large Firms. *Creativity and Innovation Management*, *25*(3), 344-362. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/caim.12176

Carnall, C. A. (2007). *Managing Change in Organizations*. Financial Times Prentice Hall.

Carvalho, M. M. d., Patah, L. A., & de Souza Bido, D. g. (2015). Project management and its effects on project success: Cross-country and cross-industry comparisons. *International Journal of Project Management*, *33*(7), 1509-1522. https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2015.04.004

Carvalho, W. C. D. S., Rosa, P. F., Soares, M. D. S., Cunha Jr, M. A. T. D., Buiatte, L. C., Da Cunha, M. A. T., & th International Conference of the Chilean Computer Science Society, S. (2012). A comparative analysis of the agile and traditional software development processes productivity. *Proceedings - International Conference of the Chilean Computer Science Society, SCCC*, 74-82. https://doi.org/10.1109/SCCC.2011.11

Cavalieri, A., & Saisse, M. (2019). Hybrid project management for sociotechnical digital transformation context. *Brazilian Journal of Operations & Production Management*, *16*, 316-332. https://doi.org/10.14488/BJOPM.2019.v16.n2.a12

Ceipek, R., Hautz, J., Petruzzelli, A. M., De Massis, A., & Matzler, K. (2021). A motivation and ability perspective on engagement in emerging digital technologies: The case of Internet of Things solutions. *Long Range Planning*, *54*(5), 101991. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.lrp.2020.101991

Champagne, F. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé [ressource électronique]*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Chandler, A. D. (1966). *Strategy and Structure: Chapters in the History of the Industrial Enterprise*. Doubleday. https://books.google.ca/books?id=mKfjhPZTkB8C

Cheng, B.-W., Luo, C.-M., Chiu, W.-H., & Chen, K.-H. (2009). Applying cluster analysis to build a patient-centric healthcare service strategy for elderly patients. *International*

Journal of Technology Management, *47*(1/2/3), 145-160. https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1504/IJTM.2009.024119

Chin, G. (2004). *Agile project management : how to succeed in the face of changing project requirements*. AMACOM.

Cobb, C. G. (2015). *The project manager's guide to mastering agile : principles and practices for an adaptive approach* http://site.ebrary.com/lib/alltitles/Doc?id=11004211

Cobianchi, L., Dal Mas, F., & Ansaloni, L. (2022). Editorial: New Frontiers for Artificial Intelligence in Surgical Decision Making and its Organizational Impacts [Editorial]. *Frontiers in Surgery*, *Volume 9 - 2022*. https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.933673

Cobianchi, L., Dal Mas, F., Peloso, A., Pugliese, L., Massaro, M., Bagnoli, C., & Angelos, P. (2020). Planning the Full Recovery Phase: An Antifragile Perspective on Surgery After COVID-19. *Annals of Surgery*, *272*(6). https://journals.lww.com/annalsofsurgery/fulltext/2020/12000/planning_the_full_recovery_phase__an_antifragile.51.aspx

Collerette, P., Delisle, G., & Perron, R. (1997). *Changement organisationnel : Théorie et pratique* (1 ed.). Presses de l'Université du Québec. https://doi.org/10.2307/j.ctv18pgxpj

Collerette, P., Lauzier, M., & Schneider, R. (2021). *Le pilotage du changement, 3e édition*.

Collins, S. A., Alexander, D., & Moss, J. (2015). Nursing domain of CI governance: recommendations for health IT adoption and optimization. *J Am Med Inform Assoc*, *22*(3), 697-706. https://doi.org/10.1093/jamia/ocu001

Colquhoun, H. L., Levac, D., O'Brien, K. K., Straus, S., Tricco, A. C., Perrier, L., Kastner, M., & Moher, D. (2014). Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *Journal of Clinical Epidemiology*, *67*(12), 1291-1294. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.03.013

Conforto, E. C., & Amaral, D. C. (2016). Agile project management and stage-gate model—A hybrid framework for technology-based companies. *Journal of Engineering and Technology Management*, *40*, 1-14. https://doi.org/10.1016/j.jengtecman.2016.02.003

Conforto, E. P., Rebentisch, E. P., & Amaral, D. P. (2014). The Building Blocks of Agility as a Team's Competence in Project Management. In.

Cooke-Davies, T. (2002). The "real" success factors on projects. *International Journal of Project Management*, *20*(3), 185-190. https://doi.org/10.1016/S0263-7863(01)00067-9

Cooper, R. G. (2016). Agile-Stage-Gate Hybrids The Next Stage for Product Development. *Research Technology Management*, *59*(1), 21-29.

Cooper, R. G., & Sommer, A. F. (2018). Agile–Stage-Gate for Manufacturers. *Research-Technology Management*, *61*(2), 17-26. https://doi.org/10.1080/08956308.2018.1421380

Crawford, L. (2006). Developing Organizational Project Management Capability: Theory and Practice. *Project Management Journal*, *37*(3), 74-86. https://doi.org/10.1177/875697280603700308

Crawford, L., & Project Management Institute. (2008). *Situational sponsorship of projects and programs : an empirical review*. Project Management Institute. http://www.books24x7.com/marc.asp?bookid=35837

Cresswell, K. M., & Sheikh, A. (2015). Health information technology in hospitals: current issues and future trends. *Future Hospital Journal*, *2*(1), 50-56. https://doi.org/https://doi.org/10.7861/futurehosp.15.015

Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE Publications.

Crête, J. (2016). L'éthique en recherche sociale. In B. Gauthier & I. Bourgeois (Eds.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. Presses de l'Université du Québec.

Cristina, M., Nogueira, P., Oliveira, M. M., & Santos, C. (2024). Project management in healthcare: An examination of organizational competence. *Heliyon*, *10*(15). https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e35419

Crowder, J. A., & Friess, S. (2015). *Agile project management : managing for success*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-09018-4

Dahl, R. A. (1957). The concept of power. *Behavioral Science*, *2*(3), 201-215. https://doi.org/https://doi.org/10.1002/bs.3830020303

Dal Mas, F., Massaro, M., Rippa, P., & Secundo, G. (2023). The challenges of digital transformation in healthcare: An interdisciplinary literature review, framework, and future research agenda. *Technovation*, *123*. https://doi.org/10.1016/j.technovation.2023.102716

Dana, B. (2014). ADKAR Model vs Quality Management Change. *Annales of Dunarea de Jos University*.

Danijela Ciric, L., Lalic, B., Delić, M., Gracanin, D., & Stefanovic, D. (2022). How project management approach impact project success? From traditional to agile. *International Journal of Managing Projects in Business*, *15*(3), 494-521. https://doi.org/https://doi.org/10.1108/IJMPB-04-2021-0108

Davis, F. D. (1989). Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology. *Management Information Systems Quarterly*, *13*(3), 319-340. https://doi.org/10.2307/249008

de Bry, F., & Galindo, G. (2007). Une lecture croisée des théories du contrat psychologique et des parties prenantes : l'exemple des biotechnologies. *Revue de l'organisation responsable*, *Vol. 2*(1), 34-50. https://doi.org/10.54695/ror.021.0034

DeCarlo, D. (2004). *EXtreme project management: using leadership, principles, and tools to deliver value in the face of volatility* (1 ed.). Wiley.

Del Giudice, M., Scuotto, V., Papa, A., Tarba, S. Y., Bresciani, S., & Warkentin, M. (2021). A Self-Tuning Model for Smart Manufacturing SMEs: Effects on Digital Innovation. *Journal of Product Innovation Management*, *38*(1), 68-89. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jpim.12560

Denis, J.-L., & Van Gestel, N. (2015). Leadership and Innovation in Healthcare Governance. In E. Kuhlmann, R. H. Blank, I. L. Bourgeault, & C. Wendt (Eds.), *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance*. Palgrave Macmillan.

Denning, S. (2013). Why Agile can be a game changer for managing continuous innovation in many industries. *Strategy & Leadership*, *41*(2), 5-11. https://doi.org/10.1108/10878571311318187

Dent, E. B., & Goldberg, S. G. (1999). Challenging "resistance to change" [Article]. *Journal of Applied Behavioral Science*, *35*(1), 25-41. https://doi.org/10.1177/0021886399351003

Desai, M., Tardif-Douglin, M., Miller, I., Blitzer, S., Gardner, D. L., Thompson, T., Edmondson, L., & Levine, D. M. (2024). Implementation of Agile in healthcare: methodology for a multisite home hospital accelerator. *BMJ Open Qual*, *13*(2). https://doi.org/10.1136/bmjoq-2024-002764

Dickson, G., Lindstrom, R., Black, C., & Van der Gucht. (2012, 2012-06-19). *Evidence-Informed Change Management in Canadian Healthcare Organizations*. Canadian Foundation for Healthcare Improvement. https://canadacommons.ca/artifacts/1203342/evidence-informed-change-management-in-canadian-healthcare-organizations/

Dinnocenzo, D. (2006). *How to Lead from a Distance: Building Bridges in the Virtual Workplace*. The Walk the Talk Company.

Dobin, V., & Lazar, B. (2020). Project Management and Quality in Healthcare: A Systematic Literature Review. *IX*, 2330-4480.

Donaldson, L. (2001). *The Contingency Theory of Organizations*. SAGE Publications.

Dontenwill, E. (2005). Comment la théorie des parties prenantes peut-elle permettre d'opérationnaliser le concept de développement durable pour les entreprises? *Revue Sciences de Gestion*, *40*(211-212), 85-96 p. https://hal.science/hal-02311757

Drazin, R., & Van de Ven, A. H. (1985). Alternative Forms of Fit in Contingency Theory. *Administrative Science Quarterly*, *30*(4), 514-539. https://doi.org/10.2307/2392695

Dubas-Jakóbczyk, K., Albreht, T., Behmane, D., Bryndova, L., Dimova, A., Džakula, A., Habicht, T., Murauskiene, L., Scîntee, S. G., Smatana, M., Velkey, Z., & Quentin, W. (2020). Hospital reforms in 11 Central and Eastern European countries between 2008 and 2019: a comparative analysis. *Health policy*, *124*(4), 368-379. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.02.003

Duckett, S. (2011). Getting the Foundations Right: Alberta's Approach to Healthcare Reform. *Healthc Policy*, *6*(3), 22-27. https://doi.org/10.12927/hcpol.2013.22176

Duport, M. (2020). Chapitre 13. L'étude de cas. In *Produire du savoir et de l'action* (pp. 153-164). EMS Éditions. https://doi.org/10.3917/ems.peret.2020.01.0153

Duran, A., Saltman, R., & Jeurissen, P. (2016). Uncomfortable realities: the challenge of creating real change in Europe's consolidating hospital sector. *BMC health services research*, *16*, 15-23. http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1389-3

Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *The Academy of Management Review*, *14*(4), 532-550. https://doi.org/10.2307/258557

Elhoseny, M., Abdelaziz, A., Salama, A. S., Riad, A. M., Muhammad, K., & Sangaiah, A. K. (2018). A hybrid model of Internet of Things and cloud computing to manage big data in health services applications. *Future Generation Computer Systems*, *86*, 1383-1394. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.future.2018.03.005

Ennis-Cole, D. L., Cullum, P. M., & Iwundu, C. (2018). Physicians as Operational Leaders: Cost, Curriculum, Technology, and Organizational Challenges. *TechTrends*, *62*(3), 239-249. https://doi.org/10.1007/s11528-018-0273-x

Erhan, T., Uzunbacak, H. H., & Aydin, E. (2022). From conventional to digital leadership: exploring digitalization of leadership and innovative work behavior. *Management Research Review*, *45*(11), 1524-1543. https://doi.org/10.1108/mrr-05-2021-0338

Fauchard, T., & Le Cren, F. (2009). Présentation du programme intégré d'équilibre dynamique (PIED). *Science & Sports*, *24*(3), 152-159. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.scispo.2007.01.008

Fennelly, O., Cunningham, C., Grogan, L., Cronin, H., O'Shea, C., Roche, M., Lawlor, F., & O'Hare, N. (2020). Successfully implementing a national electronic health record: a rapid umbrella review. *International Journal of Medical Informatics*, *144*, 104281. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104281

Fermon, B., & Grandjean, P. (2015). *Performance et innovation dans les établissements de santé*. Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.fermo.2015.01

Fiedler, F. E. (1964). A Contingency Model of Leadership Effectiveness11The present paper is based on Technical Report No. 10, ONR Project "Group and Organizational Factors Influencing Creativity" (NR 177-472, Nonr 1834(36), Fred E. Fiedler, C. E. Osgood, L. M. Stolurow, and H. C. Triandis, Principal Investigators. The writer is especially indebted to his colleagues A. R. Bass, L. J. Cronbach, M. Fishbein, J. E. McGrath, W. A. T. Meuwese, C. E. Osgood, I. D. Steiner, H. C. Triandis, and L. R. Tucker, who offered suggestions and criticisms at various stages of this paper. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 1, pp. 149-190). Academic Press. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60051-9

Fiedler, F. E. (1967). *A theory of leadership effectiveness*. McGraw-Hill. https://books.google.ca/books?id=Gs5EAAAAIAAJ

Fierlbeck, K. (2019). Amalgamating Provincial Health Authorities: Assessing the Experience of Nova Scotia. *Health Reform Observer – Observatoire des Réformes de Santé*, *7*(3). https://doi.org/10.13162/hro-ors.v7i3.4046

Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, *12*(2), 219-245. https://doi.org/10.1177/1077800405284363

Ford, J. D., & Ford, L. W. (2010). Stop Blaming Resistance to Change and Start Using It [Article]. *Organizational Dynamics*, *39*(1), 24-36. https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2009.10.002

Form, W. H., Burns, T., & Stalker, G. M. (1963). The Management of Innovation. *Administrative Science Quarterly*, *8*(2), 271. https://doi.org/10.2307/2390904

Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière éducation. https://books.google.ca/books?id=IRcsjwEACAAJ

Fortune, J., & White, D. (2006). Framing of project critical success factors by a systems model. *International Journal of Project Management*, *24*(1), 53-65. https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2005.07.004

Franco-Trigo, L., Fernandez-Llimos, F., Martínez-Martínez, F., Benrimoj, S. I., & Sabater-Hernández, D. (2020). Stakeholder analysis in health innovation planning processes:

A systematic scoping review. *Health policy*, *124*(10), 1083-1099. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.06.012

Freeman, M., & Beale, P. (1992). *Measuring project success*. Project Management Institute.

Freeman, R. E. (1984). *Strategic Management: A Stakeholder Approach*. Pitman.

Frennert, S. (2021). Hitting a moving target: digital transformation and welfare technology in Swedish municipal eldercare. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, *16*(1), 103-111. https://doi.org/10.1080/17483107.2019.1642393

Gaboury, I., Bujold, M., Boon, H., & Moher, D. (2009). Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: Key components. *Social Science & Medicine*, *69*(5), 707-715. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.048

Gagnon, C., & Lafrance, M. (2011). *Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile. Recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique*. Institut national de santé publique du Québec. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1241_prevchutespersageesanalyserecomm.pdf

Gagnon, M.-P., Simonyan, D., Ghandour, E. K., Godin, G., Labrecque, M., Ouimet, M., & Rousseau, M. (2016). Factors influencing electronic health record adoption by physicians: A multilevel analysis. *International Journal of Information Management*, *36*(3), 258-270. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2015.12.002

Gagnon, M. P., Ghandour el, K., Talla, P. K., Simonyan, D., Godin, G., Labrecque, M., Ouimet, M., & Rousseau, M. (2014). Electronic health record acceptance by physicians: testing an integrated theoretical model. *J Biomed Inform*, *48*, 17-27. https://doi.org/10.1016/j.jbi.2013.10.010

Gagnon, Y. C. (2012). *L'etude de cas comme methode de recherche*. Presses de l'Universite du Quebec.

Garavand, A., Mohseni, M., Asadi, H., Etemadi, M., Moradi-Joo, M., & Moosavi, A. (2016). Factors influencing the adoption of health information technologies: a systematic review. *Electron Physician*, *8*(8), 2713-2718. https://doi.org/10.19082/2713

Garcia-Carbonell, N., Martin-Alcazar, F., & Sanchez-Gardey, G. (2015). Is double fit a sufficient condition for SHRM success? *International Journal of Organizational Analysis*, *23*(2), 264-284. https://doi.org/10.1108/IJOA-01-2013-0638

Gemino, A., Horner Reich, B., & Serrador, P. M. (2021). Agile, Traditional, and Hybrid Approaches to Project Success: Is Hybrid a Poor Second Choice? *Project Management Journal*, *52*(2), 161-175. https://doi.org/10.1177/8756972820973082

Ghosh, S., Hughes, M., Hodgkinson, I., & Hughes, P. (2022). Digital transformation of industrial businesses: A dynamic capability approach. *Technovation*, *113*, 102414. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.technovation.2021.102414

Gidel, T., & Zonghero, W. (2020). *Management de projet* (2e édition ed.). Lavoisier-Hermes.

Gilli, K., Lettner, N., & Guettel, W. (2024). The future of leadership: new digital skills or old analog virtues? *Journal of Business Strategy*, *45*(1), 10-16. https://doi.org/10.1108/jbs-06-2022-0093

Giroux, E. (1991). Convexité en topologie de contact. *Commentarii Mathematici Helvetici*, *66*(1), 637-677. https://doi.org/10.1007/BF02566670

Gjellebæk, C., Svensson, A., Bjørkquist, C., Fladeby, N., & Grundén, K. (2020). Management challenges for future digitalization of healthcare services. *Futures*, *124*, 102636. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.futures.2020.102636

Goebel, C. J. (2009). How Being Agile Changed Our Human Resources Policies. In *2009 Agile Conference* (pp. 101-106). https://doi.org/10.1109/AGILE.2009.49

Gordon, A. J., & Hornstein, H. (2014). *The symbiosis of project management and change management during healthcare integrated planning: a case study of Ontario's healthcare system* PMI Research and Education Conference, https://www.pmi.org/learning/library/project-change-management-healthcare-planning-1923

Gouvernement du Canada. (2022). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC 2)*. https://ethics.gc.ca/fra/tcps2-eptc2_2022_introduction.html

Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, *26*(2), 91-108. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x

Grashiller, M., Luedeke, T., & Vielhaber, M. (2017). *Integrated approach to the agile development with design thinking in an industrial environment*.

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, *82*(4), 581-629. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x

Greenhalgh, T., Wherton, J., Papoutsi, C., Lynch, J., Hughes, G., A'Court, C., Hinder, S., Fahy, N., Procter, R., & Shaw, S. (2017). Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies. *J Med Internet Res*, *19*(11), e367. https://doi.org/10.2196/jmir.8775

Grover, V., Tseng, S.-L., & Pu, W. (2022). A theoretical perspective on organizational culture and digitalization. *Information & Management*, *59*(4), 103639. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.im.2022.103639

Guha, S., & Kumar, S. (2018). Emergence of Big Data Research in Operations Management, Information Systems, and Healthcare: Past Contributions and Future Roadmap. *Production and Operations Management*, *27*(9), 1724-1735. https://doi.org/10.1111/poms.12833

H Payne, J., & Rodney Turner, J. (1999). Company-wide project management: the planning and control of programmes of projects of different type. *International Journal of Project Management*, *17*(1), 55-59. https://doi.org/10.1016/S0263-7863(98)00005-2

Hamel, G., & Trudel, J. (2001). Leading the Revolution. *Journal of Product Innovation Management*, *18*, 212–213. https://doi.org/10.1016/S0737-6782(01)00097-2

Hamidi, H. (2019). An approach to develop the smart health using Internet of Things and authentication based on biometric technology. *Future Generation Computer Systems*, *91*, 434-449. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.future.2018.09.024

Hanelt, A., Bohnsack, R., Marz, D., & Antunes Marante, C. (2021). A Systematic Review of the Literature on Digital Transformation: Insights and Implications for Strategy and

Organizational Change. *Journal of Management Studies*, *58*(5), 1159-1197. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/joms.12639

Harrell-Cook, G., Appelbaum, E., Bailey, T., Berg, P., & Kalleberg, A. L. (2001). Manufacturing Advantage: Why High-Performance Work Systems Pay off. *The Academy of Management Review*, *26*(3), 459. https://doi.org/10.2307/259189

Harvard Business Essentials. (2003). *Managing Creativity and Innovation*. Harvard Business School Press.

Heri Iswanto, A. (2019). Lean Academics: Lean Implementation On Campus *INTERNATIONAL JOURNAL OF SCIENTIFIC & TECHNOLOGY RESEARCH*, *8*(10), 1-7.

Hiatt, J. (2006). *ADKAR: A Model for Change in Business, Government and Our Community*.

Highsmith, J. A. (2010). *Agile project management : creating innovative products* (Second edition ed.). Addison-Wesley.

Hoda, R., & Murugesan, L. K. (2016). Multi-level agile project management challenges: A self-organizing team perspective. *The Journal of Systems & Software*, *117*, 245-257. https://doi.org/10.1016/j.jss.2016.02.049

Hofstede, G., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (2010). *Cultures and Organizations: Software of the Mind, Third Edition*. McGraw Hill LLC. https://books.google.ca/books?id=o4OqTgV3V00C

Holden, R. J., & Karsh, B.-T. (2010). The Technology Acceptance Model: Its past and its future in health care. *Journal of Biomedical Informatics*, *43*(1), 159-172. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbi.2009.07.002

Holtorf, A. P., Bertelsen, N., Jarke, H., Dutarte, M., Scalabrini, S., & Strammiello, V. (2024). Stakeholder perspectives on the current status and potential barriers of patient involvement in health technology assessment (HTA) across Europe [Article]. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, *40*(1), Article e81. https://doi.org/10.1017/S0266462324004707

Hornstein, H. A. (2015). The integration of project management and organizational change management is now a necessity. *International Journal of Project Management*, *33*(2), 291-298. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2014.08.005

Hubbart, J. A. (2023). Organizational Change: The Challenge of Change Aversion. *Administrative Sciences*, *13*(7), 162. https://www.mdpi.com/2076-3387/13/7/162

Hussein, B. (2019). The influence of project characteristics on project success factors. Insights from 21 real life project cases from Norway. *Procedia Computer Science*, *164*, 350-357. https://doi.org/10.1016/j.procs.2019.12.193

Hwang, J., & Christensen, C. M. (2008). Disruptive innovation in health care delivery: a framework for business-model innovation. *Health Aff (Millwood)*, *27*(5), 1329-1335. https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.5.1329

Ika, L. A. (2009). Project Success as a Topic in Project Management Journals. *Project Management Journal*, *40*(4), 6-19. https://doi.org/10.1002/pmj.20137

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, *N° 102*(3), 23-34. https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023

Inayat, I., Salim, S. S., Marczak, S., Daneva, M., & Shamshirband, S. (2015). A systematic literature review on agile requirements engineering practices and challenges. *Computers in Human Behavior*, *51*, 915-929. https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.10.046

Institut de la statistique du Québec. (2025). *L'évolution du Québec depuis 25 ans selon les travaux de l'ISQ*. L. i. d. l. s. d. Québec. https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/evolution-quebec-25-ans.pdf

Institut national de santé publique du Québec. (2022). *Chutes chez les personnes aînées*. https://www.inspq.qc.ca/securite-prevention-de-la-violence-et-des-traumatismes/prevention-des-traumatismes-non-intentionnels/dossiers/chutes-chez-les-aines

IPMA. (2016). Organisational competence baseline for developing competence in managing by projects. *IPMA Global Standard. Version*, *1*.

ISO. (2006). *ISO 26000:2010(en) Guidance on social responsibility*. https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:26000:ed-1:v1:en

Jalo, H., & Pirkkalainen, H. (2024). Effect of user resistance on the organizational adoption of extended reality technologies: A mixed methods study. *International Journal of Information Management*, *75*, 102731. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2023.102731

Jiang, K., Lepak, D. P., Han, K., Hong, Y., Kim, A., & Winkler, A.-L. (2012). Clarifying the construct of human resource systems: Relating human resource management to employee performance. *Human Resource Management Review*, *22*(2), 73-85. https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2011.11.005

Johnston, K., Grimmer-Somers, K., & Sutherland, M. (2010). Perspectives on use of personal alarms by older fallers. *Int J Gen Med*, *3*, 231-237. https://doi.org/10.2147/ijgm.s12603

Jordan, S., Zabukovšek, S. S., & Klančnik, I. Š. (2022). Document Management System – A Way to Digital Transformation. *Naše gospodarstvo/Our economy*, *68*(2), 43-54. https://doi.org/10.2478/ngoe-2022-0010

Joslin, R., & Müller, R. (2015). New Insights into Project Management Research: A Natural Sciences Comparative. *Project Management Journal*, *46*(2), 73-89. https://doi.org/10.1002/pmj.21472

Joslin, R., & Müller, R. (2016). The impact of project methodologies on project success in different project environments. *International Journal of Managing Projects in Business*, *9*(2), 364-388. https://doi.org/https://doi.org/10.1108/IJMPB-03-2015-0025

Jugdev, K., & Mathur, G. (2013). Bridging situated learning theory to the resource-based view of project management. *International Journal of Managing Projects in Business*, *6*(4), 633-653. https://doi.org/10.1108/IJMPB-04-2012-0012

Jugdev, K., & Müller, R. (2005). A Retrospective look at our Evolving Understanding of Project Success. *Project Management Journal*, *36*(4), 19-31. https://doi.org/10.1177/875697280503600403

Jun, H., & Aguila, E. (2021). Private Insurance and Mental Health among Older Adults with Multiple Chronic Conditions: A Longitudinal Analysis by Race and Ethnicity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(5).

Kairy, D., Lehoux, P., & Vincent, C. (2014). Exploring routine use of telemedicine through a case study in rehabilitation. *Rev Panam Salud Publica*, *35*(5-6), 337-344.

Kane, G. C., Phillips, A. N., Copulsky, J., & Andrus, G. (2019). How digital leadership is (n't) different. *MIT Sloan management review*, *60*(3), 34-39.

Kanter, R. M. (1989). The new managerial work. *Harv Bus Rev*, *67*(6), 85-92.

Kaplan, B. (2020). REVISITING HEALTH INFORMATION TECHNOLOGY ETHICAL, LEGAL, and SOCIAL ISSUES and EVALUATION: TELEHEALTH/TELEMEDICINE and COVID-19. *International Journal of Medical Informatics*, *143*, 104239. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104239

Kashyap, A., Yadav, A. K., Vatsa, O. N., Chandaka, T. N., & Shukla, O. J. (2022). Investigation of the critical success factors in the implementation of the lean industry 4.0 in manufacturing supply chain: an ISM approach. *Management of Environmental Quality: An International Journal*, *34*(4), 981-996. https://doi.org/10.1108/meq-04-2022-0109

Kerzner, H. (2013). *Project management : a systems approach to planning, scheduling, and controlling* (11th ed.). Wiley.

Khalil, H., & Tricco, A. C. (2022). Differentiating between mapping reviews and scoping reviews in the evidence synthesis ecosystem. *Journal of Clinical Epidemiology*, *149*, 175-182. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2022.05.012

Kickbusch, I. (2003). The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *Am J Public Health*, *93*(3), 383-388. https://doi.org/10.2105/ajph.93.3.383

Kitsios, F., & Kapetaneas, N. (2022). Digital Transformation in Healthcare 4.0: Critical Factors for Business Intelligence Systems. *Information*, *13*(5), 247. https://www.mdpi.com/2078-2489/13/5/247

Klein, K. J., & Sorra, J. S. (1996). The Challenge of Innovation Implementation. *The Academy of Management Review*, *21*(4), 1055-1080. https://doi.org/10.2307/259164

Kloppenborg, T. J., & Opfer, W. A. (2002). The Current State of Project Management Research: Trends, Interpretations, and Predictions. *Project Management Journal*, *33*(2), 5-18. https://doi.org/10.1177/875697280203300203

Kludacz-Alessandri, M., Hawrysz, L., Żak, K., & Zhang, W. (2025). The impact of digital transformational leadership on digital intensity among primary healthcare entities: a moderated mediation model. *BMC health services research*, *25*(1), 117. https://doi.org/10.1186/s12913-025-12283-x

Kokol, P., Blažun Vošner, H., Kokol, M., & Završnik, J. (2022). Role of Agile in Digital Public Health Transformation [Perspective]. *Frontiers in Public Health*, *Volume 10 - 2022*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.899874

Kolltveit, B. J., Karlsen, J. T., & Grønhaug, K. (2007). Perspectives on project management. *International Journal of Project Management*, *25*(1), 3-9. https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2005.12.002

Komisar, V., Dojnov, A., Yang, Y., Shishov, N., Chong, H., Yu, Y., Bercovitz, I., Cusimano, M. D., Becker, C., Mackey, D. C., & Robinovitch, S. N. (2022). Injuries from falls by older adults in long-term care captured on video: Prevalence of impacts and injuries to body parts. *BMC Geriatrics*, *22*(1), 343. https://doi.org/10.1186/s12877-022-03041-3

Koning, C. (2022). Strategic Management for Healthcare Organizations: Navigating the Challenges of Complexity. 17-25.

Konttila, J., Siira, H., Kyngäs, H., Lahtinen, M., Elo, S., Kääriäinen, M., Kaakinen, P., Oikarinen, A., Yamakawa, M., Fukui, S., Utsumi, M., Higami, Y., Higuchi, A., & Mikkonen, K. (2019). Healthcare professionals' competence in digitalisation: A systematic review. *J Clin Nurs*, *28*(5-6), 745-761. https://doi.org/10.1111/jocn.14710

Kotter, J. P. (1990). *Force For Change: How Leadership Differs from Management*. Free Press.

Kotter, J. P. (1996). *Leading Change*. Harvard Business Review Press.

Kotter, J. P., & Schlesinger, L. A. (1979). Choosing Strategies for Change. In *Readings in Strategic Management*. Harvard Business Review.

Kraus, S., Schiavone, F., Pluzhnikova, A., & Invernizzi, A. C. (2021). Digital transformation in healthcare: Analyzing the current state-of-research. *Journal of Business Research*, *123*, 557-567. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.10.030

Kubitza, J., Schneider, I. T., & Reuschenbach, B. (2023). Concept of the term long lie: a scoping review. *Eur Rev Aging Phys Act*, *20*(1), 16. https://doi.org/10.1186/s11556-023-00326-3

Kuhnow, J., Hoben, M., Weeks, L. E., Barber, B., & Estabrooks, C. A. (2022). Factors Associated with Falls in Canadian Long Term Care Homes: a Retrospective Cohort Study. *Canadian Geriatrics Journal*, *25*(4), 328-335. https://doi.org/10.5770/cgj.25.623

Kujala, S., Hörhammer, I., Heponiemi, T., & Josefsson, K. (2019). The Role of Frontline Leaders in Building Health Professional Support for a New Patient Portal: Survey Study. *J Med Internet Res*, *21*(3), e11413. https://doi.org/10.2196/11413

Kumari, A., Tanwar, S., Tyagi, S., & Kumar, N. (2018). Fog computing for Healthcare 4.0 environment: Opportunities and challenges. *Computers & Electrical Engineering*, *72*, 1-13. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.compeleceng.2018.08.015

Laarraf, Z., Valant Gandja, S., & Tchankam, J.-P. (2015). RSE et PME : éclairage par la théorie des parties prenantes à partir de la grille de Mitchell, Agle et wood. *Management & Prospective*, *Volume 32*(1), 35-53. https://doi.org/10.3917/g2000.321.0035

Lahdesmaki, M. (2005). When Ethics Matters – Interpreting the Ethical Discourse of Small Nature-Based Entrepreneurs. *Journal of Business Ethics*, *61*(1), 55-68. https://doi.org/10.1007/s10551-005-5333-4

Laidoune, A., Zid, C., & Sahraoui, N. (2021). Innovate and Overcome Resistance to Change to Improve the Resilience of Systems and Organizations. *Journal of the Knowledge Economy*, *13*, 1-16. https://doi.org/10.1007/s13132-021-00840-8

Landers, C., Vayena, E., Amann, J., & Blasimme, A. (2023). Stuck in translation: Stakeholder perspectives on impediments to responsible digital health. *Front Digit Health*, *5*, 1069410. https://doi.org/10.3389/fdgth.2023.1069410

Länsisalmi, H., Kivimäki, M., Aalto, P. M., & Ruoranen, R. (2006). Innovation in Healthcare: A Systematic Review of Recent Research. *Nursing science quarterly*, *19*, 66-72; discussion 65. https://doi.org/10.1177/0894318405284129

Lapierre, N., Carpentier, I., St-Arnaud, A., Ducharme, F., Meunier, J., Jobidon, M., & Rousseau, J. (2016). Vidéosurveillance intelligente et détection des chutes : perception des professionnels et des gestionnaires:Intelligent videosurveillance and falls detection: Perceptions of professionals and managers. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *83*(1), 33-41. https://doi.org/10.1177/0008417415580431

Lapierre, N., Proulx Goulet, C., St-Arnaud, A., Ducharme, F., Meunier, J., Turgeon Londei, S., Saint-Arnaud, J., Giroux, F., & Rousseau, J. (2015). Perception et réceptivité des proches-aidants à l'égard de la vidéosurveillance intelligente pour la détection des chutes des aînés à domicile. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, *34*(4), 445-456. https://doi.org/10.1017/S0714980815000392

Larson, E. W., Gray, C. F., Guillotte, C.-A., Charbonneau, J. e., Lussier, K., Merrien, A.-M., Charbonneau, J., Charlebois, J., & Courtois, A. (2019). *Management de projet* (3e édition ed.). Chenelière éducation.

Laukka, E., Pölkki, T., & Kanste, O. (2022). Leadership in the context of digital health services: A concept analysis. *Journal of Nursing Management*, *30*(7), 2763-2780. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jonm.13763

Lavoie-Tremblay, M., Aubry, M., Cyr, G., Richer, M. C., Fortin-Verreault, J. F., Fortin, C., & Marchionni, C. (2017). Innovation in health service management: Adoption of project management offices to support major health care transformation. *J Nurs Manag*, *25*(8), 657-665. https://doi.org/10.1111/jonm.12505

Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1967). *Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration*. Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University. https://books.google.ca/books?id=VlJIAAAAMAAJ

Leal-Rodríguez, A. L., Sanchís-Pedregosa, C., Moreno-Moreno, A. M., & Leal-Millán, A. G. (2023). Digitalization beyond technology: Proposing an explanatory and predictive model for digital culture in organizations. *Journal of Innovation & Knowledge*, *8*(3), 100409. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jik.2023.100409

Lemak, C. H., Pena, D., Jones, D. A., Kim, D. H., & Guptill, J. (2024). Leadership to Accelerate Healthcare's Digital Transformation: Evidence From 33 Health Systems. *Journal of Healthcare Management*, *69*(4), 267-279. https://doi.org/10.1097/jhm-d-23-00210

Lepak, D. P., & Snell, S. A. (2002). Examining the Human Resource Architecture: The Relationships Among Human Capital, Employment, and Human Resource Configurations. *Journal of Management*, *28*(4), 517-543. https://doi.org/10.1177/014920630202800403

Leviss, J. (2011). HIT or Miss - Studying Failures to Enable Success. *Appl Clin Inform*, *2*(3), 345-349. https://doi.org/10.4338/aci-2011-03-ie-0020

Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, *2, 4*, 34-46. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1946.tb02295.x

Lewin, K., & Cartwright, D. (1951). *Field Theory in Social Science: Selected Theoretical Papers*. Harper.

Liebe, J. D., Hüsers, J., & Hübner, U. (2016). Investigating the roots of successful IT adoption processes - an empirical study exploring the shared awareness-knowledge of Directors of Nursing and Chief Information Officers. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *16*(1), 10. https://doi.org/10.1186/s12911-016-0244-0

Ling Kuo, R. Y., Freethy, A., Smith, J., Hill, R., C, J., Jerome, D., Harriss, E., Collins, G. S., Tutton, E., & Furniss, D. (2024a). Stakeholder perspectives towards diagnostic artificial intelligence: a co-produced qualitative evidence synthesis. *eClinicalMedicine*, *71*, 102555. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102555

Ling Kuo, R. Y., Freethy, A., Smith, J., Hill, R., C, J., Jerome, D., Harriss, E., Collins, G. S., Tutton, E., & Furniss, D. (2024b). Stakeholder perspectives towards diagnostic artificial intelligence: a co-produced qualitative evidence synthesis. *eClinicalMedicine*, *71*. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102555

Loftus, T. J., Tighe, P. J., Filiberto, A. C., Efron, P. A., Brakenridge, S. C., Mohr, A. M., Rashidi, P., Upchurch, G. R., Jr, & Bihorac, A. (2020). Artificial Intelligence and Surgical Decision-making. *JAMA Surgery*, *155*(2), 148-158. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.4917

Loi canadienne sur la santé (L.R.C. (1985), ch. C-6), (1985). https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-6/TexteComplet.html

Long, J. C., Roberts, N., Francis-Auton, E., Sarkies, M. N., Nguyen, H. M., Westbrook, J. I., Levesque, J.-F., Watson, D. E., Hardwick, R., Churruca, K., Hibbert, P., & Braithwaite, J. (2024). Implementation of large, multi-site hospital interventions: a realist evaluation of strategies for developing capability. *BMC health services research*, *24*(1), 303. https://doi.org/10.1186/s12913-024-10721-w

López-Martínez, F., Núñez-Valdez, E. R., García-Díaz, V., & Bursac, Z. (2020). A Case Study for a Big Data and Machine Learning Platform to Improve Medical Decision Support in Population Health Management. *Algorithms*, *13*(4), 102. https://www.mdpi.com/1999-4893/13/4/102

Luchs, M. G., Swan, S., & Griffin, A. (2015). *Design Thinking: New Product Development Essentials from the PDMA*. Wiley. https://books.google.ca/books?id=PutRCgAAQBAJ

Madanian, S., Nakarada-Kordic, I., Reay, S., & Chetty, T. h. (2023). Patients' perspectives on digital health tools. *PEC Innovation*, *2*, 100171. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2023.100171

Malewska, K., Cyfert, S., Chwiłkowska-Kubala, A., Mierzejewska, K., & Szumowski, W. (2024). The missing link between digital transformation and business model innovation in energy SMEs: The role of digital organisational culture. *Energy Policy*, *192*, 114254. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.enpol.2024.114254

Manns, B. J., Hastings, S., Marchildon, G., & Noseworthy, T. (2024). Health system structure and its influence on outcomes: The Canadian experience. *Healthcare Management Forum*, *37*(5), 340-350. https://doi.org/10.1177/08404704241248559

Manogaran, G., Varatharajan, R., Lopez, D., Kumar, P. M., Sundarasekar, R., & Thota, C. (2018). A new architecture of Internet of Things and big data ecosystem for secured smart healthcare monitoring and alerting system. *Future Generation Computer Systems*, *82*, 375-387. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.future.2017.10.045

Marchese, S., Gastaldi, L., & Corso, M. (2023). Thriving in turbulent environments through adaptive forms of organizing. *Management Decision*, *63*(6), 2038-2060. https://doi.org/10.1108/md-05-2022-0655

Marin-Garcia, J. A., & Martinez Tomas, J. (2016). Deconstructing AMO framework: a systematic review. *Intangible Capital*, *12*(4), 1040. https://doi.org/10.3926/ic.838

Marmor, T., & Wendt, C. (2012). Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy. *Health policy*, *107*(1), 11-20. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.06.003

Marques, I. C. P., & Ferreira, J. J. M. (2020). Digital transformation in the area of health: systematic review of 45 years of evolution. *Health and Technology*, *10*(3), 575-586. https://doi.org/10.1007/s12553-019-00402-8

Maurer, M., Mangrum, R., Hilliard-Boone, T., Amolegbe, A., Carman, K. L., Forsythe, L., Mosbacher, R., Lesch, J. K., & Woodward, K. (2022). Understanding the Influence and Impact of Stakeholder Engagement in Patient-centered Outcomes Research: a Qualitative Study. *J Gen Intern Med*, *37*(Suppl 1), 6-13. https://doi.org/10.1007/s11606-021-07104-w

Maurer, R. (1996). Using resistance to build support for change. *The Journal for Quality and Participation*, *19*(3), 56.

Maurer, R. (1996). Using resistance to build support to change. *Journal for Quality and Participation*, *19*, 56-63.

May, C. R., Cummings, A., Girling, M., Bracher, M., Mair, F. S., May, C. M., Murray, E., Myall, M., Rapley, T., & Finch, T. (2018). Using Normalization Process Theory in feasibility studies and process evaluations of complex healthcare interventions: a systematic review. *Implementation Science*, *13*(1), 80. https://doi.org/10.1186/s13012-018-0758-1

May, C. R., Cummings, A., Girling, M., Bracher, M., Mair, F. S., May, C. M., Murray, E., Myall, M., Rapley, T., & Finch, T. (2018). Using Normalization Process Theory in feasibility studies and process evaluations of complex healthcare interventions: a systematic review. *Implement Sci*, *13*(1), 80. https://doi.org/10.1186/s13012-018-0758-1

Mayer, R., & Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. G. Morin.

McAvoy, J., & Butler, T. (2009). The role of project management in ineffective decision making within Agile software development projects. *European Journal of Information Systems*, *18*(4), 372-383. https://doi.org/10.1057/ejis.2009.22

Melanie Pfaff, Y., Judith Wohlleber, A., Münch, C., Küffner, C., & Hartmann, E. (2023). How digital transformation impacts organizational culture – A multi-hierarchical

perspective on the manufacturing sector. *Computers & Industrial Engineering*, *183*, 109432. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cie.2023.109432

Merriam, S. B. (1988). *Case study research in education: A qualitative approach*. Jossey-Bass.

Miceli, L., Dal Mas, F., Biancuzzi, H., Bednarova, R., Rizzardo, A., Cobianchi, L., & Holmboe, E. S. (2022). Doctor@Home: Through a Telemedicine Co-production and Co-learning Journey. *Journal of Cancer Education*, *37*(4), 1236-1238. https://doi.org/10.1007/s13187-020-01945-5

Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2018). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. SAGE Publications.

Mills, T. R., Vavroch, J., Bahensky, J. A., & Ward, M. M. (2010). Electronic medical record systems in critical access hospitals: leadership perspectives on anticipated and realized benefits. *Perspect Health Inf Manag*, *7*(Spring), 1c.

Milosevic, D., Inman, L., & Ozbay, A. (2001). Impact of Project Management Standardization on Project Effectiveness. *Engineering Management Journal*, *13*(4), 9-16. https://doi.org/10.1080/10429247.2001.11415133

Milosevic, D., & Patanakul, P. (2005). Standardized project management may increase development projects success. *International Journal of Project Management*, *23*(3), 181-192. https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2004.11.002

Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Ed. d'Organisation.

Mir, F. A., & Pinnington, A. H. (2014). Exploring the value of project management: Linking Project Management Performance and Project Success. *International Journal of Project Management*, *32*(2), 202-217. https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2013.05.012

Misra, S. C., Kumar, V., & Kumar, U. (2009). Identifying some important success factors in adopting agile software development practices. *The Journal of Systems & Software*, *82*(11), 1869-1890. https://doi.org/10.1016/j.jss.2009.05.052

Mitchell, R. K., Agle, B. R., & Wood, D. J. (1997). Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts. *The Academy of Management Review*, *22*(4), 853-886. https://doi.org/10.2307/259247

Mohanarajah, S., & Jabar, M. A. (2015). An improved adaptive and dynamic hybrid agile methodology to enhance software project success deliveries. *Journal of Theoretical and Applied Information Technology*, *75*(3), 301-325.

Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., Aguilar-Navarro, S., Alexander, N. B., Becker, C., Blain, H., Bourke, R., Cameron, I. D., Camicioli, R., Clemson, L., Close, J., Delbaere, K., Duan, L., Duque, G., Dyer, S. M.,…Masud, T. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age Ageing*, *51*(9). https://doi.org/10.1093/ageing/afac205

Montero-Odasso, M. M., Kamkar, N., Pieruccini-Faria, F., Osman, A., Sarquis-Adamson, Y., Close, J., Hogan, D. B., Hunter, S. W., Kenny, R. A., Lipsitz, L. A., Lord, S. R., Madden, K. M., Petrovic, M., Ryg, J., Speechley, M., Sultana, M., Tan, M. P., Van Der Velde, N., Verghese, J., & Masud, T. (2021). Evaluation of Clinical Practice

Guidelines on Fall Prevention and Management for Older Adults: A Systematic Review [Article]. *JAMA Network Open*, *4*(12), Article e2138911. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.38911

Moran, J. W., & Brightman, B. K. (2001). Leading organizational change. *Career Development International*, *6*(2), 111-119. https://doi.org/10.1108/13620430110383438

Morrison, E. W., & Milliken, F. J. (2000). Organizational Silence: A Barrier to Change and Development in a Pluralistic World. *The Academy of Management Review*, *25*(4), 706-725. https://doi.org/10.2307/259200

Mullenbach, A. (2007). L'apport de la théorie des parties prenantes à la modélisation de la responsabilité sociétale des entreprises. *La Revue des Sciences de Gestion*, *n°223*(1), 109-120. https://doi.org/10.3917/rsg.223.0109

Müller, R., & Jugdev, K. (2012). Critical success factors in projects. *International Journal of Managing Projects in Business*, *5*(4), 757-775. https://doi.org/10.1108/17538371211269040

Müller, R., & Turner, R. (2007). The Influence of Project Managers on Project Success Criteria and Project Success by Type of Project. *European Management Journal*, *25*(4), 298-309. https://doi.org/10.1016/j.emj.2007.06.003

Müller, S., Obwegeser, N., Glud, J., & Johildarson, G. (2019). Digital Innovation and Organizational Culture: The Case of a Danish Media Company. *Scandinavian Journal of Information Systems*, *31*, 3-34.

Munzer, B. W., Khan, M. M., Shipman, B., & Mahajan, P. (2019). Augmented Reality in Emergency Medicine: A Scoping Review. *J Med Internet Res*, *21*(4), e12368. https://doi.org/10.2196/12368

Murphy, A., Bourke, J., & Turner, B. (2020). A two-tiered public-private health system: Who stays in (private) hospitals in Ireland? *Health policy*, *124*(7), 765-771. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.04.003

Mutlag, A. A., Abd Ghani, M. K., Arunkumar, N., Mohammed, M. A., & Mohd, O. (2019). Enabling technologies for fog computing in healthcare IoT systems. *Future Generation Computer Systems*, *90*, 62-78. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.future.2018.07.049

Nguyen, T. H. D., Chileshe, N., Rameezdeen, R., & Wood, A. (2019). External stakeholder strategic actions in projects: A multi-case study. *International Journal of Project Management*, *37*(1), 176-191. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2018.12.001

Nilsen, P., Seing, I., Ericsson, C., Birken, S. A., & Schildmeijer, K. (2020). Characteristics of successful changes in health care organizations: an interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses. *BMC health services research*, *20*(1), 147. https://doi.org/10.1186/s12913-020-4999-8

Norris, J. M., White, D. E., Nowell, L., Mrklas, K., & Stelfox, H. T. (2017). How do stakeholders from multiple hierarchical levels of a large provincial health system define engagement? A qualitative study. *Implementation Science*, *12*(1), 98. https://doi.org/10.1186/s13012-017-0625-5

Nurcan, S., Barrios, J., & Rolland, C. (2002). Une méthode pour la définition de l'impact organisationnel du changement. *Ingénierie des Systèmes d'Information*, *7*, 107-137.

Nyman, H. J., & Öörni, A. (2023). Successful projects or success in project management - are projects dependent on a methodology? *International Journal of Information Systems and Project Management*, *11*(4), 5-25. https://doi.org/10.12821/ijispm110401

O'Shaughnessy, W. (2006). *La conception et l'évaluation de projet*. Les éditions SMG.

Omachonu, V., & Einspruch, N. (2010). Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework. *The Innovation Journal: The public sector Innovation Journal*, *15*.

Omrani, N., Rejeb, N., Maalaoui, A., Dabić, M., & Kraus, S. (2024). Drivers of Digital Transformation in SMEs. *IEEE Transactions on Engineering Management*, *71*, 5030-5043. https://doi.org/10.1109/TEM.2022.3215727

OMS. (1946). *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*. Retrieved 22-06-2025 from https://www.who.int/fr/about/governance/constitution

OMS. (2007). *Rapport mondial de l'OMS sur la prévention des chutes chez les personnes âgées*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241563536

OMS. (2021). *Chutes*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls

Oreg, S., & Berson, Y. (2019). Leaders' impact on organizational change: Bridging theoretical and methodological chasms [Article]. *Academy of Management Annals*, *13*(1), 272-307. https://doi.org/10.5465/annals.2016.0138

Oreg, S., Vakola, M., & Armenakis, A. (2011). Change recipients' reactions to organizational change: A 60-year review of quantitative studies [Review]. *Journal of Applied Behavioral Science*, *47*(4), 461-524. https://doi.org/10.1177/0021886310396550

Organisation internationale de normalisation. (2012). *Lignes directrices sur le management de projet = Guidance on project management* (Première édition, 2012-09-01 ed.). ISO.

Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé - Résolutions et décisions, annexes (WHA69/2016/REC/1)*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-fr.pdf

Owen, R., Koskela, L. J., Henrich, G., & Codinhoto, R. (2006). *Is agile project management applicable to construction?* In http://usir.salford.ac.uk/9369/1/2006_IS_AGILE_PROJECT_MANAGEMENT_APPLICABLE_TO_IGLC14.pdf

Pacagnella, A. C., da Silva, S. L., Pacífico, O., de Arruda Ignacio, P. S., & da Silva, A. L. (2019). Critical Success Factors for Project Manufacturing Environments. *Project Management Journal*, *50*(2), 243-258. https://doi.org/10.1177/8756972819827670

Pace, P., Aloi, G., Gravina, R., Caliciuri, G., Fortino, G., & Liotta, A. (2019). An Edge-Based Architecture to Support Efficient Applications for Healthcare Industry 4.0. *IEEE Transactions on Industrial Informatics*, *15*(1), 481-489. https://doi.org/10.1109/TII.2018.2843169

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin. https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01

Pakulska, T., & Religioni, U. (2023). Implementation of technology in healthcare entities – barriers and success factors. *Journal of Medical Economics*, *26*(1), 821-823. https://doi.org/10.1080/13696998.2023.2226537

Pan, J., Ding, S., Wu, D., Yang, S., & Yang, J. (2019). Exploring behavioural intentions toward smart healthcare services among medical practitioners: a technology transfer perspective. *International Journal of Production Research*, *57*(18), 5801-5820. https://doi.org/10.1080/00207543.2018.1550272

Parry, W., Kirsch, C., Carey, P., & Shaw, D. (2014). Empirical Development of a Model of Performance Drivers in Organizational Change Projects. *Journal of Change Management*, *14*(1), 99-125. https://doi.org/10.1080/14697017.2012.745894

Paul, J., & Zhou, Y. (2017). How to build sustainable innovation capability in supply chain management. *International Journal of Business and Globalisation*, *19*(04), 456-476.

Pellegrini, G., & Lovati, C. (2025). Stakeholders' engagement for improved health outcomes: a research brief to design a tool for better communication and participation. *Front Public Health*, *13*, 1536753. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1536753

Penno, E., Sullivan, T., Barson, D., & Gauld, R. (2021). Private choices, public costs: Evaluating cost-shifting between private and public health sectors in New Zealand. *Health policy*, *125*(3), 406-414. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.008

Pereira, V., Hadjielias, E., Christofi, M., & Vrontis, D. (2023). A systematic literature review on the impact of artificial intelligence on workplace outcomes: A multi-process perspective. *Human Resource Management Review*, *33*(1), 100857. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2021.100857

Piderit, S. K. (2000). Rethinking resistance and recognizing ambivalence: A multidimensional view of attitudes toward an organizational change [Review]. *Academy of Management Review*, *25*(4), 783-794. https://doi.org/10.5465/AMR.2000.3707722

Pinto, J. K. (2014). Project management, governance, and the normalization of deviance. *International Journal of Project Management*, *32*(3), 376-387. https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2013.06.004

Pinto, J. K., & Mantel, S. J. (1990). The causes of project failure. *IEEE Transactions on Engineering Management*, *37*(4). https://doi.org/10.1109/17.62322

Pinto, J. K., & Prescott, J. E. (1988). Variations in Critical Success Factors Over the Stages in the Project Life Cycle. *Journal of Management*, *14*(1), 5-18. https://doi.org/10.1177/014920638801400102

Pinto, J. K., & Slevin, D. P. (1988). *Critical success factors across the project life cycle*. Project Management Institute.

Pinto, J. K., & Slevin, D. P. (1989). CRITICAL SUCCESS FACTORS IN R&D PROJECTS. *Research Technology Management*, *32*(1), 31-35.

PMI. (2013). *A Guide to the Project Management Body of Knowledge: PMBOK Guide*. Project Management Institute. https://books.google.ca/books?id=FpatMQEACAAJ

PMI. (2017). *Project manager competency development framework* (Third ed.).

Predişcan, M., & Roiban, R. N. (2014). The Main Forces Driving Change in the Romanian SME's. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *124*, 236-245. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.02.482

Project Management, I. (2021). *The standard for project management and a guide to the project management body of knowledge (PMBOK® guide)* (Seventh edition ed.). Project Management Institute, Inc. https://ebookcentral.proquest.com/lib/uqar-ebooks/detail.action?docID=6636132

Project Management Institute. (2017). *Guide du corpus des connaissances en management de projet (Guide PMBOK)* (Sixième édition ed.). Project Management Institute Inc.

Radujković, M., & Sjekavica, M. (2017). Project Management Success Factors. *Procedia Engineering*, *196*, 607-615. https://doi.org/10.1016/j.proeng.2017.08.048

Ragnhild Nilsen, E. (2013). Organizing for learning and knowledge creation – are we too afraid to kill it? *International Journal of Managing Projects in Business*, *6*(2), 293-309. https://doi.org/10.1108/17538371311319034

Raimo, N., De Turi, I., Albergo, F., & Vitolla, F. (2023). The drivers of the digital transformation in the healthcare industry: An empirical analysis in Italian hospitals. *Technovation*, *121*, 102558. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.technovation.2022.102558

Rajan, J. P., & Rajan, S. E. (2018). An Internet of Things based physiological signal monitoring and receiving system for virtual enhanced health care network. *Technology and Health Care*, *26*(2), 379-385. https://doi.org/10.3233/thc-171173

Reichers, A. E., Wanous, J. P., & Austin, J. T. (1997). Understanding and Managing Cynicism about Organizational Change. *The Academy of Management Executive (1993-2005)*, *11*(1), 48-59. http://www.jstor.org/stable/4165371

Richer, M.-C., Marchionni, C., Lavoie-Tremblay, M., & Aubry, M. (2013). The Project Management Office: Transforming Healthcare in the Context of a Hospital Redevelopment Project. *Healthcare Management Forum*, *26*(3), 150-156. https://doi.org/10.1016/j.hcmf.2013.05.001

Robbins, S., Judge, T. A., Millett, B., & Boyle, M. (2013). *Organisational behaviour*. Pearson Higher Education AU.

Robinovitch, S. N., Feldman, F., Yang, Y., Schonnop, R., Leung, P. M., Sarraf, T., Sims-Gould, J., & Loughin, M. (2013). Video capture of the circumstances of falls in elderly people residing in long-term care: an observational study. *The Lancet*, *381*(9860), 47-54. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61263-X

Rockart, J. F. (1979). Chief executives define their own data needs. *Harvard business review*, *57*(2), 81-93.

Rodney Turner, J., Müller, R., & Dulewicz, V. (2009). Comparing the leadership styles of functional and project managers. *International Journal of Managing Projects in Business*, *2*(2), 198-216. https://doi.org/10.1108/17538370910949266

Rogers, E. M. (1995). *Diffusion des innovations* (4e ed.). Free Press.

Rolstadås, A., Tommelein, I., Morten Schiefloe, P., & Ballard, G. (2014). Understanding project success through analysis of project management approach. *International Journal of Managing Projects in Business*, *7*(4), 638-660. https://doi.org/10.1108/IJMPB-09-2013-0048

Rouleau, L. (2007). *Théories des organisations*

approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde (1 ed.). Presses de l'Université du Québec. https://doi.org/10.2307/j.ctv18ph5j9

Roy, S. N. (2016). L'étude de cas. In B. Gauthier & I. Bourgeois (Eds.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (6e ed.). Presses de l'Université du Québec.

Rumelt, R. P. (1995). Inertia and Transformation. In C. A. Montgomery (Ed.), *Resource-Based and Evolutionary Theories of the Firm: Towards a Synthesis* (pp. 101-132). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-2201-0_5

Sagarna Garcia, J. M., & Pereira Jerez, D. (2019). Agro-food projects: analysis of procedures within digital revolution. *International Journal of Managing Projects in Business*, *13*(3), 648-664. https://doi.org/10.1108/ijmpb-02-2019-0039

Sandkuhl, K., Shilov, N., & Smirnov, A. (2019). Facilitating Digital Transformation by Multi-Aspect Ontologies: Approach and Application Steps. *IFAC-PapersOnLine*, *52*(13), 1609-1614. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ifacol.2019.11.430

Sannino, G., Falco, I. D., & Pietro, G. D. (2019). A Continuous Noninvasive Arterial Pressure (CNAP) Approach for Health 4.0 Systems. *IEEE Transactions on Industrial Informatics*, *15*(1), 498-506. https://doi.org/10.1109/TII.2018.2832081

Santos, C., Varajão, J., Takagi, N., & Manuela Gonçalves, A. (2024). Model of driving factors for success in public health project management using structural equation modeling. *Scientific Reports*, *14*(1), 24647. https://doi.org/10.1038/s41598-024-75437-7

Sartori, R., Costantini, A., Ceschi, A., & Tommasi, F. (2018). How Do You Manage Change in Organizations? Training, Development, Innovation, and Their Relationships. *Front Psychol*, *9*, 313. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00313

Savoie-Zajc, L. (1997). L'entrevue semi-dirigée. In B. Gauther (Ed.), *Recherches en sciences sociales : de la problématique à la collecte des données* (3e ed.). Presses de l'Université du Québec.

Schein, E. H. (1992). *Organizational Culture and Leadership*. Wiley. https://books.google.ca/books?id=f_xOAAAAMAAJ

Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership* (Vol. 2). John Wiley & Sons.

Schieber, G. J., Organisation for Economic, C.-o., Development, Oecd Directorate for Social Affairs, M., & Education. (1987). *Financing and delivering health care : a comparative analysis of OECD countries*. OECD.

Schmidt, J. (2023). Mitigating risk of failure in information technology projects: Causes and mechanisms. *Project Leadership and Society*, *4*, 100097. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.plas.2023.100097

Secundo, G., Toma, A., Schiuma, G., & Passiante, G. (2019). Knowledge transfer in open innovation: A classification framework for healthcare ecosystems [Knowledge transfer in open innovation]. *Business Process Management Journal*, *25*(1), 144-163. https://doi.org/https://doi.org/10.1108/BPMJ-06-2017-0173

Sénior, B., & Swailes, S. (2016). *Organizational Change*. Pearson.

Serrador, P., & Pinto, J. K. (2015). Does Agile work? — A quantitative analysis of agile project success. *International Journal of Project Management*, *33*(5), 1040-1051. https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2015.01.006

Sharma, V., Kulkarni, V., Joon, T., Eurich, D. T., Simpson, S. H., Voaklander, D., Wright, B., & Samanani, S. (2023). Predicting falls-related admissions in older adults in Alberta, Canada: a machine-learning falls prevention tool developed using population administrative health data. *BMJ Open*, *13*(8), e071321. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071321

Sharpp, T. J., Lovelace, K., Cowan, L. D., & Baker, D. (2019). Perspectives of nurse managers on information communication technology and e-Leadership. *Journal of Nursing Management*, *27*(7), 1554-1562. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jonm.12845

Shenhar, A., Levy, O., & Dvir, D. (1997). *Mapping the dimensions of project success*. Project Management Institute.

Shenhar, A. J., Dvir, D., & Sharma, K. (2008). A.J.; Shenhar; D.; Dvir; Reinventing Project Management: The Diamond Approach To Successful Growth and Innovation; 2007; Harvard Business School Press; Boston, MA; 276 pp. *Technological Forecasting & Social Change*, *75*(3), 452-455. https://doi.org/10.1016/j.techfore.2007.12.001

Shishov, N., Komisar, V., Marigold, D. S., Blouin, J.-S., & Robinovitch, S. N. (2024). Interactions during falls with environmental objects: evidence from real-life falls in long-term care captured on video. *BMC Geriatrics*, *24*(1), 726. https://doi.org/10.1186/s12877-024-05306-5

Singh, A. K., Kumar, V., Hu, J., & Irfan, M. (2023). Investigation of barriers and mitigation strategies to blockchain technology implementation in construction industry: an interpretive structural modeling approach. *Environ Sci Pollut Res Int*, *30*(38), 89889-89909. https://doi.org/10.1007/s11356-023-28749-6

Snider, M. J. E., Maa, A. Y., Guyton, A. C., Park, H., Hunt, K. J., & Pope, C. (2022). Stakeholder perceptions affecting the implementation of teleophthalmology. *BMC health services research*, *22*(1), 1086. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08386-4

Sommer, A. F., Hedegaard, C., Dukovska-Popovska, I., & Steger-Jensen, K. (2015). Improved Product Development Performance through Agile/Stage-Gate Hybrids: The Next-Generation Stage-Gate Process? *Research-Technology Management*, *58*(1), 34-45. https://doi.org/10.5437/08956308X5801236

Sousa, M. J., Dal Mas, F., & Lopes Da Costa, R. L. (2021). Editorial EJKM Volume 18 Issue 3: Advances in Health Knowledge Management: New Perspectives. *Electronic Journal of Knowledge Management (Electron. J. Knowl. Manag.)*, *18*(3), 407-411. https://doi.org/https://doi.org/10.34190/ejkm.18.3.2137

Špundak, M. (2014). Mixed Agile/Traditional Project Management Methodology - Reality or Illusion? *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *119*, 939-948. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.105

Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. SAGE Publications.

Statistique Canada. (2010). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé (ESCC)*. Retrieved from https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=47963#a4

Stearns, F. W. (2010). One hundred years of pleiotropy: a retrospective. *Genetics*, *186*(3), 767-773. https://doi.org/10.1534/genetics.110.122549

Strebel, P. (1994). Choosing the Right Change Path. *California Management Review*, *36*(2), 29-51. https://doi.org/10.2307/41165743

Strudwick, G., Booth, R. G., Bjarnadottir, R. I., Rossetti, S., Friesen, M., Sequeira, L., Munnery, M., & Srivastava, R. (2019). The Role of Nurse Managers in the Adoption of Health Information Technology: Findings From a Qualitative Study. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, *49*(11), 549-555. https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000810

Strudwick, G., Nagle, L. M., Morgan, A., Kennedy, M. A., Currie, L. M., Lo, B., & White, P. (2019). Adapting and validating informatics competencies for senior nurse leaders in the Canadian context: Results of a Delphi study. *Int J Med Inform*, *129*, 211-218. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.06.012

Strudwick, G., Nagle, L. M., Morgan, A., Kennedy, M. A., Currie, L. M., Lo, B., & White, P. (2019). Adapting and validating informatics competencies for senior nurse leaders in the Canadian context: Results of a Delphi study. *International Journal of Medical Informatics*, *129*, 211-218. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.06.012

Stuart McKinlay, C. L. S., Paige Brown,Luxey Sirisegaram,Kristina M. Kokorelias. (2025). Privatized healthcare for older adults living with chronic illness: A scoping review protocol for synthesizing the state of knowledge on their experiences. *PLOS One*. https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0317184

Suarez-Herrera, J. C., Contandriopoulos, A.-P., de Araujo Hartz, Z. M., & Cupertino de Barros, F. P. (2017). *Améliorer la performance des systèmes de santé: Concepts, méthodes, pratiques* (P. d. l. U. d. Montréal, Ed.). https://doi.org/https://doi.org/10.4000/books.pum.11023

Sweetman, R., & Conboy, K. (2018). Portfolios of Agile Projects: A Complex Adaptive Systems' Agent Perspective. *Project Management Journal*, *49*(6), 18-38. https://doi.org/10.1177/8756972818802712

Tagscherer, F., & Carbon, C.-C. (2025). The role of transformational leadership in navigating digital servitization. *Sustainable Technology and Entrepreneurship*, *4*(2), 100098. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.stae.2025.100098

Talwar, S., Dhir, A., Islam, N., Kaur, P., & Almusharraf, A. (2023). Resistance of multiple stakeholders to e-health innovations: Integration of fundamental insights and guiding research paths. *Journal of Business Research*, *166*, 114135. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2023.114135

Tigre, F. B., Curado, C., & Henriques, P. L. (2023). Digital Leadership: A Bibliometric Analysis. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, *30*(1), 40-70. https://doi.org/10.1177/15480518221123132

Ting, D. S. W., Carin, L., Dzau, V., & Wong, T. Y. (2020). Digital technology and COVID-19. *Nature Medicine*, *26*(4), 459-461. https://doi.org/10.1038/s41591-020-0824-5

Todorović, M. L., Petrović, D. Č., Mihić, M. M., Obradović, V. L., & Bushuyev, S. D. (2015). Project success analysis framework: A knowledge-based approach in project

management. *International Journal of Project Management*, *33*(4), 772-783. https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2014.10.009

Tranfield, D., Denyer, D., & Smart, P. (2003). Towards a Methodology for Developing Evidence-Informed Management Knowledge by Means of Systematic Review. *British Journal of Management*, *14*(3), 207-222. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-8551.00375

Trowman, R., Migliore, A., & Ollendorf, D. A. (2023a). The value and impact of health technology assessment: discussions and recommendations from the 2023 Health Technology Assessment International Global Policy Forum [Article]. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, *39*(1), Article e75. https://doi.org/10.1017/S0266462323002763

Trowman, R., Migliore, A., & Ollendorf, D. A. (2023b). The value and impact of health technology assessment: discussions and recommendations from the 2023 Health Technology Assessment International Global Policy Forum. *Int J Technol Assess Health Care*, *39*(1), e75. https://doi.org/10.1017/s0266462323002763

Trushkina, N., Abazov, R., Rynkevych, N., & Bakhautdinova, G. (2020). Digital Transformation of Organizational Culture under Conditions of the Information Economy. *Virtual Economics*, *3*, 7-38. https://doi.org/10.34021/ve.2020.03.01(1)

Tsapnidou, E., Kelesi, M., Rovithis, M., Katharakis, G., Gerogianni, G., Dafogianni, C., Toylia, G., Fasoi, G., & Stavropoulou, A. (2024). Transformational Leadership—Quality Achievements and Benefits for the Healthcare Organizations: A Scoping Review. *Hospitals*, *1*(1), 87-103. https://www.mdpi.com/2813-4524/1/1/8

Tso. (2009). *Managing successful projects with PRINCE2* ([5th] ed.). TSO (The Stationary Office).

Turner, J. R., Anbari, F., & Bredillet, C. (2013). Perspectives on research in project management: the nine schools. *Global Business Perspectives*, *1*(1), 3-28. https://doi.org/10.1007/s40196-012-0001-4

Turner, R., & Boehm, B. (2005). Management Challenges to Implementing Agile Processes in Traditional Development Organizations. *IEEE Software*, *22*(5), 30-39. https://doi.org/10.1109/MS.2005.129

Turnock, B. J. (2012). *Public health : what it is and how it works* (Fifth edition ed.). Jones & Bartlett Learning.

van Gaans-Riteco, D., Stoop, A., & Wouters, E. (2025). Values of Stakeholders Involved in Applying Surveillance Technology for People With Dementia in Nursing Homes: Scoping Review. *JMIR Aging*, *8*, e64074. https://doi.org/10.2196/64074

Varkey, P., Horne, A., & Bennet, K. (2008). Innovation in Health Care: A Primer. *American journal of medical quality : the official journal of the American College of Medical Quality*, *23*, 382-388. https://doi.org/10.1177/1062860608317695

Velyako, V., & Musa, S. (2024). The Relationship Between Digital Organizational Culture, Digital Capability, Digital Innovation, Organizational Resilience, and Competitive Advantage. *Journal of the Knowledge Economy*, *15*(3), 11956-11975. https://doi.org/10.1007/s13132-023-01575-4

Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward A Unified View1. *Management Information Systems Quarterly*, *27*(3), 425-478. https://doi.org/10.2307/30036540

Vial, G. (2019). Understanding digital transformation: A review and a research agenda. *The Journal of Strategic Information Systems*, *28*(2), 118-144. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jsis.2019.01.003

Vrchota, J., Řehoř, P., Maříková, M., & Pech, M. (2021). Critical Success Factors of the Project Management in Relation to Industry 4.0 for Sustainability of Projects. *Sustainability*, *13*(1), 281. https://www.mdpi.com/2071-1050/13/1/281

Waddell, D., & Sohal, A. S. (1998). Resistance: a constructive tool for change management. *Management Decision*, *36*(8), 543-548. https://doi.org/10.1108/00251749810232628

Walton, E. J., & Dawson, S. (2001). Managers' Perceptions of Criteria of Organizational Effectiveness. *Journal of Management Studies*, *38*(2), 173-200. https://doi.org/10.1111/1467-6486.00233

Wang, G., Lu, R., & Guan, Y. L. (2019). Achieve Privacy-Preserving Priority Classification on Patient Health Data in Remote eHealthcare System. *IEEE Access*, *7*, 33565-33576. https://doi.org/10.1109/ACCESS.2019.2891775

Warrick, D. D. (2023). Revisiting resistance to change and how to manage it: What has been learned and what organizations need to do. *Business Horizons*, *66*(4), 433-441. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bushor.2022.09.001

Waterman, R. H., Peters, T. J., & Phillips, J. R. (1980). Structure is not organization. *Business Horizons*, *23*(3), 14-26. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0007-6813(80)90027-0

Wells, H. (2012). How Effective Are Project Management Methodologies? An Explorative Evaluation of Their Benefits in Practice. *Project Management Journal*, *43*(6), 43-58. https://doi.org/10.1002/pmj.21302

West, M. (1990). The Social Psychology of Innovation in Groups. *Innovations and Creativity at Work: Psychological and Organizational Strategies*.

White, D., & Fortune, J. (2002). Current practice in project management — an empirical study. *International Journal of Project Management*, *20*(1), 1-11. https://doi.org/10.1016/S0263-7863(00)00029-6

Williams, V. W., & Finkelstein, J. B. (2023). Speaking and listening: The importance of stakeholder engagement in quality improvement in pediatric urology. *Journal of Pediatric Urology*, *19*(6), 792-799. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2023.08.017

Woodward, J., Dawson, S., & Wedderburn, D. (1980). *Industrial organization theory and practice* (2e édition ed.). Oxford University Press.

Wright, P. M., Boxall, P., & Purcell, J. (2003). Strategy and Human Resource Management. *Industrial and Labor Relations Review*, *57*(1), 145. https://doi.org/10.2307/3590989

Wysocki, R. K. (2019). *Effective Project Management - Traditional, Agile, Extreme, Hybrid*. John Wiley and Sons. https://app.knovel.com/hotlink/toc/id:kpEPMTAEHF/effective-project-management?kpromoter=marc

Yalçın, C., Doğru, A., kaba, y., Acar, M., Eşiyok, K., & Işik, E. (2024). Methodology for Digitizing OIZs through Open Innovation. In (pp. 97-114).

Yetton, P., Martin, A., Sharma, R., & Johnston, K. (2000). A model of information systems development project performance. *Information Systems Journal*, *10*(4), 263-289. https://doi.org/10.1046/j.1365-2575.2000.00088.x

Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*. SAGE Publications.

Yin, R. K. (2014). *Case Study Research: Design and Methods*. Sage Publications.

Yin, Y., Wang, Y., & Lu, Y. (2019). Why firms adopt empowerment practices and how such practices affect firm performance? A transaction cost-exchange perspective. *Human Resource Management Review*, *29*(1), 111-124. https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2018.01.002

Zastempowski, M., & Cyfert, S. (2023). A new angle on SMEs' competitiveness. How do agility capabilities affect a firm's competitive position? *Journal of Organizational Change Management*, *36*(4), 635-662. https://doi.org/10.1108/jocm-09-2022-0255

Zavyalova, E., Sokolov, D., & Lisovskaya, A. (2020). Agile vs traditional project management approaches: Comparing human resource management architectures. *International Journal of Organizational Analysis*, *28*(5), 1095-1112. https://doi.org/https://doi.org/10.1108/IJOA-08-2019-1857

Zhang, Q., Yang, M., & Lv, S. (2022). Corporate Digital Transformation and Green Innovation: A Quasi-Natural Experiment from Integration of Informatization and Industrialization in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(20).