

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

OPTIMISATION DE LA TRAJECTOIRE DE SOINS ET SERVICES  
GÉRIATRIQUES : MISE EN ŒUVRE DES MEILLEURES DONNÉES  
PROBANTES

THÈSE DE DOCTORAT

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE L'OBTENTION DU  
DOCTORAT EN ADMINISTRATION – GESTION DE PROJET

PAR

MARIE CHANTAL LECLERC

GATINEAU, AOÛT 2021

## **PRÉSENTATION DU JURY**

CETTE THÈSE DE DOCTORAT A ÉTÉ ÉVALUÉE

PAR UN JURY COMPOSÉ DE:

Mme Véronique Nabelsi, directrice de thèse

Département des sciences administratives, Université du Québec en Outaouais

M. Stéphane Gagnon, président du jury

Département des sciences administratives, Université du Québec en Outaouais

M. Pierre-Paul Morin, examinateur interne

Département des sciences administratives, Université du Québec en Outaouais

Dre. Isabelle Vedel, examinatrice externe

Département de médecine de famille, Université McGill

## REMERCIEMENTS

La réalisation de cette thèse fut rendue possible grâce à la contribution inestimable et précieuse de certaines personnes. Les prochaines phrases sont donc dédiées à vous.

Je souhaite tout d'abord remercier chaleureusement ma directrice de thèse Madame Véronique Nabelsi. J'ai eu la chance de travailler en collaboration constante et étroite avec elle tout au long de mon parcours académique. J'ai reçu de sa part un encadrement conceptuel et méthodologique qui m'a beaucoup inspiré à poursuivre une carrière en enseignement et en recherche. Son enthousiasme inépuisable pour la recherche est définitivement contagieux. Grâce à elle, j'ai pu acquérir un bagage de connaissances d'une valeur incalculable. Merci.

J'adresse aussi un merci tout particulier à Monsieur Pierre-Paul Morin et à Dre. Isabelle Vedel qui ont si aimablement accepté de siéger sur le jury de cette thèse.

Je souhaite remercier Dr. Sylvain Croteau et Dre. Laurence Barraud, qui m'ont grandement inspirée à miser plus haut et à faire mieux.

Ensuite je tiens à remercier les membres de ma famille pour leur appui, leurs encouragements et leur motivation contagieuse qui m'a permis de compléter cette thèse.

Merci également à mes quatre petits cœurs: Florence, Léa-Rose, David et Ryan. Je remercie mon cher mari pour son soutien constant, son amour et sa patience face à ce projet interminable.

Enfin, je remercie les Fonds de l'innovation de soutien à l'innovation en santé et services sociaux (FSISSS), la Fondation Santé Gatineau du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSSO) et la Faculté de Médecine de l'Université McGill pour leur implication, sous la supervision de la chercheuse principale Madame Véronique Nabelsi, aux projets liés à la plateforme web de travail interactive et évolutive nommée SEKMED (Software for the Evolution of Knowledge in MEDicine). Ces projets financés ont rendu possible la réalisation de cette recherche doctorale.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	ix
LISTE DES TABLEAUX.....	x
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES .....	xii
RÉSUMÉ.....	xiv
ABSTRACT .....	xvii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I L'ÉVOLUTION POPULATIONNELLE ET L'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ .....	5
1.1 Observations, manifestations et défis liés au vieillissement.....	5
1.2 Modèles de prise en charge de la chronicité et de la personne âgée.....	11
1.3 Le système de santé .....	15
1.3.1 L'intégration.....	17
1.3.2 La qualité des soins et services .....	32
1.3.3 La performance .....	39
1.4 Bilan du chapitre.....	47
CHAPITRE II LA GESTION DE PROJET.....	51
2.1 Gestion de projet – d'hier à aujourd'hui.....	51
2.1.1 Développement et évolution de la gestion de projet .....	52
2.1.2 Gestion de projet dans le domaine de la santé .....	54
2.1.3 Sommaire .....	66
2.2 Trajectoire de soins et de services sociaux — projet intégrateur à optimiser ...	68
2.2.1 La trajectoire devient Le projet .....	68

2.2.2	Optimisation.....	73
2.2.3	Sommaire .....	81
2.3	Bilan du chapitre.....	81
CHAPITRE III RECHERCHE DOCTORALE EN GESTION DE PROJET EN SANTÉ.....		85
3.1	Retour sur la littérature — La préblématique .....	85
3.2	Écarts issus de la recension de la littérature .....	87
3.3	Projet de recherche .....	90
3.3.1	Plateforme de type wiki évolué.....	91
3.3.2	Dynamique collaborative professionnelle virtuelle.....	95
3.3.3	Valeur générée.....	95
3.3.4	Trajectoire de soins et services gériatriques.....	96
3.4	Sommaire.....	98
CHAPITRE IV STRATÉGIE DE RECHERCHE ET MÉTHODOLOGIE .....		100
4.1	Stratégie de recherche.....	100
4.1.1	Recherche-action.....	101
4.1.2	Sélection du type de recherche-action.....	102
4.1.3	Balises de la présente recherche-action.....	102
4.1.4	Survol des étapes de la recherche-action.....	104
4.1.5	Modèle conceptuel de recherche .....	107
4.1.6	Hypothèses .....	107
4.1.7	Sommaire .....	108
4.2	Stratégies visant la validité des résultats de la recherche-action .....	108
4.3	Stratégies spécifiques de recherche .....	111
4.3.1	Vision du monde de la chercheuse.....	111
4.3.2	Environnement de la recherche .....	113
4.3.3	Problématique et recension des écrits. ....	117
4.3.4	Acteurs ciblés et échantillonnage.....	117
4.3.5	Méthodes de collecte des données — opérationnalisation.....	122
4.4	Considérations éthiques de la recherche.....	127
4.4.1	Sommaire .....	130
4.5	Bilan de la stratégie de recherche .....	130

CHAPITRE V PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES.....	137
5.1 Préparation à la collecte de données.....	137
5.1.1 Cueillette des données sociales et démographiques.....	138
5.1.2 Guide d’entrevue : dynamique professionnelle collaborative virtuelle, utilisation des meilleures données probantes et trajectoire de soins et services gériatriques.....	138
5.1.3 Méthode d’administration de la cueillette de données sociales et démographiques et de l’entrevue.....	140
5.2 Collecte des données.....	141
5.2.1 Recrutement des acteurs.....	142
5.2.2 Accompagnement à l’utilisation de la plateforme wiki évoluée et observations participantes.....	143
5.2.3 Formulaire et entrevue semi-dirigée.....	146
5.2.4 Analyses documentaires et journal de recherche.....	148
5.2.5 Redondance informationnelle.....	150
5.2.6 Disponibilité des données.....	150
5.2.7 Sommaire.....	151
5.3 Traitement et analyse des données par groupe.....	152
5.3.1 Données sociales et démographiques.....	153
5.3.2 Professionnels de la santé et des services sociaux.....	155
5.3.3 Gestionnaires gériatriques.....	204
5.3.4 Acteurs clés en gestion de la qualité.....	248
5.3.5 Analyse entre les groupes — les professionnels, les gestionnaires et les acteurs clés en gestion de la qualité.....	300
CHAPITRE VI DISCUSSIONS.....	308
6.1 Synthèse des résultats.....	308
6.2 Contributions théoriques et pratiques.....	316
6.3 Forces et limites méthodologiques.....	323
6.4 Proposition d’un plan de communication des résultats de la recherche.....	328
6.5 Proposition d’un plan d’action à la lumière des résultats de la recherche.....	329
6.6 Pistes de recherches futures.....	332
CONCLUSION.....	335
ANNEXE 1 Formulaire : données sociales et démographiques.....	338

ANNEXE 2 Guide d'entrevue .....	339
RÉFÉRENCES.....	342



## LISTE DES FIGURES

Figure	Page
1.1 Modèle générique d'une trajectoire de soins et de services .....	20
1.2 De la discipline à la transdisciplinarité .....	28
1.3 Modèle de continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux .....	29
1.4 Triade de la médecine des preuves (MDP) .....	36
2.1 Trajectoire de soins et services sociaux.....	70
3.1 Cadre conceptuel général de la recherche .....	99
4.1 Modèle de recherche-action de Stringer & Genat (2004) .....	106
4.2 Trajectoire de soins et services contextualisée .....	114
4.3 Organigramme de la Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées	119
4.4 Modèle conceptuel de recherche .....	131
6.1 Pratique indépendante augmentée .....	319
6.2 Cartographie de la valeur .....	321

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
1.1 Principes fondamentaux des unités de soins gériatriques .....	13
1.2 Composantes de l'évaluation des signes AINÉES .....	14
1.3 Nature des interactions selon Careau et al. (2018) .....	30
1.4 Évolution populationnelle et organisation des soins de santé .....	49
2.1 Gestion de projet et domaine de la santé et des services sociaux .....	67
2.2 Le projet devient la trajectoire de soins et de services .....	73
2.3 Sommaire des concepts abordés en gestion de projet.....	83
4.1 Stratégies de validité de la recherche-action .....	110
4.2 Considérations éthiques selon Creswell .....	129
4.3 Bilan des activités de recherche.....	133
4.4 Calendrier des activités de recherche .....	135
5.1 Documents administratifs consultés et analysés dans le cadre de la recherche.....	149
5.2 Présentation des activités de collecte de données.....	152

5.3	Description des données sociales et démographiques par groupe .....	154
5.4	Synthèse des expériences et perspectives des professionnels.....	203
5.5	Synthèse des expériences et perspectives des gestionnaires en gériatrie ....	247
5.6	Contribution à l'optimisation de la trajectoire de soins/services de la collaboration interprofessionnelle et de la communauté de pratique .....	282
5.7	Synthèse des expériences et perspectives des acteurs clés en gestion de la qualité .....	299
5.8	Sommaire des éléments soulevés lors des analyses en profondeur des groupes.....	301
5.9	Sommaire des données et retour au modèle conceptuel .....	307
6.1	Optimisation de la trajectoire de soins et services gériatriques.....	315
6.2	Exemple de plan de communication des activités de recherche.....	329
6.3	Plan d'action pour favoriser la diffusion et la mise en œuvre des meilleures données probantes, avec l'appui de la plateforme wiki évoluée, chez les professionnels de la santé et des services sociaux de la communauté de pratique virtuelle en gériatrie .....	331

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AAPA	Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier
CCM	Chronic Care Model
CEPI	Candidate à l'exercice de la profession infirmière
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
DSM-5	5 <sup>e</sup> édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
GMF	Groupe de médecine familiale
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
MDP	Médecine des preuves
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OPIQ	Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

PMI Project Management Institute

## RÉSUMÉ

Le vieillissement démographique ainsi que l'incidence croissante des maladies chroniques occasionnent une pression sur les organisations soignantes ainsi que les ressources du réseau de la santé et des services sociaux. Le système de santé et des services sociaux, plutôt conçu aux situations où les maladies sont ponctuelles et aiguës, doit s'éloigner d'une vision strictement curative et déployer des initiatives permettant l'accompagnement de la population. À cet égard, les dernières réformes ministérielles se basent sur la mise en œuvre de stratégies où l'intégration, la performance et la qualité des soins et des services sont de mise. Parallèlement, cette situation plutôt délicate interpelle de nombreux chercheurs et cliniciens qui notamment, portent une emphase aux approches collaboratives et à l'articulation des interventions dans le souci de répondre aux besoins réels des patients et de leurs proches.

À la lumière de ces enjeux, le professionnel de la santé et des services sociaux occupe un rôle pivot au cœur des organisations soignantes. En effet, ce dernier met en œuvre quotidiennement un amalgame d'interventions directement auprès des patients et de leurs proches. Afin d'atteindre les cibles mentionnées précédemment, les soins ainsi que les services offerts ont avantage à s'aligner aux meilleures données probantes. Or, les progrès impressionnants et rapides de la recherche scientifique redéfinissent sur une base régulière les balises médicales et sociales. Eu égard les efforts déployés, les études révèlent que les stratégies de diffusion et d'application des meilleures données probantes échouent et que l'écart entre la théorie et la pratique s'accroît. Toutefois, selon la littérature scientifique, l'union des professionnels en communauté de pratique

permet la mise en commun des connaissances, le partage des expériences cliniques et le rehaussement des interactions professionnelles. Il s'agit d'une venue intéressante à l'atteinte des cibles ministérielles.

Dans ces circonstances, il devient intéressant d'explorer la contribution de la dynamique collaborative professionnelle virtuelle, supportée par une plateforme de type wiki évolué, à la création de valeur à la trajectoire de soins et de services. À cet effet, la discipline de la gestion de projet permet de porter un regard rigoureux et pertinent au processus de génération de valeur où ce dernier devient la pratique clinique augmentée des professionnels. Celle-ci est directement liée à la mise en œuvre des meilleures données probantes. La trajectoire de soins et de services devient le projet. Dans le souci de mieux comprendre les conditions gagnantes à l'offre de soins et des services de haute qualité à la population vieillissante, la recherche s'intéresse à l'implantation d'une plateforme wiki évoluée au cœur d'une communauté de pratique interprofessionnelle virtuelle en gériatrie. Sommairement, cette plateforme permet la création, la diffusion et le modelage au contexte réel des connaissances essentielles aux professionnels œuvrant en gériatrie. Cette connaissance rejoint le professionnel en temps réel à sa demande et favorise la coordination des efforts interprofessionnels déployés au cœur de la trajectoire de soins et de services.

La présente thèse s'appuie sur une recherche-action, en milieu hospitalier gériatrique, où trois groupes d'acteurs sont ciblés : les professionnels, les gestionnaires en gériatrie et les acteurs clés en gestion de la qualité. En premier temps, des analyses en profondeur des groupes seront effectuées à l'aide des données qualitatives recueillies auprès des acteurs. Des entrevues semi-dirigées, des observations participantes et des analyses documentaires permettent une appréciation juste et authentique du phénomène à l'étude et une compréhension des expériences, significations et

perspectives des acteurs. Une attention sera portée à la migration de l'organisation du travail individuel à une organisation en communauté de pratique, au processus de mise en œuvre des meilleures données probantes, à l'innovation technologique dans un contexte clinique et sur une note plus personnelle, à la contribution du participant à la trajectoire de soins et services gériatriques. Les analyses des groupes d'acteurs seront guidées par des sous-questions de recherche et adopteront une stratégie méthodologique identique. En deuxième temps, une analyse entre les groupes sera effectuée à la lumière des apprentissages et constats issus précédemment. Celle-ci favorise l'adoption d'une vue d'ensemble du phénomène à l'étude et dégage les similitudes, complémentarités et divergences.

Ce travail de recherche doctoral apporte d'importantes contributions à la discipline de la gestion de projet ainsi qu'au domaine de la santé et des services sociaux. Les résultats de cette étude supportent et bonifient les travaux entourant l'école de l'optimisation et de la modélisation en gestion de projet, où la pratique clinique augmentée est significative. De plus, la communauté de pratique, supportée par la plateforme wiki évoluée, rehausse la fréquence et la pertinence des échanges, facilite la diffusion judicieuse des meilleures données probantes, encourage l'amélioration continue des processus cliniques et appuie le professionnel à l'adoption d'un rôle optimal. Au final, la trajectoire de soins et de services gagne en fluidité, en pertinence et en qualité grâce à la dynamique professionnelle virtuelle appuyée par la plateforme wiki évoluée.

Mots clés : gestion de projet, valeur, technologie de l'information, wiki, communauté de pratique virtuelle, collaboration, gériatrie, santé.



## ABSTRACT

The ageing population and the growing prevalence of chronic diseases put pressure on the healthcare organizations as well as the health and social services network's resources. Specifically designed to deal with one-off acute illness situations, the health and social services system must divert from his strictly curative vision and launch initiatives enabling supportive care for the population. The latest ministerial reforms in this respect are based on the implementation of strategies focused on the care and services' integration, performance and quality. At the same time, this rather delicate situation also calls on numerous searchers and clinicians who focus notably on collaborative approaches and the coordination of interventions in order to meet the patients and their relatives' real needs.

In light of these challenges, the healthcare and social services practitioner fulfill a pivotal role within care-providing organizations. As a matter of fact, he completes several daily interventions directly with patients and their relatives. In order to reach the aforementioned targets, the offered treatment and services should align with the best available evidence. The rapid and impressive advances made by scientific research regularly redefine the social and medical guidelines. Despite the efforts, studies have shown that the dissemination and implementation strategies of best available evidence fail and that the gap between theory and practice is widening. However, as per the scientific literature, the regrouping of professionals to form a community of practice allows knowledge pooling, clinical experience sharing and occupational interactions heightening. This constitutes an interesting approach to achieve the ministerial targets.

In these circumstances, the examination of the contribution of virtual collaborative professional dynamics, supported by an advanced wiki platform, in terms of value creation for the care and services pathway becomes valuable. In this regard, the project management discipline allows for a rigorous and pertinent eye on the value process where it becomes closely linked to the enhanced clinical practice of professionals. It is directly connected to the implementation of best available evidence. The care and services pathway become the project. In order to better understand the winning conditions in terms of offering high-quality care and services to the ageing population, research is looking into the implementation of an advanced wiki platform within a virtual geriatric interprofessional community of practice. Essentially, this platform allows the creation, the dissemination and the modelling, within a real-world context, of the fundamental knowledge to practitioners working in the geriatric field. At his request, the professional has access to this knowledge in real time. It promotes the coordination of the interprofessional efforts within the care and services pathway.

This thesis is based on an action research completed in a geriatric hospital setting, where the professionals, the geriatric managers and quality management main stakeholders act as actors groups. First, in-depth group analyzes will be completed using qualitative data taken from three actors groups under study. Semi-directed interviews, participants' observations and literature reviews allow a fair and authentic assessment of the phenomenon under study and an understanding of the experiences, meanings and perspectives of the actors. Attention will be paid on the migration from an individual work organization to a community of practice organization, the best available evidence implementation process, the technological innovation within a clinical context and on a more personal note, the participants' contribution to the geriatric care and services pathway. Research sub-questions will guide the in-depth group analysis and use an identical methodological strategy. Secondly, an analysis

between groups will be conducted in light of the knowledge and findings set out above. This analysis will promote an overview of the phenomenon under study and identify the similarities, the complementarities and the dissimilarities.

This Doctoral research paper brings an important contribution to the project management field as well as the care and social services sector. The results of this study support and improve efforts surrounding the project management's school of optimization and modelling, where enhanced clinical practice is significant. Furthermore, the community of practice, who is supported by an advanced wiki platform, increases the number and relevance of exchanges, facilitates the proper dissemination of best available evidence, promotes the continuous improvement of clinical process and supports the professional in the adoption of an optimal role. In the end, the care and services pathway gain fluidity, relevance and quality due to the virtual professional dynamics supported by an advanced wiki platform.

Keywords : project management, value, information technology, wiki, virtual community of practice, collaboration, geriatric, healthcare.

## INTRODUCTION

Le vieillissement démographique ainsi que l'augmentation de l'incidence des maladies chroniques chez la population provoquent de nombreuses réflexions et des transformations du réseau de la santé et des services sociaux. L'intégration des différentes interventions médicales et sociales devient un enjeu de mise, où les approches interprofessionnelles collaboratives sont favorisées dans le souci d'offrir l'excellence aux patients et leurs proches. L'adoption de trajectoires de soins et de services facilite la visualisation des interventions et contributions des professionnels, toutefois la littérature soulève les difficultés persistantes entourant sa pleine optimisation. Effectivement, les investissements et les efforts déployés ne parviennent pas à réduire l'écart entre le niveau de qualité des soins et services observable et souhaité. Parallèlement, les découvertes scientifiques se multiplient et les meilleures données probantes évoluent rapidement. Or, dotées de structures traditionnelles en appui au transfert de connaissances, les organisations soignantes accusent des difficultés et un retard à leur mise en œuvre. Dans un souci d'optimiser la trajectoire de soins et de services gériatrique, les professionnels ont avantage à connaître et appliquer les meilleures données probantes. Des venues sont proposées, dont la création de communautés de pratiques ainsi que l'apport des technologies de l'information et de la communication. À cet effet, la contribution de la gestion de projet peut porter un regard neuf sur les enjeux de performance, d'optimisation et de création de valeur à la trajectoire de soins et de services.

La présente thèse comporte une grande question de recherche à la lumière des constats mentionnés ici haut. En effet, il s'avère intéressant de porter un regard à la

contribution de la dynamique collaborative professionnelle virtuelle, où une communauté de pratique interprofessionnelle est appuyée par une plateforme wiki évoluée, à la création de valeur à la trajectoire de soins et services gériatriques. De cette grande question, découle des sous-questions qui guideront l'exploration du phénomène. À cet effet, l'étude de l'utilité perçue de la plateforme, la dynamique de la communauté de pratique virtuelle et la valeur associée à la pratique clinique. L'ensemble de ces constats guideront les constats associés à l'optimisation de la trajectoire de soins et de services où la qualité, le temps et les coûts seront considérés. Une stratégie de recherche-action sera mise en œuvre où un regard sera posé sur trois groupes d'acteurs différents : les professionnels, les gestionnaires en gériatrie et les acteurs clés en gestion de la qualité.

Cette thèse comporte sept chapitres. Tout d'abord, le premier chapitre porte une emphase à la revue de la littérature associée à l'évolution populationnelle et à l'organisation des soins de santé. À cet effet, le vieillissement ainsi que la chronicité seront examinés et suivis des différentes contributions associées à la prise en charge holistique et judicieuse de cette population. En troisième partie, les grandes aspirations du réseau de la santé et des services sociaux seront abordées. À cette fin, l'intégration des interventions, la qualité des soins et services ainsi que la performance seront explorées en profondeur.

Le deuxième chapitre dresse une revue de la littérature de la discipline de la gestion de projet et de ses possibles implications dans le domaine médical et social. La première partie porte une emphase à la contextualisation du projet, du programme et du portefeuille de projets au domaine de la santé et des services sociaux. En deuxième temps, la chercheuse propose la juxtaposition du projet à la trajectoire de soins et de services afin d'en extraire des lignes directrices à l'appréciation de sa valeur et de son optimisation. Une recension de la littérature des méthodologies Lean et Agile ainsi

que de l'apport des technologies de l'information et de la communication au projet sera effectuée.

Le troisième chapitre propose une période de recul où les apprentissages associés aux deux premiers chapitres sont joints en introduction. La deuxième section relève les différents écarts de la littérature qui pourraient être adressés par la recherche tandis que la troisième section propose une structure préliminaire au projet de recherche-action.

Le quatrième chapitre se dédie à la méthodologie de recherche et à son opérationnalisation. La première section dresse le portrait sommaire de la stratégie de recherche utilisée dans le cadre de cette thèse. Par la suite, les stratégies visant la sincérité des résultats de recherche laisseront sa place aux stratégies spécifiques. Dans cette troisième section, les trois groupes d'acteurs ciblés ainsi que les méthodes utilisées en vue de recueillir les données seront abordés. Pour terminer, la quatrième section propose des considérations éthiques entourant les activités de recherche.

Le cinquième chapitre rapporte les activités de recherche, où en premier temps la préparation à la collecte de données est expliquée et suivie de l'expérience réelle entourant celle-ci. La troisième partie rapporte, un groupe d'acteurs à la fois, l'ensemble des données ainsi que leur analyse en adoptant la même structure dans un souci de cohérence et de facilité de lecture.

Le sixième chapitre se dédie aux discussions entourant les découvertes du travail de recherche. La première section propose une synthèse des résultats suivie des différentes contributions à la discipline de la gestion de projet et au domaine de la santé et des services sociaux. La troisième section aborde les forces et limites de la recherche et de sa méthodologie. Pour terminer, la quatrième section propose un plan de communication, un plan d'action et différentes pistes de recherches.

Enfin, le septième chapitre conclut la thèse en présentant une vue d'ensemble des travaux de recherche en terminant sur une note plutôt personnelle de la chercheuse face aux efforts déployés et aspirations à l'atteinte d'un réseau de la santé et des services sociaux performant.

## CHAPITRE I

### L'ÉVOLUTION POPULATIONNELLE ET L'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ

Dans le cadre de ce premier chapitre, un portrait authentique de la situation populationnelle sera dressé puis suivi des réponses orchestrées par les organisations soignantes. Tout d'abord, une recension des observations, manifestations et défis entourant le vieillissement et la chronicité seront abordés dans la section 1.1. La section 1.2 explorera deux modèles de prise en charge adaptés de la personne âgée et de la chronicité. Pour terminer, en cohérence avec les directives ministérielles actuelles, l'intégration des soins et services, la qualité des interventions et la performance du réseau seront abordées dans la section 1.3.

#### 1.1 OBSERVATIONS, MANIFESTATIONS ET DÉFIS LIÉS AU VIEILLISSEMENT

En guise de mise en contexte, il serait pertinent de débiter cette section par une définition du vieillissement. Selon Henrard (2003), le vieillissement est un phénomène naturel composé de deux sphères indissociables : la chronologie reflétant le temps qui passe ainsi que les inévitables altérations biologiques de différentes envergures touchant les différents systèmes corporels et cognitifs.



Débutons par le volet chronologique du vieillissement, au sein de nos sociétés contemporaines, où l'idée de la mort est liée à un événement bouleversant (Ariès, 2014), les progrès technologiques, médicaux et pharmaceutiques permirent une bonification de l'espérance de vie. Effectivement, celle-ci, qui était évaluée à 77,6 ans pour les hommes et de 82,7 ans pour les femmes en 2005 (Arcand & Hébert, 2007), est passée respectivement à 79,2 ans et 83,6 ans en 2011 (Gouvernement du Québec, 2015). Par ailleurs, les prochaines années seront nettement touchées par la vague démographique vieillissante occasionnée par les cohortes du baby-boom (personnes nées de 1946 à 1966 inclusivement). Selon les prévisions, la proportion de personnes âgées dans la société passera d'environ 18 % en 2015 à plus de 28 % en 2061 (Institut de la statistique du Québec, 2014). Ces données sont plutôt plausibles étant donné qu'en 2017, pour la première fois au Canada, la population âgée de 65 ans et plus était plus nombreuse que celle de moins de 15 ans (Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, 2018). En somme, les personnes de grand âge représentent une tranche populationnelle qui gagnera en importance dans les années à venir. Il devient pertinent de continuer la réflexion entourant le vieillissement et d'explorer en quoi les altérations biologiques occasionnent une turbulence de l'organisation des soins de santé et des services sociaux.

Comme mentionné ici haut, le progrès médical ainsi qu'une population vieillissante grandissante annoncent un tournant radical qui aura des répercussions majeures de différents niveaux. Certes, la population bénéficie d'un temps supplémentaire sur cette planète, mais devra en revanche apprendre à vivre avec des états de santé souvent chroniques nécessitant une attention médicale en continu. En d'autres mots, sans toutefois disparaître, les maladies aiguës, jadis incurables, invalidantes et souvent mortelles, se transforment, grâce aux progrès et innovations scientifiques, en conditions chroniques pouvant être généralement contrôlées ou gérées par des traitements médicaux ou pharmaceutiques de diverses natures. En effet, la chronicité

se définit comme un état pathologique non transmissible pouvant être contrôlé sans toutefois parvenir à un complet rétablissement (Berthel & Peter-Bosquillon, 2012). Par ailleurs, l'évolution de la maladie chronique est souvent lente et irréversible (Organisation mondiale de la Santé, 2011). En d'autres mots, plus le temps passe, plus la maladie chronique importune la personne.

Selon la littérature, les maladies chroniques affectent plus fréquemment les systèmes métabolique, cardiovasculaire, musculo-squelettique et respiratoire (F. Dubé, Noreau, & Landry, 2012). Au Québec, le diabète ainsi que les maladies pulmonaires obstructives chroniques sont définitivement à la hausse (Gouvernement du Québec, 2015). De plus, il est inquiétant de constater que parallèlement, l'obésité effectue une progression en force dans la province québécoise (Gouvernement du Québec, 2015). Le surplus de poids constitue un facteur de risque important au développement de maladies chroniques (Organisation mondiale de la santé, 2015). Sur une tout autre note, les troubles neurocognitifs majeurs affecteront une grande proportion de la population vieillissante (Alary, Goldberg, & Joanne, 2017). Les troubles neurocognitifs sont caractérisés par un déclin cognitif significatif, selon un point antérieur de comparaison, ayant un impact majeur sur l'autonomie fonctionnelle de la personne (Derouesné, 2013). Selon la définition de la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), les domaines de la cognition les plus souvent touchés sont l'attention, l'apprentissage, la mémoire et les fonctions exécutives (American Psychiatric Association, 2013). Dès lors, l'Organisation mondiale de la santé note l'urgence d'agir en reconnaissant les troubles neurocognitifs majeurs comme une priorité de santé publique (Organisation mondiale de la Santé, 2017). Les impacts ainsi que les répercussions sont majeurs pour les personnes qui en souffrent ainsi que l'entourage de ces dernières qui assistent à ce triste destin (Alary et al., 2017). Toute somme faite, l'amalgame de maladies chroniques physiques et cognitives peut définitivement contribuer à la complexité de

l'organisation des soins de santé contemporains et devient une préoccupation de haute voltige.

Quoique la chronicité puisse toucher l'ensemble de la population, les répercussions observables ainsi que les conséquences de la chronicité sont plutôt notables auprès de la population gériatrique. Effectivement, le temps qui passe peut se traduire en une accumulation de maladies chroniques qui peuvent interagir entre elles de manière variable. Selon Boyd and Fortin (2010), la multimorbidité peut se définir comme étant la coexistence de deux maladies chroniques ou plus, où une n'est pas nécessairement prédominante sur les autres. À cet effet, selon des statistiques, près du quart des adultes québécois de 40 ans et plus souffrent d'au moins deux maladies chroniques (Feely, Lix, & Reimer, 2017). Ces mêmes statistiques soulèvent qu'à l'échelle du Canada, 66,3 % des personnes âgées de 85 ans et plus souffrent de multiples maladies chroniques. Ainsi peut-on dire que cette nouvelle réalité tend définitivement à s'installer et risque de lancer de sérieux défis tant aux professionnels de la santé qu'aux organisations soignantes (Sasseville, Chouinard, & Fortin, 2017).

Dans ces circonstances, l'exacerbation de maladies chroniques chez la personne âgée peut rapidement mener à des incapacités qui nuisent grandement à la qualité de vie tout en restreignant la réalisation des activités journalières (Gouvernement du Québec, 2015). Pire encore, l'hospitalisation de cette dernière, dans cette même situation d'exacerbation de maladie chronique, peut rapidement entraîner des déclin, parfois permanents, de l'autonomie fonctionnelle (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). Ces déclin fonctionnels occasionnent des pressions accrues sur les ressources du système de santé et des services sociaux tout en portant de sérieux préjudices à la personne âgée et ses proches. En 2012, près de 14 % des personnes âgées de 65 ans et plus devaient vivre avec une incapacité modérée, sévère ou très sévère (Statistiques Canada, 2012). En somme, les maladies chroniques bousculent

les pratiques actuelles et occasionnent un changement profond où les soins et les services offerts à la population gériatrique se redéfinissent sous plusieurs facettes.

D'après ce qui précède, le vieillissement démographique, qui s'accompagne souvent de maladies chroniques, modifie les conceptions actuelles du système de santé. L'observation synchrone des tendances sociales associées au vieillissement est également pertinente à effectuer. Dans le contexte occidental, la personne âgée récolte de nombreux jugements et des stigmates. Son rôle et sa vocation, au sein de la communauté, sont souvent réduits à son impuissance ainsi qu'à ses incapacités ; devenant ainsi un fardeau (Becke, Bergeron, Blanchard, Brosseau, & D'Amour, 1985 ; Pelluchon, 2010). Dans un monde où la productivité est de mise, la sagesse est souvent mise de côté, voire même oubliée (Piveteau, 2011). Cette situation mène à l'instauration d'un cercle vicieux, chez la personne âgée, où la confiance en soi s'efface, l'isolement social s'installe (Becke et al., 1985) et la fragilité s'accroît (Arcand & Hébert, 2007). Ces éléments ne font qu'accroître la vulnérabilité de la population gériatrique. De plus, à ce phénomène s'ajoutent les modifications structurelles familiales où l'individualisme est désormais de mise. En effet, rares seront les familles contemporaines qui prendront en charge les soins de leurs parents et grands-parents (Henrard, 2003). De plus, il est possible de constater que deux personnes de 75 ans et plus sur cinq vivent seules au Québec (Direction de la santé publique de l'Outaouais, 2016). Par ailleurs, bon nombre de personnes âgées seront accueillies dans des établissements d'hébergement, publics ou privés, offrant des soins et services de longue durée. Ces ressources, où des soins et services sont offerts, sont essentielles au sein des communautés et du réseau de la santé. En définitive, cette situation mène à une dualité où des frictions peuvent rapidement se former. En égard, le contexte social où la personne âgée évolue, l'offre de soins et de services se doit d'être au diapason des besoins de cette dernière. Cette prise en charge est de plus

en plus délicate compte tenu des particularités physiques et cognitives associées au vieillissement en plus de la chronicité.

Compte tenu de ce qui précède, une préoccupation émerge en ce qui a trait le vieillissement démographique et la mise en œuvre des soins et services de santé. De toute évidence, les organisations soignantes constatent une augmentation des dépenses reliées aux soins dispensés (Piveteau, 2011). En effet, entre 1999 et 2000, les personnes âgées de 65 ans et plus ont utilisé près de 45 % du budget total attribué à la santé (Arcand & Hébert, 2007). Les coûts grandissants des soins de santé sont notamment attribuables à la prise en charge des maladies chroniques (Mathers & Loncar, 2006 ; Samb et al., 2010) et aux innovations médicales de plus en plus dispendieuses (Barbash & Glied, 2010). Néanmoins, souhaitant modérer l'ascension des dépenses dédiées directement aux soins gériatriques, les autorités gouvernementales adoptent différentes stratégies et plans d'action visant la réduction des coûts liés à la chronicité et aux hospitalisations prolongées.

L'arrivée à ce moment décisif interpelle également plusieurs chercheurs et praticiens. De nombreuses réflexions et projets de recherche s'articulent dans le but de mieux gérer le vieillissement et la chronicité. À cet effet, une vision différente de l'organisation des soins et services s'articule. Des modèles de prise en charge médicale et sociale émergent où la fluidité de l'information, la continuité des soins et la coordination des expertises se réunissent facilitant ainsi l'accessibilité aux données cruciales (Hébert, 2003; NHS Institute for Innovation and Improvement, 2006). Les prochaines sous-sections traiteront du Chronic Care Model (CCM) et l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPA).

## 1.2 MODÈLES DE PRISE EN CHARGE DE LA CHRONICITÉ ET DE LA PERSONNE ÂGÉE

Comme mentionné précédemment, de multiples modèles de prise en charge de la chronicité ont émergé au cours des dernières années. Un modèle qui attire l'attention est le CCM. Élaboré par Wagner (1998), ce dernier permet de visualiser l'organisation des interventions médicales et sociales, en situation de maladie chronique, de manière holistique. Effectivement, ce modèle soutient l'importance de la fluidité de la communication entre la communauté, le système de santé et la prestation des services dans l'ultime but de parvenir à l'orchestration harmonieuse de la gestion ainsi que de la prévention des maladies chroniques (Levesque, Feldman, Dufresne, Bergeron, & Pinard, 2007). Ce modèle demeure intéressant à un niveau conceptuel et théorique, mais s'avère difficilement implantable par les organisations soignantes qui demandent des stratégies et outils concrets (Glasgow, Tracy Orleans, Wagner, Curry, & Solberg, 2001). En réponse, des projets de recherche se sont organisés autour d'implantations réelles à différents contextes. À cet effet, le CCM récolte des résultats intéressants auprès de personnes âgées qui souffrent de dépression causée par des limitations physiques à long terme (McEvoy & Barnes, 2007), vivent avec une insuffisance rénale (Zuccaro, 2015) et doivent gérer une hypertension artérielle (Hien et al., 2014). Ces recherches soulignent aussi des éléments managériaux pouvant nuire ou améliorer la mise en œuvre du modèle. Une vigilance ainsi qu'une considération doivent être accordées aux différents mécanismes de gouvernance, aux modes de rémunération des professionnels de la santé ainsi qu'aux modes de prestation des soins de santé (Levesque et al., 2009). De plus, compte tenu de la nature collaborative du modèle, des efforts considérables doivent être déployés afin de provoquer un changement durable de la culture organisationnelle et des mentalités des professionnels de la santé (McEvoy & Barnes, 2007).

Ce modèle de prise en charge de la chronicité est intéressant et gagne à être complétement dans un contexte d'hospitalisation d'une personne âgée en situation de maladie aiguë ou d'exacerbation de maladie chronique. Effectivement, la littérature souligne que l'hospitalisation peut provoquer chez la personne âgée de nombreuses complications, notamment un important déclin fonctionnel. Ce phénomène iatrogène touche un peu plus de 30 % des patients âgés hospitalisés en soins aigus et 40 % d'entre eux auront des répercussions dans plus de trois activités de la vie quotidienne (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). Cette perte d'autonomie liée au séjour hospitalier peut devenir permanente; devenant un risque imminent à la réhospitalisation, à l'hébergement permanent et même, à une mort prématurée (Creditor, 1993; Sager & Rudberg, 1998). De leur côté, Palmer, Counsell, and Landefeld (1998) affirment que les milieux hospitaliers ainsi que les processus de soins sont pauvrement conçus pour une clientèle gériatrique. Ils soulèvent notamment à ce sujet les éléments suivants : l'environnement hostile, la dépersonnalisation, l'alitement, la malnutrition, la médication ainsi que les procédures (Palmer et al., 1998). Afin de contrer à ce déclin fonctionnel iatrogène, de multiples interventions peuvent être orchestrées par les équipes soignantes dont les buts ultimes visent la prévention du syndrome d'immobilisation, du delirium ainsi que des interactions médicamenteuses (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011).

Suite à de nombreux travaux dont l'objectif premier est de développer un modèle d'intervention à l'image des besoins des personnes âgées, la première unité de courte durée gériatrique spécialisée voit le jour en 1978 au Québec. Le tableau 1.1 énumère les cinq principes énoncés par Covinsky et al. (1998) qui deviennent une base fondamentale à l'organisation de cette unité de soins pour personne âgée. Par le fait même, ces principes deviennent le cœur du modèle d'intervention.

Tableau 1.1 : Principes fondamentaux des unités de soins gériatriques (Covinsky et al., 1998)

1. L'approche de soins est basée sur un modèle biopsychosocial global
2. L'environnement physique et social favorise l'autonomie fonctionnelle ainsi que le bien-être de la personne âgée
3. Les soins prodigués portent une emphase capitale sur l'amélioration fonctionnelle; misant ainsi sur l'atteinte de la meilleure qualité de vie possible
4. Les soins et les services sociaux sont offerts selon un modèle d'équipe où le travail interprofessionnel est de mise
5. Dès l'admission, une planification proactive du congé définitif est effectuée en tenant compte des différents besoins, du milieu de vie et des problèmes vécus par la personne âgée

Il est également important de mentionner que ce modèle porte une emphase sur les prises de décisions en collaboration avec la personne âgée et de ses proches, les interventions menées dans le respect du rythme, des valeurs et de l'autonomie des personnes et sur la richesse des actions basées sur les meilleures données probantes (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). Quelques années plus tard, le tout s'officialise dans la province québécoise : l'AAPA propose un éventail de ressources dont un cadre de référence, des outils de sensibilisation, de formation et de gestion (Lafrenière & Dupras, 2014). Par ailleurs, l'AAPA propose un outil clinique intégrateur qui permet l'appréciation de l'évolution de la condition clinique de la personne âgée. L'outil AINÉES est en quelque sorte des signes vitaux gériatriques que les professionnels de la santé et des services sociaux utilisent à la fois lors de l'évaluation initiale et lors des suivis quotidiens (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). Les constats et besoins sont alors traduits en plan d'intervention



interdisciplinaire et en plan thérapeutique infirmier. Cet outil clinique, où le langage disciplinaire commun est de mise, atteint tout son potentiel lorsque les évaluations et interventions se basent sur les données probantes.

Le tableau 1.2 nomme et explique sommairement les composantes de l'outil AINÉES. Lors du congé définitif, l'ensemble des données sont transférées aux équipes communautaires qui assurent le suivi et la pérennité des interventions.

Tableau 1.2 : Composantes de l'évaluation des signes AINÉES (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011)

<b>Signes AINÉES</b>	<b>Exemple d'éléments évalués</b>
Autonomie et mobilité	Chute, marcher, s'habiller, se laver
Intégrité de la peau	Présence d'une plaie
Nutrition et hydratation	Variation pondérale, dysphagie, prothèse dentaire
Élimination	Incontinences, constipation, diarrhée
État cognitif et comportement	Orientation dans le temps, espace et personne, agitation, errance
Sommeil	Sieste, habitudes de sommeil, prise d'un sédatif

Pour conclure, le CCM propose une philosophie de prise en charge de la chronicité dans sa globalité. Partageant les grands fondements de cette vision holistique, l'AAPA est certes spécifique à un contexte de soins et de services aigus, mais permet de mettre l'emphase sur la protection de l'autonomie du patient. Cette réorganisation et cette prise de conscience ajustent l'essence des soins et des services gériatriques au moment de l'hospitalisation, mais également à domicile. Le plein potentiel de ces deux modèles est atteint notamment lorsque les instances politiques au pouvoir ainsi que les stratégies et programmes gouvernementaux appuient formellement ces

derniers. Dans la section qui suivra, un survol du système de santé sera dressé en illustrant les forces ainsi que les défis en ce qui concerne les soins gériatriques et la chronicité qui les accompagnent.

### 1.3 LE SYSTÈME DE SANTÉ

La section précédente dresse un portrait fidèle de la situation de santé de la population vieillissante. Les maladies chroniques prennent un essor considérable compte tenu des avancées technologiques, médicales et pharmaceutiques. Les organisations soignantes sont face à un défi de taille où un changement paradigmatique s'impose. Dans le souci de répondre adéquatement aux besoins de la population, les interventions médicales et sociales devront subir une certaine mutation. L'organisation doit maintenir le volet curatif où les soins sont ponctuels tout en développant un volet qui assure une continuité, une cohérence ainsi qu'une coordination des interventions médicales et sociales (Berthel & Peter-Bosquillon, 2012). L'état actuel des soins de santé en Amérique du Nord suscite de sérieuses réflexions pour l'ensemble des autorités gouvernantes. Effectivement, les statistiques recueillies au courant des dernières années entourant la qualité des soins sont plutôt accablantes. Nonobstant les sommes astronomiques et grandissantes des investissements en santé, la sécurité ainsi que la qualité des soins demeurent préoccupantes (Berg & Black, 2014a). Dans cette section, les actions et directions des autorités québécoises au pouvoir seront exposées en premier temps puis les fondements de la dernière réforme seront subséquemment partagés.

Lors de sa création, le Québec opte pour un système de santé où les services médicaux et sociaux sont réunis (White, 2004). Cette philosophie logique occasionne toutefois de multiples tensions où la quête de l'autonomie mène à l'instauration d'une compétition entre les différents établissements à vocation complémentaire (White,

2004). En réponse à ce climat potentiellement toxique, le Québec opte pour une série de fusions administratives. En 2003, des intégrations structurelles de petites envergures bousculent le quotidien de plusieurs travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux (Vedel, Monette, Beland, Monette, & Bergman, 2011). Cette réforme, où 95 centres de santé et de services sociaux furent créés, impose des fusions d'établissements de santé et de services sociaux aux vocations différentes, mais complémentaires (Bolduc, 2017). Eu égard, les intentions de rehausser la collaboration entre les établissements, le volet curatif hospitalier récolte une plus grande importance au détriment du volet préventif et de l'hébergement (Bolduc, 2017).

Le système de santé et des services sociaux du Québec, relevant directement du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), adopte alors en 2014 un projet de loi provoquant une transformation structurelle majeure (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2014). Cette fois-ci, l'État orchestre l'abolissement du niveau hiérarchique responsable de la coordination régionale, de la détermination des priorités de santé et de l'assurance de la satisfaction des personnes recevant des soins. Ces tâches et responsabilités cruciales sont alors réparties à la fois aux niveaux locaux et ministériels. À cet effet, le MSSS du Québec demeure responsable de la logistique entourant la gestion des ressources du réseau. De leur côté, l'ensemble des établissements de santé, désormais fusionnés régionalement, s'occupent de la planification, de la coordination et de la prestation des services ainsi que des soins pour l'ensemble de la population occupant son territoire désigné (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2014). Somme toute, 13 centres intégrés de santé et de services sociaux et 9 centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux œuvrent dans la province québécoise (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019b).

Quoi que pertinente en ce qui a trait aux aspirations touchant l'amélioration de l'accessibilité et la qualité des soins tout en augmentant l'efficacité du système, cette réorganisation audacieuse place les acteurs du réseau de la santé québécois face à un mandat de grande taille (D. Contandriopoulos, Perroux, Brousselle, & Breton, 2014). D'une part, les soins et les services devront être accessibles à tous, être offerts en toute fluidité et dotés d'une qualité indéniable. D'une autre part, le volet managérial est grandement sollicité. La logistique entourant les changements organisationnels doit obligatoirement et rapidement mener à une bonification de la performance globale du réseau de la santé sans toutefois affecter les opérations quotidiennes. Ce défi occasionne la réaction de plusieurs chercheurs, organismes et regroupements professionnels de la province. Entre autres, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) explorent les avantages et bénéfices résultant d'une approche collaborative sans toutefois énoncer des actions ni des lignes directrices concrètes (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015). Dans un souci de compréhension profonde des nouvelles orientations ministérielles, les prochaines sous-sections traiteront des priorités émergentes de cette réforme : l'intégration, la qualité et la performance.

### 1.3.1 L'intégration

À la lumière de ce qui précède, les orientations ministérielles québécoises ainsi que les stratégies organisationnelles locales sont basées sur l'instauration de soins et de services intégrés. Eu égard, de l'endroit où l'utilisateur se trouve, le processus de prise en charge et de référence doit être rapide, fluide et efficace. L'articulation des soins et des services à la population vieillissante souffrant de maladies chroniques demande un alignement stratégique des ressources ainsi qu'une collaboration entre les différents établissements à vocation complémentaire. Deux sujets essentiels seront

traités dans cette sous-section : la trajectoire de soins et de services ainsi que la collaboration disciplinaire.

#### 1.3.1.1 Trajectoire de soins et de services

En cohérence avec les besoins populationnels et des directions ministérielles, la logistique entourant la synchronisation des interventions et des contributions s'inscrit à l'intérieur de trajectoires de soins et de services. Cette trajectoire assure notamment une harmonisation ainsi qu'une équité aux bénéficiaires de soins et services. Dotée également d'une certaine flexibilité, la trajectoire détient aussi la capacité de s'adapter aux différentes réalités engendrées par la coexistence de multiples maladies chroniques en simultanée et aux ressources des milieux. Les chercheurs s'intéressent depuis plusieurs années à la trajectoire de soins et de services. Les paragraphes suivants aborderont la définition ainsi que les différents contextes d'application de cette dernière.

Pour débiter, Strauss (1992) s'intéresse à la trajectoire de la maladie d'un côté plutôt sociologique et interactionniste. Il constate que l'époque où la maladie était morbide et aiguë est plutôt résolue. Il pose un regard sur les atteintes chroniques qui allonge de manière indéterminée la durée de la maladie. Les soins sont donc répartis sur une trajectoire où un amalgame d'acteurs articule plus ou moins bien leurs actions selon leur propre conception de la situation. Reconnaisant l'essence modulable et parfois imprévisible de la maladie chronique, l'articulation des différentes contributions des professionnels et du patient se transforme en processus de négociation et d'interaction. De plus, l'environnement influence le dénouement de la trajectoire notamment par la disponibilité de ressources et les nouveautés technologiques. Pour terminer, Strauss (1992) attribue un rôle pivot au médecin compte tenu de son rôle et de ses privilèges de références.

La trajectoire de soins en santé et services sociaux est un concept dont la définition demeure nuancée. En effet, un peu moins de vingt termes et définitions furent répertoriés désignant la trajectoire de soins (De Luc et al., 2001). L'intégration des soins de santé peut être visualisée verticalement et horizontalement (Gouvernement du Québec, 2004). La trajectoire de soins verticale se réfère au continuum existant de la naissance aux soins de fin de vie. D'une tranche d'âge à l'autre, cette dernière se doit d'être continue en minimisant les listes d'attentes (Rondeau-Boulanger & Drolet, 2016). Afin d'atteindre ces cibles, une attention particulière doit être attribuée aux différents mécanismes de références ainsi qu'aux processus de hiérarchisation des soins (Rondeau-Boulanger & Drolet, 2016). D'une autre part, l'intégration des soins horizontale tente de combler de manière optimale les différents besoins de santé d'une personne par la synchronisation ainsi que la coordination des actions des services directs, complémentaires, des collaborations et partenariats (Rondeau-Boulanger & Drolet, 2016). La trajectoire de soins horizontale récolte une certaine attention auprès des chercheurs et cliniciens. Effectivement, De Bleser et al. (2006) complètent la définition ici haut et ajoutent que la trajectoire de soins s'adresse à un groupe de patients spécifiques pendant une période de temps clairement énoncée. D'autres auteurs soulèvent que certains contextes favorisent plutôt la création de trajectoires de soins et services dédiées à un regroupement cohérent de plusieurs conditions cliniques (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2019). L'essentiel de ces considérations, entourant la trajectoire de soins horizontale, peut être retrouvé dans la définition proposée par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal dans un document phare. La trajectoire de soins et de services est caractérisée par son processus complexe et évolutif. Celle-ci « illustre l'ensemble du parcours ou du cheminement de l'utilisateur qui présente une condition clinique donnée » (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2019, p. 17). La trajectoire de soins et de services peut rassembler plusieurs prestataires de soins et de services, issus de différents milieux, à différents endroits et

moments (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2019). La figure 1.1 illustre le modèle générique d'une trajectoire de soins et de services tel qu'énoncé par le CIUSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

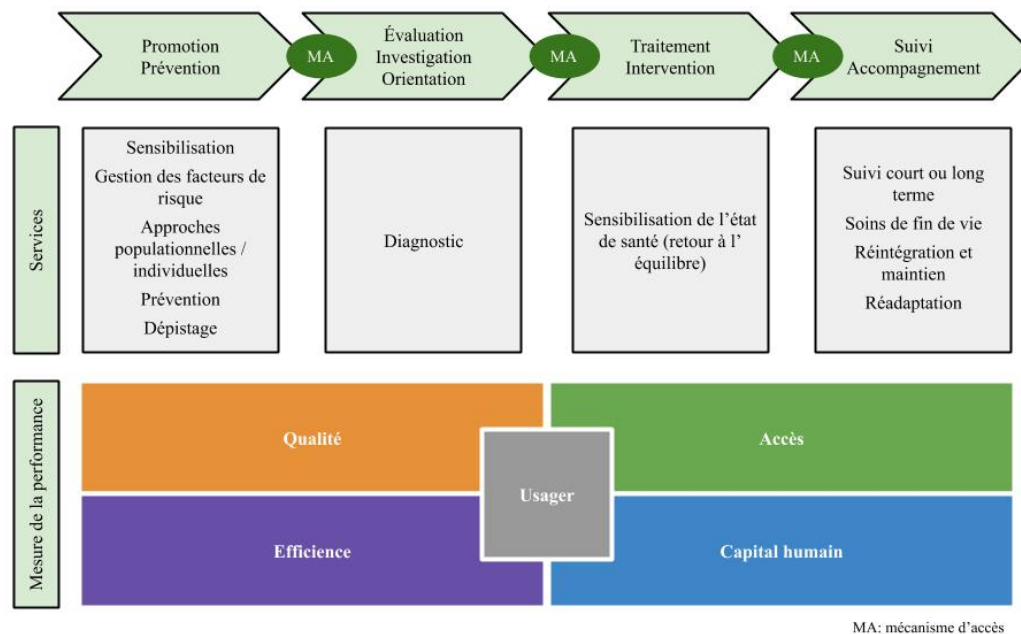


Figure 1.1 : Modèle générique d'une trajectoire de soins et de services

De plus, les buts ainsi que les interventions se basent sur les meilleures pratiques, les guides cliniques, la médecine des preuves et les attentes des patients. Par ailleurs, cette rigueur s'accompagne de mécanismes de communication bien définis et une coordination logique basée sur le respect des rôles de tous et de chacun. S'éloignant d'une philosophie prescriptive, la trajectoire de soins s'enrichit par l'étude en continu des variations dans une optique d'amélioration continue. Les cibles ultimes de la trajectoire de soin sont l'amélioration de la qualité des soins et services, la réduction des risques, l'atteinte d'un niveau élevé de satisfaction des patients et l'utilisation

efficace de l'ensemble des ressources (De Bleser et al., 2006). En d'autres termes, la création de valeur pour la personne qui bénéficie des soins et des services (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2019). Dans cette optique, les pratiques médicales et sociales tendent donc à l'harmonisation sans toutefois tomber dans la rigide standardisation (De Bleser et al., 2006 ; Panella, Marchisio, & Di Stanislao, 2003). Tout compte dit, la trajectoire de soins devient complice des soins intégrés souhaités par les autorités ministérielles et des modèles de prise en charge de la chronicité et de la personne vieillissante où l'arrangement harmonisé des actions est essentiel (Ham, 2010).

La littérature scientifique répertorie plusieurs études de cas entourant la mise en œuvre de trajectoires de soins et services dédiés à la prise en charge de maladies spécifiques. En ce qui a trait aux affectations chroniques, une étude entourant la prise en charge des personnes âgées fragiles, utilisateurs fréquents des salles d'urgence, a pu démontrer la pertinence d'une trajectoire pluridisciplinaire à l'image d'un prélude (Eason, Dent, Waterson, Tutt, & Thornett, 2013). Tout au long de la trajectoire, les ressources primaires médicale et sociale demeurent profondément impliquées. Lors des exacerbations, des ressources spécialisées s'ajoutent momentanément pour ensuite se retirer lorsque l'état de santé se stabilise. Cette trajectoire, impliquant plusieurs disciplines médicales et sociales issues de différents établissements, nécessite une mobilisation rapide des professionnels de la santé dégageant ainsi l'importance de la collaboration interprofessionnelle ainsi qu'une communication fluide et rapide (Eason et al., 2013). Une seconde étude de cas, où l'insuffisance cardiaque chronique fut l'objet de mire, démontra que l'organisation de sa prise en charge sous forme de trajectoire de soins amena une diminution des variations des services et une forte amélioration des résultats des interventions (Panella et al., 2003). Il est intéressant de noter que l'organisation des interventions sous forme de trajectoires de soins s'applique également à des pathologies aiguës et ponctuelles



telles des chirurgies (Barbieri et al., 2009 ; Cardoen & Demeulemeester, 2008 ; Panella et al., 2003) et des problèmes cardiaques (Eason et al., 2013 ; Panella et al., 2003). Pour terminer, des défis persistent lorsque les situations de santé sont atypiques ou complexes. Par exemple, lorsqu'il y a présence de plusieurs conditions chroniques en simultané, spécialement l'amalgame de maladies mentales et physiques, les discontinuités ainsi que les variations dans les trajectoires de soins sont plus fréquentes (Robert, 2007 ; Rondeau-Boulanger & Drolet, 2016). Des efforts sont à prévoir dans le développement et la mise en œuvre de trajectoires de soins flexibles et personnalisées répondant ainsi aux personnes souffrant de multiples maladies chroniques en simultané (Onder, Cesari, Maggio, & Palmer, 2017).

La constitution de la trajectoire de soins demeure un processus réfléchi où plusieurs aspects doivent être pris en considération. En effet, très peu de littérature entoure la phase développementale de la trajectoire de soins ainsi que la phase d'implémentation auprès des praticiens (Barbieri et al., 2009). Toutefois, face à ces constats, des chercheurs avancent la pertinence d'une réflexion interprofessionnelle afin de définir les meilleures actions médicales et sociales qui deviendront des éléments constitutifs cruciaux, la logistique des actions et les indicateurs d'évaluation de la trajectoire en question (Cardoen & Demeulemeester, 2008 ; Coffey et al., 2005 ; Panella et al., 2003 ; Shi, Su, & Zhao, 2008). De plus, des initiatives de création de trajectoires de soins et services regroupent plusieurs conditions cliniques alors que d'autres opèrent pour des conditions bien précises (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2019). Dans les deux cas, la participation de l'ensemble des niveaux hiérarchiques de l'organisation soignante peut contribuer à la réussite de sa mise en place et à son amélioration continue (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2019). Par ailleurs, la complicité des responsables des ressources matérielles et diagnostiques est aussi essentielle lors de la conception de trajectoires. Effectivement, dans un contexte de gestion de maladies chroniques, l'optimisation de la prise en charge des personnes

peut rapidement être affectée par l'absence ou la désorganisation de ressources du milieu (Cittée et al., 2015).

Somme toute, la trajectoire de soins et des services s'avère une venue pertinente à l'harmonisation des interventions médicales et sociales. Par ailleurs, cette dernière peut également mener à une meilleure utilisation des ressources du milieu occasionnant des répercussions positives à la fois sur les patients et sur le système (Coffey et al., 2005). La trajectoire de soins et de services mobilise un amalgame de parties prenantes permettant ainsi un renforcement des pratiques managériales, l'utilisation de balises significatives évaluatives et la mise en œuvre d'une pratique basée sur les données probantes (De Bleser et al., 2006 ; Panella et al., 2003). Dans cette optique, il devient pertinent d'explorer un élément fondamental à la réussite de la mise en action de la trajectoire de soins : la collaboration disciplinaire.

#### 1.3.1.2 Collaboration disciplinaire

Compte tenu de ce qui précède, la collaboration disciplinaire dans le domaine médical et social devient un élément incontournable contribuant à l'atteinte des objectifs ministériels. En effet, la collaboration entre les professionnels, soutenue par une trajectoire où le langage est partagé, contribue grandement à la fluidité et la continuité des soins et services (Panella et al., 2003). Toutefois, la collaboration disciplinaire, dans le domaine médical et social, demeure un sujet délicat où la compréhension demeure en évolution. Cette sous-section abordera une contextualisation de la collaboration disciplinaire et de modèles de mise en œuvre de celle-ci.

À première vue, le travail collaboratif au sein du domaine de la santé et des services sociaux accumule, depuis plusieurs années, des initiatives aux résultats hétérogènes. Au Québec, la création des Centres locaux de services communautaires (CLSC), au courant des années soixante-dix, visait l'adoption d'un concept de médecine globale

où la complémentarité et l'harmonie disciplinaire étaient de mise (Brunet, 1978). Quoique pertinente théoriquement, cette initiative s'est avérée difficile à piloter. Effectivement, malgré les bonnes intentions, un parallélisme disciplinaire et de nombreux conflits liés au pouvoir de la discipline médicale furent observés (Brunet, 1978). Certains de ces irritants, dont le mode de rémunération du corps médical, perdurent encore aujourd'hui (D Contandriopoulos et al., 2018). De plus, chacune des professions du domaine médical et social est structurée par des organismes législatifs externes, des lois gouvernementales spécifiques, des descriptions de tâches organisationnelles rigides et des conventions collectives syndicales balisées. La structure de gouvernance du domaine de la santé permet également au gestionnaire administratif l'exercice d'un contrôle local sur l'exercice des professionnels (D'Amour, Sicotte, & Lévy, 1999). Cet environnement crée de toute évidence des tensions qui influencent inévitablement les relations collaboratives (Finn, Learmonth, & Reedy, 2010).

À cet effet, la littérature soulève de nombreux enjeux occasionnés par cette tension. Effectivement, il est possible d'assister à l'instauration de rivalités au coeur d'une discipline (Bercot, 2006). Cette dynamique peut traverser les frontières disciplinaires et entraîner l'apparition de visions réductrices auprès des collègues (D'Amour, Tremblay, & Proulx, 2009 ; Sadeghi-Bazargani, Tabrizi, Saadati, Hassanzadeh, & Alizadeh, 2015). La complexité du domaine de la santé et des services sociaux occasionne également de nombreuses incompréhensions face aux différents rôles de tous et de chacun. En d'autres termes, cette méconnaissance de son propre champ de pratique ou des expertises des autres professionnels peut entraîner l'adoption involontaire de pratiques déviantes (Couture, 1978 ; Lima, Bernardino, & Dallaire, 2013), une détresse psychologique et le rehaussement du taux de roulement lié aux démissions (Karanikola et al., 2014). Cette rigidité au niveau des rôles occasionne également des entraves à l'intégration des soins et services particulièrement en

situation de santé complexe (Perroux, Lessard, Larue, Duhoux, & Contandriopoulos, 2020). Tout compte fait, le travail collaboratif dans le milieu de la santé est fortement touché par des enjeux de pouvoir, de prestige et d'influence, créant ainsi un milieu parfois tendu où les interactions peuvent rapidement devenir pénibles (Finn et al., 2010).

À l'opposé, d'autres études démontrent la réussite du travail collaboratif ainsi que le fruit de cette complémentarité des différentes disciplines œuvrant dans le réseau de la santé. Dans cet ordre d'idée, le travail collaboratif permet la bonification de la compréhension de la situation de santé vécue tant par les personnes malades, les proches et les professionnels (Campéon, Le Bihan, & Mallon, 2012). Par exemple, une personne peut s'ouvrir davantage à un professionnel et partager ses préoccupations réelles. La collaboration disciplinaire permet la construction conjointe d'une vision holistique de la situation de santé vécue par la personne. Les plans d'interventions sont davantage adaptés et justes, créant ainsi des conditions gagnantes à l'atteinte des objectifs de santé (Herrmann & Zabramski, 2005). Dans un autre ordre d'idée, certaines études démontrent que des modifications structurelles et la modification des programmes académiques peuvent appuyer les initiatives collaboratives. En effet, l'ajout d'un professionnel doté d'un rôle pivot au cœur de l'équipe favorise la collaboration ainsi que la concertation dont le but est l'intégration et l'arrimage des interventions (Fleury, 2009). Les programmes de formation des professionnels, dotés d'un parcours explorant les différentes disciplines médicales et sociales, constituent un levier incontestable aux initiatives collaboratives (Morland, Duncan, Hoebing, Kirschke, & Schmidt, 2005 ; Stiefel, 2001). Il n'est pas surprenant de constater que de nombreux projets ainsi que des directives gouvernementales s'appuient désormais sur la collaboration disciplinaire en santé en ayant comme objectif l'amélioration des soins et services offerts (Lavis & Boyko, 2009).

Parallèlement, des chercheurs se penchent sur les différents enjeux de la collaboration disciplinaire, dont les volets économiques, sociaux, technologiques et politiques (D. Contandriopoulos, Perroux, Cockenpot, Duhoux, & Jean, 2016). Dans cette optique, des modèles de mise en œuvre et de compréhension du travail collaboratif sont proposés. Deux modèles retiennent l'attention : le modèle de Ramadier (2004) ainsi que le modèle de (Emmanuelle Careau et al., 2014).

Pour débiter, Ramadier (2004) propose une approche comparative entre différentes structures de dynamique disciplinaire dans un contexte de représentation et de perception de l'espace urbain. Ces observations portent une emphase sur l'environnement ainsi que sur les comportements humains. Certes, cette approche résulte d'une exploration d'un champ disciplinaire qui s'éloigne du domaine de la santé, mais ce dernier peut toutefois bénéficier de cette vision qui détient un grand point commun : les interactions entre les personnes. De plus, cette contribution permet une appréciation préliminaire de la terminologie liée à la collaboration disciplinaire. Le modèle en question définit quatre possibles dynamiques : la discipline, la multidisciplinarité, l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité.

La discipline émerge directement des institutions d'enseignement universitaire où les structures institutionnelles sont à la base de la première communauté identitaire de l'étudiant (Clark, 1986). Dans cette logique, Lawrence (2008) attribue l'existence de la discipline aux différentes théories qui la compose, aux connaissances issues de ses pratiques propres et aux règles de conduite professionnelles qui la régissent. L'ensemble de ces éléments participent à l'instauration de frontières et au maintien d'une routine, de traditions et de pratiques corporatives (Nowotny, Scott, & Gibbons, 2001). Le but ultime de la discipline est de parvenir à maîtriser un objet complexe en le simplifiant (Ramadier, 2004).

Aussi appelée pluridisciplinarité, la multidisciplinarité est le résultat d'une juxtaposition de plusieurs disciplines dans le même établissement sans toutefois qu'il y ait interaction entre elles (Darbellay, 2005). Il est donc possible d'observer un cumul de connaissances et de savoirs spécialisés sans toutefois assister à la connectivité entre eux (Lawrence, 2008). Chacune des disciplines se dédie à sa propre expertise tout en respectant le point de vue de ses disciplines collègues (Ramadier, 2004).

L'interdisciplinarité est caractérisée par la création d'un dialogue entre les différentes disciplines (Ramadier, 2004). Les disciplines travaillent conjointement, partagent et transfèrent leurs modèles théoriques respectifs et tentent de résoudre un problème ou d'adresser une réflexion face à une préoccupation de manière commune (Lawrence, 2008). Les relations entre les disciplines deviennent multidirectionnelles et le pouvoir devient partagé (Darbellay, 2005). Néanmoins, l'interdisciplinarité demeure partiellement fragmentée et démontre un inconfort face aux paradoxes (Ramadier, 2004).

La transdisciplinarité remet en question la logique disciplinaire. À cet effet, Kuhn (2008) affirme que la science moderne nécessite une transgression des frontières académiques. La transdisciplinarité est notamment caractérisée par un amalgame humble des logiques disciplinaires et de l'ambition d'atteindre un niveau supérieur du mode de pensée (Ramadier, 2004). La transdisciplinarité devient le fruit de la réorganisation des savoirs disciplinaires qui provoque des modifications de la logique disciplinaire (Darbellay, 2005). L'ensemble des réalités et visions sont préservées pour ensuite être confrontées puis articulées à nouveau (Ramadier, 2004). Il est possible d'assister à une réelle appréciation des paradoxes dans la transdisciplinarité où un processus de co-construction va au-delà des disciplines (Darbellay, 2005). La

transdisciplinarité soutient aussi l'idée que l'ensemble surpasse nettement la somme des parties (Morin, 1997).

La figure 1.2 dresse une représentation visuelle de la pensée de Ramadier face aux différentes dynamiques recensées précédemment.

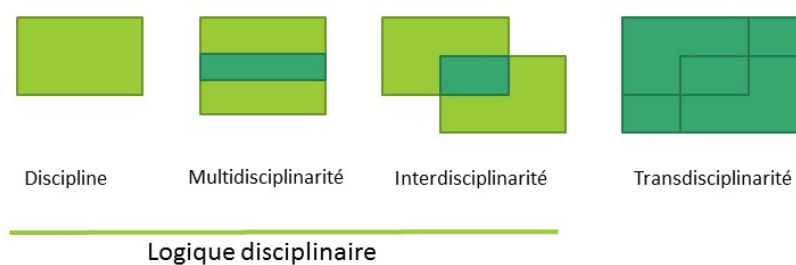


Figure 1.2 : De la discipline à la transdisciplinarité (Ramadier, 2004, p.433)

En deuxième temps, le modèle de Emmanuelle Careau et al. (2014) est spécifique au domaine de la santé québécois. Il permet d'étudier à la fois la nature des interactions des professionnels et d'apprécier subséquemment l'intégration clinique qui en découle. Quatre composantes sont juxtaposées : le niveau de complexité de la situation de santé, l'intention recherchée avec la personne concernée par les soins et services, la nature des interactions avec les parties prenantes et les savoirs disciplinaires sollicités.

La figure 1.3 illustre le modèle ainsi que les quatre composantes.

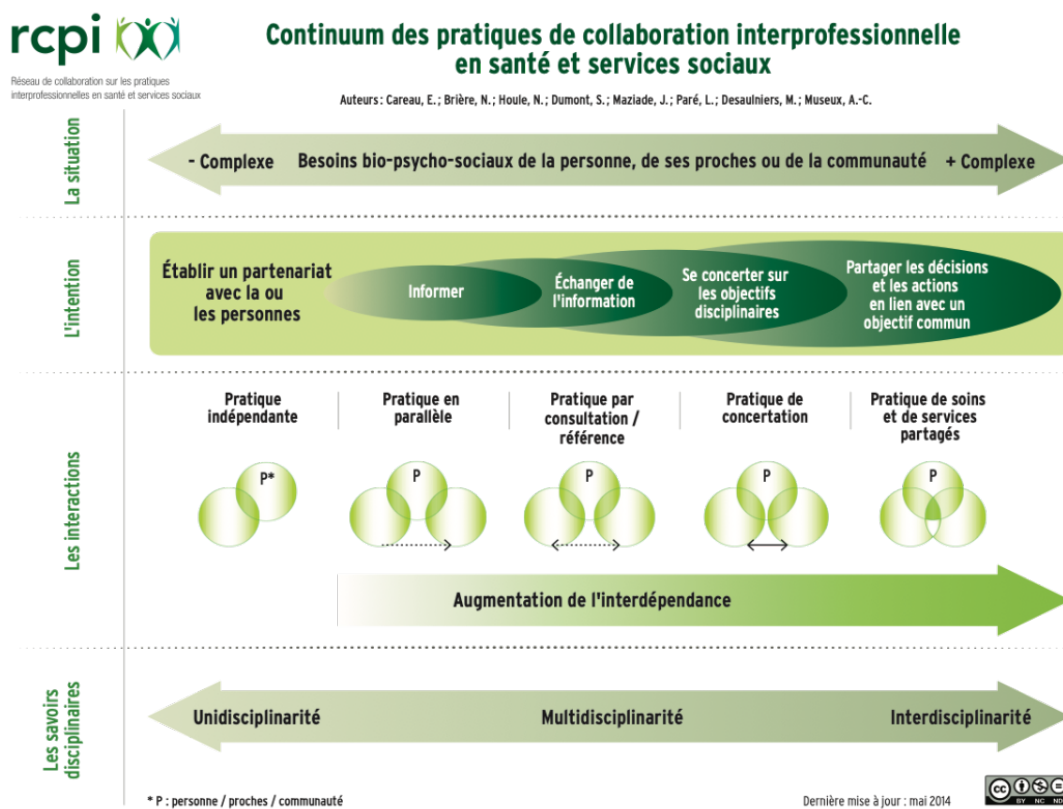


Figure 1.3 : Modèle de continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux

Ce modèle propose l'adaptation de la pratique collaborative au diapason de la complexité de l'état de santé de la personne et de l'intention visée par l'intervention médicale et sociale. Les interactions sont clairement adaptées aux pratiques des professionnels de la santé et des services sociaux. Le professionnel travaille seul au meilleur de sa connaissance lorsque les besoins sont plutôt simples. Toutefois, plus les besoins évoluent, se complexifient et dépassent son champ d'expertise, le professionnel fait appel à d'autres types de pratiques où l'intensité des interactions varient proportionnellement. Le tableau 1.3 dresse un sommaire des différentes interactions répertoriées par le modèle.



Tableau 1.3 : Nature des interactions selon Careau et al. (2018)

Type de pratique	Nature des interactions
Pratique indépendante	Le professionnel œuvre seul auprès du patient, de ses proches ou de la communauté.
Pratique en parallèle	Le professionnel entre en relation avec au moins un autre professionnel appartenant à une autre discipline afin de s'informer sur ce qui fut mis en œuvre pour intervenir auprès d'un même patient, de ses proches ou de la communauté.
Pratique par consultation/référence	Le professionnel affiche clairement son intention d'échanger de l'information avec au moins un autre professionnel doté d'un champ d'expertise particulier ou appartenant à une autre discipline. Suite à la consultation, le professionnel ayant consulté demeure en contrôle de l'orientation de l'intervention avec le patient, ses proches ou la communauté.
Pratique de concertation	Le professionnel planifie et organise consciemment l'offre de soins et de services à la lumière des besoins biopsychosociaux du patient, de ses proches ou de la communauté. Il entretient des relations bidirectionnelles avec les disciplines alliées tout en conservant son propre champ d'expertise. Les interventions sont concertées dans le souci d'atteindre les objectifs fixés par les professionnels, le patient, ses proches ou la communauté.
Pratique de soins et de services partagés	Le professionnel s'engage dans une démarche où la prise de décision est partagée entre les professionnels de l'équipe et le patient, ses proches ou la communauté. Un objectif commun est élaboré et des actions sont privilégiées dans le souci d'atteindre ce dernier. Les interactions entre les professionnels sont intenses ; un réel partage entre les champs disciplinaires est observable où la vision de la situation devient commune.

Les différents savoirs disciplinaires, en harmonie avec les définitions avancées précédemment, évoluent au rythme des besoins et coexistent dans l'environnement.

Le modèle de Careau et al. (2018) illustre fidèlement la réalité des organisations soignantes ainsi que les aspirations des autorités ministérielles entourant la collaboration professionnelle. Les résultats de recherches entourant sa mise en œuvre demeurent incomplets et proposent la poursuite des travaux et des réflexions en ce qui a trait à la collaboration disciplinaire au Québec (Perroux et al., 2020).

### 1.3.1.3 Sommaire

En somme, la mise en place d'une trajectoire de soins et de services est un processus en perpétuel mouvement qui nécessite une attention réfléchie. Effectivement, son développement demande un investissement notable à la fois des professionnels de la santé et des acteurs clés soutenant les pratiques médicales et sociales. Cette dernière se doit d'être adaptée à la spécificité de la clientèle, du moment et de l'environnement (De Bleser et al., 2006). Étroitement liée aux meilleures pratiques issues des données probantes, la trajectoire de soins tend à diminuer les variations négatives des services offerts menant ainsi à une harmonisation des pratiques (De Bleser et al., 2006 ; Panella et al., 2003) et à une utilisation judicieuse des ressources (Coffey et al., 2005). La pleine mise en œuvre des trajectoires de soins et de services s'appuie sur le principe de collaboration disciplinaire des professionnels de la santé. Cette collaboration permet l'adoption d'une vision plus riche et plus cohérente de la personne vivant une maladie. L'interaction entre les différentes expertises permet d'aborder judicieusement les problèmes de santé complexes tout en donnant un sens élargi du soin de santé et des services sociaux. Eu égard, la pertinence des éléments mentionnés entourant la trajectoire et la collaboration dans la prise en charge du vieillissement et de la maladie chronique, des défis de taille demeurent à relever. La complexité du domaine de la santé québécois et la pérennité des silos disciplinaires entravent l'adoption des visions intégratrices des soins et services. La compréhension des interactions ainsi que des identités professionnelles au cœur de la trajectoire de

soins et de service serait définitivement de mise. Dans cet élan, continuons le survol des priorités gouvernementales en abordant la qualité des soins et services.

### 1.3.2 La qualité des soins et services

Conformément à ce qui précède, la présente section s'intéresse à la place qu'occupe la qualité des soins et des services au cœur du domaine de la santé de la province québécoise. En plus de mettre de l'avant l'accessibilité aux soins et aux services, le gouvernement du Québec se fixe des objectifs audacieux entourant la satisfaction de la population (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019a). En premier lieu, une brève revue de la littérature entourant la qualité des soins et des services sera effectuée. À cela sera joint un aperçu du modèle de Donabedian, une référence dans le domaine médical, axé sur l'appréciation de la qualité qui tient compte de la complexité du milieu. Pour terminer, la contribution spécifique des professionnels de la santé sera revue par l'exploration de la médecine des preuves bonifiée par le modèle d'Armstrong.

#### 1.3.2.1 Définition de la qualité

La qualité des soins est un concept plutôt vaste qui va au-delà des institutions hospitalières (Hardy & Pelletier, 1996). En effet, plusieurs recherches effectuées à ce sujet concernent à la fois les secteurs économiques, sociaux, technologiques en plus d'organisations privées dont l'industrie pharmaceutique. Selon l'Institute of Medicine, la qualité des soins se définit comme «la mesure selon laquelle les services de santé à l'intention des individus et des populations augmentent la probabilité des résultats désirés pour la santé selon les connaissances professionnelles actuelles» [Traduction libre] (Institute of Medicine, 2001, p. 44). De nombreux modèles théoriques furent proposés en vue de mieux comprendre les constituants de la qualité des soins et des services permettant ainsi l'élaboration d'indicateurs

spécifiques et significatifs (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2018). À cet effet, le modèle de Donabedian, axé de manière spécifique sur les composantes de la qualité des soins et services, sera abordé.

Durant les années 1960, un médecin, effectuant également de la recherche, nommé Avedis Donabedian propose, à la lumière de ses travaux, un modèle théorique permettant l'appréciation de la qualité des soins et des services. Ce modèle se base sur l'évaluation des éléments de structure, de processus et de résultats (Donabedian, 1966). Tout d'abord, les éléments de structure font appel au contexte de soins et à la disponibilité des ressources matérielles et humaines du milieu. Pour continuer, les éléments de processus font appel aux pratiques des organisations soignantes ainsi que les pratiques cliniques des professionnels de la santé et des services sociaux. Enfin, les éléments de résultats font appel aux effets, présents et futurs, ressentis des soins offerts sur l'état de santé et la satisfaction de la population. Les trois éléments s'influencent mutuellement : la structure contribue au processus et cette relation contribue aux éléments de résultats (Moore et al., 2014).

Depuis sa conception, le modèle de Donabedian récolte des éloges compte tenu de sa grande flexibilité (Santry et al., 2020). En effet, de nombreuses recherches et initiatives de rehaussement de la qualité des soins se sont basées sur ce dernier (Clavien et al., 2009 ; DiRusso et al., 2001 ; H. Qu, Shewchuk, Chen, & Richards, 2010). Dans une optique de continuation de ses travaux de recherche, une prise de conscience entourant la contribution spécifique des professionnels de la santé et des services sociaux s'impose (Donabedian, 1988).

Selon ce qui précède, le modèle de Donabedian propose l'appréciation de la qualité à l'aide d'éléments, dont le processus de soins et de services qui attire l'attention. Ce dernier est étroitement lié aux interventions cliniques des professionnels de la santé et

des services sociaux (Donabedian, 1988). D'une part, les professionnels contribuent par la mise en œuvre judicieuse des meilleures pratiques disponibles. Cette mise en œuvre tient compte des habiletés techniques, des connaissances théoriques et d'un jugement clinique permettant l'application optimale de ces dernières (Donabedian, 1988). D'autre part, ces mêmes professionnels entretiennent une relation thérapeutique avec le patient et ses proches. Ce dialogue permet l'instauration d'un climat de confiance et d'échanges où les décisions sont partagées et les informations cruciales entourant les interventions sont divulguées (Donabedian, 1988).

Pour résumer, l'évaluation ainsi que le rehaussement de la qualité des soins et des services sont des activités essentielles au cœur des organisations soignantes. À cet égard, de nombreuses approches et modèles furent proposés en vue de faciliter l'évaluation des interventions. Le modèle de Donabedian s'intéresse de manière élargie à la qualité des soins tout en étant doté d'une adaptabilité à de multiples contextes. Au cœur du modèle se situe les éléments de processus où la contribution des professionnels de la santé et des services sociaux occupe une place non seulement centrale, mais d'une grande importance. La mise en action des compétences et des meilleures connaissances du professionnel renvoie directement à la médecine des preuves et aux travaux d'Eamon C Armstrong (2003) qui seront traités plus spécifiquement ici-bas.

### 1.3.2.2 Médecine des preuves

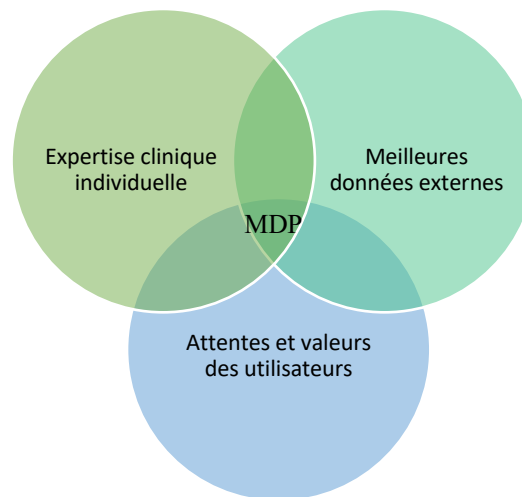
La médecine des preuves prend officiellement son envol au courant des années 1920 par l'entremise d'un changement radical médical. En effet, un désir de transparence et de rigueur alimente les chercheurs qui instaurent les principes de l'expérimentation thérapeutique (Keel, 2011). Au fil des années, les chercheurs s'allient aux médecins et parviennent à un consensus concernant la standardisation des collectes de données

cliniques, des procédures de laboratoire et des spécificités des essais cliniques (Keel, 2011).

De nos jours, les pratiques exemplaires, basées sur la médecine des preuves, sont couramment utilisées afin d'optimiser la prise en charge de maladies aiguës (Lau et al., 2015) et chroniques (Canadian Health Services Research Foundation, 2007 ; Lau et al., 2015). Cette standardisation des pratiques médicales permet notamment l'invariabilité de la qualité des soins pour l'utilisateur, la simplification du processus décisionnel du praticien et bonifie l'efficience budgétaire des institutions soignantes (Woolf, Grol, Hutchinson, Eccles, & Grimshaw, 1999). À titre d'exemple, les soins et services gériatriques gagnent en pertinence grâce à des outils cliniques permettant l'évaluation de la dépression (Lacoste & Trivalle, 2005; Rinaldi et al., 2003), de l'autonomie fonctionnelle (Hébert, Carrier, & Bilodeau, 1988), du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau (Bergstrom, Braden, Kemp, Champagne, & Ruby, 1998), des capacités cognitives (Nasreddine et al., 2005), du risque de chute (Podsiadlo & Richardson, 1991) et de l'état nutritionnel (Guigoz, Vellas, & Garry, 1996). Propulsés par les meilleures données factuelles et validés par les démarches scientifiques, ces outils guident et raffinent les interventions des professionnels de la santé et des services sociaux. Toutefois, comme mentionnés précédemment, le jugement clinique ainsi que l'interaction avec le patient et sa famille sont des éléments incontournables à la qualité des interventions. Néanmoins, certaines préoccupations entourant la médecine des preuves persistent.

Comme mentionné ici haut, la médecine des preuves est une entente officielle soutenant l'usage attentionné et judicieux des meilleures données disponibles guidant l'offre de services de soins de santé des patients (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996). Toutefois, de nombreux défis et préoccupations furent soulevés par la littérature entourant l'inflexibilité (Philippe Abastado, 2007) et la

dépersonnalisation des soins de santé (Woolf et al., 1999). Effectivement, les maladies chroniques ainsi que les situations atypiques occasionnent de nombreux questionnements chez les professionnels. Le jugement clinique ainsi que l'adoption d'une vision holistique du patient deviennent des incontournables. Répondant à ce tracas, la vision de la médecine des preuves d'E. C. Armstrong (2003) mérite une attention particulière. Ce modèle illustre la médecine des preuves sous forme de triade où l'expérience et l'expertise individuelle du clinicien, les meilleures données externes et les attentes et valeurs des utilisateurs s'entrecroisent (figure 1.4).



[Traduction libre] Armstrong, 2003, p. 352

Figure 1.4 : Triade de la médecine des preuves (MDP)

L'expertise clinique individuelle se réfère davantage à la praxis développée par les praticiens. La praxis est d'abord et avant tout l'intégration fluide et artistique des connaissances à la fois théoriques et pratiques du praticien réflexif (Kilpatrick, 2008). Cette expertise, en perpétuelle évolution, permet au praticien d'adapter judicieusement son approche, selon son jugement, tout en suggérant des traitements, des soins et des examens diagnostiques adaptés à la situation présentée par l'utilisateur (Sackett et al., 1996). Tel un funambule, le praticien équilibre et raffine la

qualité de ses interventions à la fois par les activités d'acquisition de connaissances, par les apprentissages tirés des expériences passées et par son jugement clinique (Michelson, 2004). Pour terminer, la présence ainsi que l'importance marquante des outils technologiques diagnostiques doivent être domptées par l'art du savoir-faire médical caractérisé par les examens visuels, auditifs, tactiles et son flair (Morin, 2011).

Les meilleures données externes sont issues de la rigoureuse médecine des preuves. Les résultats de recherche enrichissent les connaissances des praticiens tout en proposant des ajustements aux divers traitements et activités diagnostiques. Quotidiennement, les bases de données médicales sont enrichies par de nouvelles découvertes scientifiques que le praticien doit interpréter judicieusement et contextualiser à sa pratique (Balas & Boren, 2000). Face à cette quantité imposante d'articles scientifiques nécessitant une lecture approfondie et surtout un regard critique (P Abastado, 2006 ; Gingras, 2014 ; Holmes, Perron, & O'Byrne, 2006 ; Sackett et al., 1996), des initiatives émergent en vue d'améliorer l'accessibilité, d'accélérer la diffusion ainsi que de faciliter l'adoption des pratiques exemplaires basées sur les meilleures données externes (Choisir avec soin, 2020 ; Deprescribing, 2019). Ces organismes normatifs reconnus formulent des recommandations et directives cliniques simples tout en étant appuyés par la littérature scientifique. Il est pertinent de mentionner également que dans un contexte d'intégration des soins et services, la communication entre les différents professionnels vient bonifier l'utilisation des meilleures données externes et permet un alignement judicieux des interventions. Pour terminer, cette communication s'élargit aux gestionnaires du réseau de la santé qui assurent la disponibilité des équipements et les ressources essentielles à la mise en action des pratiques exemplaires (Lau et al., 2015).



Pour terminer, les attentes et valeurs des utilisateurs du système médical méritent une attention équitable au cœur de la médecine des preuves. À l'ère où les technologies mobiles permettent la prise en charge d'un problème de santé à l'aide d'une application, il est possible de constater que les avis, les attentes et les besoins des utilisateurs varient énormément (Lupton, 2013). La formation générale des praticiens vise d'abord et avant tout la maîtrise des connaissances théoriques. Le développement d'habiletés relationnelles, permettant l'appréciation juste de la perspective de l'utilisateur, est parfois négligé (E. C. Armstrong, 2003). D'ailleurs, une grande proportion des interventions soignantes ne sont aucunement de nature biomédicales, mais plutôt axées sur l'écoute empathique et le soutien psychologique (George, 2015). Au quotidien, le professionnel est appelé à s'efforcer, accepter l'ambiguïté et s'entraîner à questionner l'utilisateur afin de saisir judicieusement sa réalité et ses préférences. La relation thérapeutique et l'instauration d'un dialogue entre le professionnel et l'utilisateur deviennent des conditions précieuses et indispensables à l'utilisation réfléchie et adaptée de la médecine des preuves. Par conséquent, les soins et les services sont davantage personnalisés et alignés aux attentes et besoins des utilisateurs (Bullock & Kingma, 2014) favorisant ainsi l'adhésion aux différents traitements (Rivera-Spoljaric, Halley, & Wilson, 2014; Wilson et al., 2010). Dans cette optique, le processus de prise de décision partagée démontre de plus en plus de bienfaits (Spatz, Elwyn, Moulton, Volk, & Frosch, 2017).

### 1.3.2.3 Sommaire

Tout compte fait, la qualité des soins et des services est une composante incontournable du système de santé et des services sociaux. Le modèle de Donabedian et de celui d'Armstrong, permettent une compréhension nuancée de l'organisation des soins de santé permettant l'atteinte d'une qualité souhaitée et de la médecine des preuves. La contribution de Donabedian (1966) soulève les relations entretenues entre les ressources du système de santé, les processus entourant les soins

et services et les résultats observés. L'adéquation de ces trois éléments permet l'appréciation du niveau de qualité des soins et des services offerts à la population. De son côté, la contribution d'Eamon C Armstrong (2003) aborde la médecine des preuves sous trois grandes facettes qui sont en interrelations : l'expérience, la science et l'humain. Ces constats soulèvent par ailleurs l'importance capitale de la contribution du professionnel de la santé à la qualité des interventions. En plein contrôle de la composante processus par ses pratiques cliniques, le professionnel offre les meilleurs soins et services au diapason de son expérience, ses connaissances et sa représentation des besoins ainsi que des valeurs des patients. Le réseau de la santé québécois, face au vieillissement de la population et à la place grandissante de la chronicité, compte sur la collaboration des professionnels ainsi que sur leur expertise en vue de répondre à la demande en constante croissance. Dans ces circonstances, la revue des grandes directions ministérielles arrive à son dernier point. La sous-section suivante traitera de la performance des soins et des services.

### 1.3.3 La performance

La performance ainsi que sa mesure deviennent des incontournables au cœur de la société moderne. Les précieuses ressources du réseau de la santé et des services sociaux, qu'elles soient humaines ou matérielles, doivent être utilisées judicieusement afin de répondre aux attentes et besoins de la population. La sous-section abordera en premier temps une brève contextualisation de la performance et de sa gestion dans le système de santé québécois. Directement concernés par la performance du réseau, les professionnels de la santé et des services sociaux seront spécifiquement abordés. À cet effet, une recension d'enjeux, concernant les pratiques cliniques, sera effectuée. Celle-ci visera l'exploration des freins à l'utilisation judicieuse des pratiques exemplaires. Pour terminer, adressant une solution potentielle aux écarts de performance, la communauté de pratique sera explorée.

### 1.3.3.1 Contextualisation de la performance

Tout d'abord, la recherche d'une gestion optimale de la performance au cœur des organisations de santé est d'une importance mondiale. Sa conception ainsi que sa mesure évoluent spécifiquement tout au long du vingtième siècle en synchronisme aux coûts des services de santé et des innovations médicales, diagnostiques et technologiques (Conseil de la santé et du bien-être, 2005). Les dépenses ainsi encourues ajoutées à la venue du régime d'assurance maladie au Québec forcent les autorités gouvernantes, au milieu des années 1970, à réfléchir aux différentes stratégies pour contrôler les dépenses tout en rehaussant les soins et services (Conseil de la santé et du bien-être, 2005). L'arrivée du paradigme de la gestion des systèmes de santé, le nouveau management public, vise l'adoption des principes de gestion des secteurs privés dans un souci de rehaussement de l'efficacité (Bourque, 2007). Dans cette optique, la qualité des soins et des services, l'imputabilité, l'utilisation judicieuse des ressources et la place désormais centrale du patient deviennent des priorités incontournables (Rouillard, Montpetit, Fortier, & Gagnon, 2004). La Loi sur les services de santé et les services sociaux identifient les principales caractéristiques que doivent désormais présenter les soins et services de santé : l'efficacité, l'efficience, l'accessibilité, la continuité, la sécurité, la réactivité et l'équité d'accès (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012). De son côté, Porter (2010) propose une approche basée sur la valeur ajoutée pour le patient qui est caractérisée par la relation entre les résultats de santé et les sommes monétaires encourus par les soins. Pour les professionnels de la santé et des services sociaux, ces cibles renforcent l'obligation qu'ils ont de baser l'ensemble de leurs interventions sur les pratiques exemplaires reconnues, les données probantes ainsi que les recommandations émises par les organismes normatifs et accréditeurs. Or, la sous-section suivante démontrera que de nombreux écarts persistent à ce niveau.

### 1.3.3.2 Enjeux de l'utilisation des pratiques exemplaires

La mise en œuvre des pratiques exemplaires, au cœur du domaine de la santé et des services sociaux, est un sujet de grande importance. Effectivement, ces dernières sont présentes et occupent une place essentielle au fonctionnement du réseau de la santé québécois. L'intégration ainsi que l'atteinte de haut niveau de qualité des soins et des services sont possibles grâce aux interventions des professionnels basées sur les pratiques exemplaires. Toutefois, la littérature souligne de nombreux freins à l'application de ces dernières.

Tout d'abord, l'accélération des découvertes scientifiques et le rythme fulgurant de leur diffusion occasionnent une pression sur les professionnels. En effet, les bases de données scientifiques regorgent de données probantes, de lignes directrices, de guides de pratique et de recommandations (Balas & Boren, 2000). À l'aube des années 2000, près de 10 000 essais contrôlés randomisés furent publiés dans des revues scientifiques (Chassin, 1998). Les professionnels se retrouvent face à une mission difficile où un double mandat s'érige. D'un côté, ils doivent assurer des soins et des services à la population. D'un autre côté, ils doivent également prendre connaissance, retenir, interpréter et adapter à leurs pratiques les nouvelles connaissances générées par la recherche. À cet effet, des recherches ont démontré que les approches traditionnelles de transfert de connaissances, utilisées par les acteurs clés en gestion de la qualité des organisations de santé, prennent environ cinq ans à assurer l'appropriation d'une nouvelle pratique à la routine des professionnels (Lomas, Sisk, & Stocking, 1993). Plus le temps passe, plus les pratiques cliniques réelles s'éloignent des pratiques exemplaires occasionnant ainsi un écart où la qualité, la sécurité, la pertinence et l'efficacité sont compromises. Par le fait même, les acteurs clés en gestion de la qualité des organisations de santé éprouvent de sérieuses difficultés à accomplir leur mandat.

De nombreux rapports et initiatives de recherches tentent de porter une lumière sur cette situation. Eu égard, les généreuses sommes investies dans les organisations soignantes, le niveau de qualité des soins et services demeure préoccupant (Berg & Black, 2014b). Comme souligné précédemment, la vitesse fulgurante de l'évolution des connaissances du domaine de la santé dépasse largement les capacités des méthodes traditionnelles de transfert de connaissances (The Robert Wood Johnson Foundation, 1996). En conséquence, trois grands types de problèmes entourant les interventions médicales et sociales se dressent : l'utilisation excessive, la sous-utilisation et l'utilisation inappropriée des ressources (Institute of Medicine, 2001). Effectivement, l'éloignement, souvent involontaire, aux meilleures pratiques occasionne un risque accru pour le patient où les interventions peuvent potentiellement devenir inutiles, nuisibles, et même dangereuses (Redwood et al., 2018 ; Stern et al., 2017). Par ricochet, les organisations soignantes voient leurs ressources humaines, financières et matérielles affectées injustement rendant les activités de gestion ardues (Larivée, 2018 ; Riccoboni & Darracq, 2018). À la lumière de ces enjeux, il est possible d'avancer que l'utilisation des meilleures données probantes ainsi que des pratiques exemplaires est un incontournable pour le professionnel de la santé et des services sociaux dans un souci de qualité et de performance.

Compte tenu de ce qui précède, la formation continue prend une importance capitale et au-delà des approches plutôt traditionnelles qui s'avèrent peu efficaces (Kontoghiorghes, 2004), elle tend à se diversifier et à s'adapter à l'effervescence du rythme de diffusion des données probantes. Il est désormais de plus en plus fréquent d'assister à la constitution de petits groupes d'apprentissages (D. Davis & Davis, 2010). Dans un souci d'atteinte d'une meilleure performance, les communautés de pratique émergent de plus en plus dans le domaine de la santé et des services sociaux.

### 1.3.3.3 Communauté de pratique

La communauté de pratique se définit comme une organisation sociale, formelle ou informelle, d'apprentissage où les personnes la constituant ont un intérêt commun, interagissent de manière constructive et développent subséquemment leur expertise (E. Wenger, 2005). Quatre éléments clés composent cette théorie : le sens, la pratique, la communauté et l'identité (E. Wenger, 2005). Le sens se réfère à l'apprentissage significatif en tant qu'expérience tant individuelle que collective et la pratique s'identifie aux différentes ressources (E. Wenger, 2005). S'inspirant de l'histoire et du vécu des individus, la pratique se réfère à la mise en action de l'apprentissage tout en soutenant l'engagement mutuel des personnes (E. Wenger, 2005). La communauté se réfère au regroupement de personnes qui permet la réalisation des projets alors que l'identité permet le développement continu de soi et de son image dans le contexte d'apprentissage (E. Wenger, 2005). L'ensemble de ces concepts interagissent et donnent naissance à un processus d'apprentissage multifacette menant à l'acquisition différente de connaissances (E. Wenger, 2005). À la lumière de cette définition, puisque les interactions entourant les données probantes sont plus significatives, la connaissance acquise est à la fois tacite et explicite ; facilitant ainsi le développement de l'art de la pratique et par ricochet la rétention de cette dernière (Duguid, 2005).

Dans un autre ordre d'idée, il est intéressant de constater que l'organisation et les fondements de la communauté de pratique évoluent dans le temps. Initialement, le modèle visait l'interaction entre les novices et les experts afin de cultiver, chez les nouveaux arrivants, un esprit d'appartenance professionnelle (Li et al., 2009b). Par la suite, l'emphase fut plutôt portée sur le développement personnel doté d'une vision davantage managériale s'emparant de la communauté de pratique lui attribuant des avantages liés à la compétitivité (Li et al., 2009b). Compte tenu de ces ambiguïtés, certains chercheurs affirment qu'il devient difficile d'évaluer les avantages réels

associés à l'instauration de la communauté de pratique (Richard et al., 2014). De plus, il est aussi difficile de démontrer le lien causal entre la performance organisationnelle et la communauté de pratique (Li et al., 2009b ; Ranmuthugala et al., 2011).

Également utilisée dans le domaine de l'éducation (Butler, Lauscher, Jarvis-Selinger, & Beckingham, 2004), du management (Fontaine & Millen, 2004) et de la planification urbaine (Soekijad, Huis in't Veld, & Enserink, 2004), la communauté de pratique s'imprègne dans le domaine de la santé compte tenu de son potentiel à partager efficacement les connaissances de telle sorte que les pratiques cliniques gagnent en pertinence (Ranmuthugala et al., 2011). À cet effet, des études ont démontré que la communauté de pratique détient un potentiel réel d'améliorer la qualité des interventions en cancérologie (Bentley, Browman, & Poole, 2010 ; Fung-Kee-Fung et al., 2008), en santé mentale pédiatrique (Barwick, Peters, & Boydell, 2009), en cardiologie (Paquet, Leprohon, & Cantin, 2004) et en santé préventive (McDonald & Viehbeck, 2007). Le transfert de connaissances se fait plus aisément, entre les membres de la communauté de pratique, permettant ainsi le partage et une éventuelle mise en œuvre des pratiques basées sur les données probantes (Barwick et al., 2009). De plus, ce transfert de connaissances, entre les membres de la communauté de pratique, permet la contextualisation des données probantes permettant ainsi le rehaussement de la pertinence d'application de ces dernières (D. Davis & Davis, 2010). Somme toute, une utilisation juste et réfléchie des données probantes résulte à une pratique clinique harmonisée créant ainsi une balise évaluative pour les professionnels de la santé (Tolson, Booth, & Lowndes, 2008). Cette balise facilite l'appréciation sincère des interventions et détient un potentiel important à l'amélioration de la qualité des soins (Barlow, Hayes, & Nelson-Gray, 1984 ; Ogles, Lambert, & Masters, 1996).

Par surcroît, de parvenir à réduire l'écart entre la théorie et la pratique dans le domaine de la santé, la communauté de pratique permet aussi un épanouissement et une valorisation des professionnels de la santé. Effectivement, une certaine complicité s'installe entre les membres de la communauté de pratique menant à l'acquisition de connaissances transversales permettant l'adoption d'une vision plus holistique (Paquet et al., 2004). Les professionnels de la santé développent une motivation intrinsèque, par la pratique réflexive et extrinsèque, par les interactions avec la communauté de pratique, qui appuie les changements et favorise leur pérennité (Barwick et al., 2009).

En revanche, compte tenu de la nature plutôt informelle de la communauté de pratique, les autorités gouvernantes éprouvent des difficultés à les soutenir et les maintenir actives (E. C. Wenger & Snyder, 2000). En effet, son fonctionnement et sa gestion demandent un investissement monétaire qui est difficilement justifiable auprès des autorités gouvernantes. Par le fait même, compte tenu de cette contrainte, la qualité de l'animation de la communauté ainsi que l'ajout de contenu pertinent dépendra de la bonne volonté des membres. Or, pour atteindre son plein potentiel et sa pertinence, la communauté de pratique doit être gérée et alimentée sur une base régulière (D.-G. Tremblay, 2005). Dans cette optique, il est intéressant d'observer l'évolution de cet enjeu puisque la communauté de pratique fut ciblée par le Plan national de santé publique 2015-2025 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015) comme étant un moyen de choix pour soutenir la pratique.

De plus, à l'ère des technologies de l'information, les communications virtuelles ainsi que les logiciels de partage permettent l'abolition des frontières géographiques élargissant ainsi les possibilités d'acquisition de connaissance (Barwick et al., 2009 ; Chanier & Cartier, 2006). Également, la formation clinique, soutenue par les technologies de l'information, permet une plus grande flexibilité temporelle pour les



professionnels de la santé dotés d'horaires atypiques (Fahlman, 2013). Dans cet ordre d'idée, il est désormais possible de voir la communauté de pratique migrer vers les plateformes de réseaux sociaux devenant ainsi virtuelles (E. C. Wenger & Snyder, 2000). Des initiatives dans le domaine de la gestion de la douleur (Meins et al., 2015), des soins à domicile (Ikioda & Kendall, 2016) ainsi que dans la formation initiale des infirmières (Portoghese et al., 2014) portent à croire que la communauté de pratique virtuelle est une venue très prometteuse. Elle facilite la communication, le partage d'expériences et la diffusion des meilleures pratiques entre les professionnels de la santé œuvrant dans un domaine eu égard leur localisation (Jiménez-Zarco, González-González, Saigí-Rubió, & Torrent-Sellens, 2015). De surcroît, la communauté de pratique virtuelle peut contribuer à l'accessibilité équitable aux soins de santé et services sociaux où les milieux urbains et les milieux ruraux se complètent (Curran, Murphy, Abidi, Sinclair, & McGrath, 2009). La communauté de pratique virtuelle demeure une organisation en développement qui nécessite des investigations plus poussées quant à son efficacité réelle entourant le partage des connaissances (Curran et al., 2009).

#### 1.3.3.4 Sommaire

Tout compte dit, la performance du réseau de la santé québécois est d'une grande importance non seulement d'un ordre managérial, mais également populationnel. Prenant conscience de l'utilisation des ressources, de nombreuses réformes structurelles furent observées au cœur de la province. En outre, les interventions cliniques basées sur les données probantes, les pratiques exemplaires et les recommandations reconnues permettent de contribuer à l'utilisation judicieuse des ressources. Or, face à de nombreux défis entourant la diffusion, le partage et l'application des connaissances, de nouvelles initiatives émergent. La communauté de pratique, traditionnelle ou virtuelle, permet d'approcher différemment les défis mentionnés ici haut en sollicitant judicieusement les professionnels de la santé et des

services sociaux. Les frontières temporelles et géographiques s'effacent, grâce à la technologie, offrant l'opportunité au professionnel de la santé d'élargir son champ d'expertise. La prochaine section dressera le bilan complet du premier chapitre à la lumière des constats et enjeux mentionnés précédemment.

#### 1.4 BILAN DU CHAPITRE

Le premier chapitre situe et contextualise l'environnement dans lequel cette recherche évoluera. Il est possible de constater que la population québécoise, comme la plupart des sociétés occidentales, assistera à un vieillissement démographique important dans les prochaines années. Par le fait même, les avancées de la médecine, de l'industrie pharmaceutique et des technologies permettent à cette population une bonification du temps de séjour sur cette planète. Toutefois, ce phénomène s'accompagne d'une mutation importante qui bouleversera les systèmes de santé : les maladies jadis aiguës et souvent mortelles se transforment en une ou plusieurs maladies chroniques qui interagissent et s'influencent. La chronicité demande une attention judicieuse en continu des professionnels de la santé qui devront ajuster l'offre des soins et services ainsi que la coordination de ceux-ci. Par surcroît, de nombreux enjeux en périphérie entourant la personne âgée, dont les choix de société, les modes de vie, la fragilité, l'isolement social et les incapacités doivent être pris en considération. Des équipes de recherche proposent des modèles de prise en charge de la chronicité et de la personne âgée suscitant de multiples réflexions. À cet effet, les réformes ainsi que les nombreux changements orchestrés par l'État véhiculent des postulats qui tentent d'adresser des solutions durables au vieillissement et à la chronicité.

La dernière réforme du gouvernement québécois accorde une place essentielle à l'intégration, la qualité et la performance des soins et des services. Face à l'intégration, l'instauration de trajectoires de soins et de services permet la

visualisation du cheminement clinique de l'utilisateur et la synchronisation des ressources. Ce processus permet une appréciation de l'ensemble des activités où des efforts sont déployés au rehaussement de la valeur pour l'utilisateur. Parallèlement, la collaboration disciplinaire devient également un incontournable face à l'intégration des soins et des services. Des modèles sont proposés où les rôles et responsabilités de chacun sont juxtaposés dans le souci d'offrir des soins et services à l'image des besoins de l'utilisateur.

En deuxième temps, la qualité des soins et des services est au cœur du réseau de la santé et des services sociaux. La visualisation ainsi que l'évaluation de celle-ci peuvent se faire à l'aide de modèles où les structures, les processus et les résultats sont observés. Il fut soulevé que la contribution des professionnels de la santé, par l'entremise de leurs interventions quotidiennes auprès des patients, basées sur la médecine des preuves, contribue grandement à l'atteinte et au rehaussement de la qualité. Or, les multiples enjeux entourant la diffusion, le partage et la mutualisation des meilleures connaissances médicales et sociales freinent les activités reliées au processus de la qualité. Par ricochet, les ressources matérielles, humaines et diagnostiques peuvent être maladroitement utilisées exposant ainsi l'utilisateur à un danger potentiel. En termes d'appréciation de la qualité, la déviation aux meilleures pratiques médicales et sociales au niveau du processus place les structures ainsi que les résultats dans une situation précaire. Ceci permet d'avancer plus judicieusement le troisième énoncé central du réseau de la santé : la performance. Les enjeux managériaux contemporains et populationnels forcent les autorités gouvernantes à baliser plus judicieusement l'ensemble des activités du réseau de la santé et des services sociaux. Les sommes investies doivent être en mesure de dégager des résultats à la hauteur des attentes de la société québécoise. Face à l'utilisation mitigée des pratiques exemplaires, des pistes de solutions prometteuses furent avancées dont plus particulièrement, l'instauration de communautés de pratique traditionnelle et

virtuelle. Cette organisation flexible du savoir peut faciliter et rendre possible la création, le partage et la mise en application de la connaissance ; ajoutant ainsi une valeur indéniable à la qualité des soins et des services. Le tableau 1.4 propose un résumé de l'ensemble des éléments abordés dans le présent chapitre.

Tableau 1.4 : Évolution populationnelle et organisation des soins de santé

Enjeux populationnels	Modèles de prise en charge de la chronicité et de la personne âgée	Réforme du réseau de la santé et des services sociaux (2014)	
Vieillesse démographique	Chronic Care Model (Wagner, 1998)	Intégration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trajectoire de soins et services (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2019)</li> <li>• Collaboration disciplinaire (Carreau &amp; al., 2018 ; Ramadier, 2004)</li> </ul>
Chronicité et multimorbidité		Qualité des soins et services	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modèle de Donabedian (1988)</li> <li>• Médecine des preuves (Armstrong, 2003)</li> </ul>
Incapacités	Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (MSSS, 2011)	Performance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pratiques exemplaires (Institute of Medicine, 2001)</li> <li>• Communauté de pratique virtuelle (Wenger &amp; Snyder, 2000)</li> </ul>
Fragilité du réseau social			

Face aux éléments mentionnés dans le présent chapitre et la quête inachevée à la performance, la gestion de projet devient une discipline alliée détenant le potentiel de

poser un regard neuf sur une situation où les tentatives furent plutôt improductives. Se basant sur cette prémisse, le chapitre 2 traitera spécifiquement de la gestion de projet et de sa transposition dans le domaine de la santé et des services sociaux.

## CHAPITRE II

### LA GESTION DE PROJET

Pour faire suite à l'appréciation des différents enjeux entourant l'intégration des interventions, la qualité des soins et services ainsi que la performance du réseau de la santé et des services sociaux, un chapitre sera consacré à l'exploration de la discipline de la gestion de projet. Au premier abord, une introduction plutôt générale des principes et des fondements de la gestion de projet seront explorés. La revue de la littérature contiendra des éléments de contextualisation de la discipline au domaine de la santé et des services sociaux. Une juxtaposition des phases du projet à la trajectoire de soins et services sera proposée afin de bien ancrer la présente recherche doctorale à la discipline de la gestion de projet. La deuxième section portera une emphase sur l'optimisation de la trajectoire de soins et de services sociaux ainsi qu'au concept de valeur. Pour terminer, la troisième section abordera la contribution des technologies de l'information qui appuie désormais le domaine de la santé et des services sociaux.

#### 2.1 GESTION DE PROJET – D'HIER À AUJOURD'HUI

Dans le cadre de cette thèse en gestion de projet, il est de mise d'accorder une emphase primaire et soutenue à la discipline en question. Cette première section sera tout d'abord caractérisée par une contextualisation chronologique de l'évolution de la

gestion de projet. Par la suite, une emphase spécifique sera portée à la transposition de la gestion de projet dans le domaine de la santé et des services sociaux.

### 2.1.1 Développement et évolution de la gestion de projet

Depuis la fin des années 1940, la gestion de projet se démarque par son approche rigoureuse et par sa capacité d'élaborer des outils menant à l'optimisation des performances (Turner, Huemann, Anbari, & Bredillet, 2010). Tandis que certains chercheurs tendent à croire que la gestion de projet existe depuis l'Antiquité égyptienne (Kozak-Holland, 2011), d'autres tendent plutôt à une apparition officielle issue des champs de la défense et de l'aérospatiale aux États-Unis (Morris, 2013). Quoi qu'il en soit, ce champ disciplinaire est caractérisé par des méthodes et outils de planification de tâches complexes tout en misant sur l'utilisation judicieuse des ressources temporelles, humaines et financières (Söderlund, 2012). Avec le temps, c'est dans un processus dynamique que la gestion de projet s'adapte et évolue face aux différents enjeux environnementaux et contextuels (Garel, 2003). Au début des années 2000, une multitude d'activités et d'ateliers critiques tendent à redéfinir et à contester la tradition en gestion de projet (Sage, Dainty, & Brookes, 2010). Face à un moment tournant, la gestion de projet sera invitée à quitter la zone connue et à explorer de nouvelles venues afin d'aborder les nombreux défis contemporains complexes (Cicmil, 2006). Effectivement, d'un point de vue académique et de recherche, des chercheurs proposent des méthodologies qui se démarquent par une emphase portée sur la pratique réelle. Notamment, Blomquist, Hällgren, Nilsson, and Söderholm (2010) s'inscrivent avec notoriété dans ce mouvement par la proposition d'un agenda de recherche significatif axé sur les actions, les activités et les acteurs au cœur des projets. Ce mouvement, nommé Project-as-Practice, permet de relever les défis de pertinence et de cohérence engendrés par les recherches traditionnelles (Blomquist et al., 2010 ; Smyth & Morris, 2007). Dans cette même logique, d'autres

auteurs démontrent la versatilité de la gestion de projet par le dégagement de neuf écoles qui propulsent également de nombreuses réflexions.

En effet, en analysant la littérature existante traitant de la gestion de projet, Turner et al. (2010) énoncent un amalgame d'orientations théoriques diversifiées tout en y associant une métaphore. Cette exploration est particulièrement pertinente compte tenu de la place grandissante de produits et services issus de projets à l'échelle mondiale (Bredillet, 2007). En premier lieu, l'école de l'optimisation, telle une machine, préconise une approche plutôt taylorienne et mise sur l'utilisation d'outils et de méthodologies dans le but d'atteindre des cibles opérationnelles bien précises (Bredillet, 2007). Par la suite, l'école de la modélisation, tel un miroir, apporte de la souplesse et une ouverture à l'école de l'optimisation en visant l'adoption d'une vision davantage globale du projet en incluant les subtilités humaines reliées à la signification du projet (Bredillet, 2007). Troisièmement, l'école du succès, tel un objectif, tente de dégager les facteurs ainsi que les différents critères reliés tant aux échecs et aux réussites des projets (Bredillet, 2008a). En quatrième temps, l'école de la gouvernance, telle une entité légale, procure une structure officielle au projet en touchant aux différentes relations entre les parties prenantes en abordant les rôles, les responsabilités et les tâches de chacun (Bredillet, 2008a). Par la suite, l'école comportementale, tel un système social, reconnaît l'importance des dynamiques d'équipes de travail ainsi que l'influence des relations interpersonnelles sur le déroulement du projet (Bredillet, 2008a). De son côté, l'école du marketing, illustrée par la métaphore du tableau publicitaire, explore la présentation ainsi que la promotion du projet à la fois aux clients, mais aussi aux différentes autorités au pouvoir ayant un impact à l'interne sur le déroulement du projet (Bredillet, 2008b). Septièmement, l'école des procédés, tel un algorithme, propose un ensemble d'activités logiquement orchestrées dans le but de concrétiser la réalisation du projet (Bredillet, 2008b). Huitièmement, l'école de la décision conçoit le projet tel un



ordinateur et s'intéresse à la logistique découlant du processus de prise de décision en phase initiale ainsi qu'au traitement de l'information globale (Bredillet, 2008b). Finalement, la neuvième école est celle de la contingence, qui imagine le projet tel un caméléon, amène la contextualisation des projets menant à une vision plus propice à la gestion de projets complexes tout en s'inspirant des succès antérieurs (Bredillet, 2008b). Ces neuf écoles en gestion de projet interagissent à la fois entre elles, mais aussi avec des disciplines managériales alliées, amenant une richesse et un potentiel d'avancement à la recherche pour un amalgame de discipline (Bredillet, 2008c).

À cet égard, il n'est donc guère surprenant de constater que le domaine de la santé, faisant face à de nombreuses péripéties entourant la performance de ses pratiques organisationnelles, s'intéresse à cette méthodologie de travail (Dwyer, Stanton, & Thiessen, 2004). Considérée comme une discipline clé, la gestion de projet est un véhicule et un agent de changement (Packendorff, Crevani, & Lindgren, 2014) tout en étant un catalyseur d'apprentissage au sein des équipes (Sense, 2003). Il devient donc pertinent de continuer la recension de l'état des connaissances entourant la gestion de projet, mais plus spécifiquement au domaine de la santé.

### 2.1.2 Gestion de projet dans le domaine de la santé

Initialement, la gestion de projet fut approchée, par les organisations soignantes ainsi que par les chercheurs, afin d'adresser des solutions tangibles aux défis du réseau de la santé et des services sociaux. D'un côté plutôt humain, la gestion de projet procure une certaine finesse entourant la gestion du changement, le traitement efficient du stress relié à la charge de travail des praticiens ainsi que l'amélioration de l'apprentissage organisationnel (Davidson, Halcomb, Hickman, Phillips, & Graham, 2006). Pour la gouvernance, la gestion de projet promet des retombées alléchantes quant à la gestion budgétaire, le respect des échéanciers et l'atteinte d'une qualité irréprochable (Kere & Kere, 1992 ; Loo, 2003 ; Sa Couto, 2008).

Néanmoins, cette nouvelle vision suscite une certaine controverse pour les professionnels de la santé qui assistent à un bouleversement majeur de leur construction psychologique du soin, du service et de la logistique entourant la prise en charge des personnes souffrant de maladies (Chiocchio, Rabbat, & Lebel, 2015). Effectivement, sur une base quotidienne, les professionnels de la santé et des services sociaux prennent des décisions, souvent complexes, tout en assurant une implémentation rapide et audacieuse de cette dernière afin de soulager les personnes souffrantes (Lingard et al., 2012). De son côté, la gestion de projet demande une rigueur soutenue et progressive entourant le démarrage, la planification judicieuse, la mise en œuvre des actions, la surveillance du déploiement ainsi que la clôture du projet menant à la création d'un objet ou d'un service unique (Project Management Institute, 2013). Ce changement radical de raisonnement demande des efforts considérables aux professionnels de la santé lorsqu'ils sont interpellés à participer à des projets liés aux soins et services offerts. Ils doivent apprendre à reconnaître la valeur entourant la nature ainsi que la structure de la gestion de projet tout en ajustant leur rythme et style de travail (Chiocchio et al., 2015). À cet égard, une étude a démontré que la formation du personnel hospitalier en gestion de projet peut s'avérer une piste de solution intéressante et prometteuse face à cet enjeu (Chiocchio et al., 2015 ; Dujardin, Reverdy, Valette, & François, 2016). En toute fluidité, continuons la réflexion entourant la terminologie du projet, du programme et du portefeuille de projet dans le domaine de la santé et des services sociaux.

#### 2.1.2.1 Projet

Théoriquement parlant, la définition de projet présente un certain consensus dans la littérature académique en santé et services sociaux. Néanmoins, des enjeux majeurs quant à la conception temporelle et à la continuité du projet se sont insérés dans les dernières années. En premier temps, Dwyer et al. (2004) définissent le projet comme une initiative temporellement délimitée où les activités complexes sont

synchronisées. Cette définition se rapproche énormément de la vision des organismes normatifs en gestion de projet. En fait, selon le Project Management Institute (PMI), c'est « une initiative temporaire entreprise dans le but de créer un produit, un service ou un résultat » (Project Management Institute, 2017a, p. 13).

De leur côté, Richer, Marchionni, Lavoie-Tremblay, and Aubry (2013) avancent que le projet en santé s'écarte définitivement des activités routinières des professionnels de la santé. En effet, le projet est plutôt une initiative réfléchie visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité tout en demandant un changement de routine et des tâches des travailleurs de la santé (Richer et al., 2013). Cette vision du projet se rapproche excessivement du concept de projet pilote ; une initiative régulièrement déployée dans les organisations soignantes. Défini dans le temps, tel un projet classique, le projet pilote vise l'intégration et la conservation du projet menant ainsi à des changements durables (Andreassen, Kjekshus, & Tjora, 2015). Attribuant ainsi une emphase importante à l'intégration du projet aux activités quotidiennes, une certaine adaptation, de multiples niveaux, doit être orchestrée afin d'assurer la pérennité des changements ainsi occasionnés. À cet effet, le gestionnaire de projet en santé doit détenir des compétences variées et surtout complémentaires (Lorenzi & Riley, 2003). Il doit tout d'abord être en mesure d'assurer la gestion des personnes et des ressources en situation d'incertitude. Il doit également détenir une forte connaissance des compétences techniques détenues par les professionnels de la santé et des services sociaux interpellés par le projet. Pour continuer, des compétences communicationnelles et politiques sont essentielles au déploiement du projet. Pour terminer, ce dernier doit réussir à créer un sens aux changements auprès des acteurs de projets afin de les motiver à atteindre et maintenir les cibles visées (Arto, Gemünden, Walker, & Peippo-Lavikka, 2017). Par contre, la pérennité du projet en santé est souvent compromise puisque lorsque ce dernier est administrativement terminé, les ressources attribuées sont fréquemment retirées (Nair & Campbell,

2008). Somme toute, la conception du projet dans le domaine de la santé et des services sociaux demeure jeune et gagne à être étudiée sous différentes facettes (Afzal & Gauthier, 2017). À un autre niveau, il devient intéressant de prendre connaissance de la position prise par l'État québécois face au projet.

Tout d'abord, il est intéressant de prendre note que les autorités gouvernementales québécoises se positionnent en faveur de l'utilisation du projet au sein des établissements de santé et de services sociaux au début des années 2000. Effectivement, le projet clinique est le point de départ d'une initiative du réseau de la santé et des services sociaux ayant comme but la fluidité, l'accessibilité et la continuité des soins et services au diapason des besoins énoncés par la population d'un territoire donné (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b). Il permet de rejoindre le volet clinique et organisationnel qui a avantage à entretenir un dialogue en continu. De son côté, le volet clinique touche davantage le niveau opérationnel où le professionnel de la santé et des services sociaux interagit, avec la population, selon le modèle ou l'approche qui caractérise sa pratique (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b). Le volet organisationnel, davantage macroscopique, définit les différents programmes populationnels et soutient les différentes activités qui appuient les soins et services (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a). Cette vision adoptée par les autorités gouvernantes du Québec accorde une reconnaissance aux différentes parties prenantes locales dans l'élaboration des différents projets cliniques tout en assurant une cohérence avec l'environnement et une structure adaptée. De nos jours, le projet demeure partie intégrante du réseau de la santé et des services sociaux. Les clientèles vulnérables sont au cœur des préoccupations de l'État québécois dans une optique où la performance et l'efficacité sont de mise (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017). Ces éléments deviennent préalables à l'approbation et au démarrage des projets proposés dans les établissements.

Tout bien considéré, ces constats entourant le projet démontrent que le projet issu du domaine de la santé et des services sociaux comporte certaines particularités. En effet, une importance doit notamment être attribuée à l'instauration d'une vision fédératrice, à la planification, au support et à la pérennité (Rosacker, Zuckweiler, & Buelow, 2010). Le projet en santé demande également une certaine adaptation, de la littérature classique en gestion de projet, afin d'adresser une importance ainsi qu'une attention particulière à la gestion du changement durable, aux relations interpersonnelles et disciplinaires et aux compétences du gestionnaire de projet (Artto et al., 2017). De son côté, le contexte québécois adopte le projet au sein de la structure d'organisation des soins de santé et des services sociaux. Cette vision évolue et gagne en maturité par son rapprochement à l'optimisation des processus sans toutefois perdre de vue les aspects humains des soins et des services. La prochaine section portera un regard sur le programme en santé tout en tissant des liens avec la gestion de projet et le concept de stratégie.

#### 2.1.2.2 Programme

Dans le même ordre d'idée terminologique, il devient nécessaire de porter une attention à la notion de programme. Selon le PMI, le programme se définit comme « un groupe de projets, de programmes secondaires et d'activités de programme apparentés, dont le management est coordonné afin d'obtenir des bénéfices qui ne seraient pas possibles en les traitant isolément (Project Management Institute, 2017a, p. 13)». En revanche, plusieurs définitions et conceptions du programme existent dans le domaine de la santé et des services sociaux. Toutefois, une certaine similitude à la définition plutôt classique est observable.

Tout d'abord, selon Pineault and Daveluy (1986), un programme en santé est un « ensemble organisé, cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement avec les ressources nécessaires, dans le but

d'atteindre les objectifs déterminés en rapport avec des problèmes de santé, et ce, pour une population définie » (p. 333). En d'autres mots, un programme peut facilement s'apparenter à un projet dont la continuité est assurée tout en évoluant dans le temps (Dwyer et al., 2004). D'un autre côté, le gouvernement québécois utilise plus d'une fois le terme programme. Ce dernier utilise le terme en vue d'offrir une vision holistique du réseau. Il l'utilise également dans un souci de synchronisation des efforts en accord aux préoccupations de la santé publique. Sa conception et définition se rapprochent de la terminologie classique utilisée par le PMI.

En premier lieu, l'architecture des services de santé et des services sociaux soulève que le projet clinique comporte deux volets : les programmes-services et les programmes-soutien (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a). Les programmes-services se divisent en deux catégories. La première cible les activités de santé publique et de services généraux qui concernent l'ensemble de la population et qui répondent aux besoins entourant la surveillance, la promotion, la protection de la santé et la prévention de la maladie (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a). En deuxième lieu, sept programmes visent à répondre à des problématiques particulières touchant une population bien ciblée. Les programmes regroupent les problématiques suivantes : perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience physique, déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement, jeunes en difficulté, dépendances, santé mentale et santé physique (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a). Ces neuf programmes-services sont par la suite épaulés par deux programmes-soutien : administration et soutien aux services ainsi que gestion des bâtiments et des équipements. Sans aucun doute, cette vision structurée témoigne de nombreux efforts investis dans le but de réunir adroitement les contraintes organisationnelles aux différentes interventions et pratiques cliniques.

La réorganisation structurelle occasionnée par l'adoption du projet de loi 10 au Québec oblige le MSSS à développer de nouvelles lignes directrices ainsi qu'une stratégie face à l'offre des services à la population (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2014). Le Programme national de santé publique 2015-2025 (Gouvernement du Québec, 2015) dresse tout d'abord un portrait fidèle et global de l'état de santé de la population québécoise. La réalité des populations de tous les âges, tout milieu de vie confondu, est explorée avec transparence. De nombreux enjeux sont soulevés et de cet exercice découlent des priorités dont le but est de guider les différents projets des centres régionaux de santé. Cette emphase sera donc portée aux différents problèmes d'adaptation sociale et de santé mentale, aux maladies chroniques et traumatismes non intentionnels, aux maladies infectieuses et aux diverses menaces contextuelles touchant la santé de la population (Gouvernement du Québec, 2015). Le programme porte aussi une attention particulière aux différentes préoccupations entourant le contexte démographique, les changements climatiques et les inégalités sociales de santé (Gouvernement du Québec, 2015). Reconnaissant la complexité et l'ampleur de la pleine compréhension des cibles de prédilection, une carte interactive des déterminants de la santé démontre l'inévitable interaction entre les différentes sphères des individus ; passant de l'état de santé de la population, aux caractéristiques individuelles, au milieu de vie, aux différents systèmes et au contexte global (Gouvernement du Québec, 2015). Dans le même ordre d'idée, afin de mieux guider les actions régionales, une stratégie de mise en œuvre du programme est élaborée.

Le terme stratégie est grandement utilisé en gestion de projet. En fait, la stratégie organisationnelle démontre et dicte la voie à suivre pour les projets. En d'autres mots, « les projets existent pour soutenir les stratégies organisationnelles » (Project Management Institute, 2013, p. 15). Des auteurs notables se sont aussi penchés sur le principe de la stratégie managériale. À cet effet, Henry Mintzberg s'est prononcé sur

le sujet. Ce dernier affirme que la définition même du mot stratégie soulève une dualité temporelle plutôt flagrante. Initialement, la stratégie peut se définir comme un plan quelconque ou un mode d'emploi explicite qui guide les comportements futurs (Mintzberg, 1987). Toutefois, lorsque des exemples concrets de mise en œuvre de ladite stratégie sont demandés, ce sont souvent les comportements passés qui sont énoncés (Mintzberg, 1987). En d'autres mots, la formulation d'une stratégie, où la vision du futur s'inscrit, débute d'abord et avant tout par un regard sur le passé. Cet exemple soulève l'importance de l'adoption d'une vision macroscopique et humble en processus d'élaboration d'une stratégie afin d'éviter les actions répétitives qui peuvent s'avérer dangereuses dans un environnement en mouvement. Cette caractéristique peut être observée dans le document ministériel précédemment énoncé. Effectivement, un regard est posé sur les avancées du Programme national de santé publique 2003-2012 afin d'assurer une certaine continuité et cohérence avec le programme actuel (Gouvernement du Québec, 2016).

Ceci étant dit, la stratégie de mise en œuvre du Programme national de santé publique est clairement énoncée. Celle-ci se base sur les grandes orientations ministérielles, les différents objectifs spécifiques, les actions à entreprendre ainsi que les livrables et résultats attendus (Gouvernement du Québec, 2016). Compte tenu de la nature publique des activités, une diffusion des résultats est prévue et un suivi sera assuré par différentes tables ou comités nationaux. À titre d'exemple, dans la région de l'Outaouais, le CISSS élabore, lui aussi, un document d'accompagnement à la réalisation des cibles ministérielles. Ce guide dresse, tout d'abord, un portrait de la région de l'Outaouais pour ensuite reprendre chacune des priorités en lui attribuant des actions spécifiques ainsi que des moyens, des actions et livrables très précis (Direction de la santé publique de l'Outaouais, 2016).



À la lumière de ces constats concernant les directives ministérielles, la gestion de programme dans le réseau de la santé peut facilement être représentée à l'image d'un parapluie, tel qu'énoncé par Mintzberg (1987). Les autorités gouvernementales élaborent de grandes cibles de santé à atteindre selon l'état et les besoins de la population québécoise. Offrant des lignes directrices aux différentes régions, celles-ci confectionnent, à leur tour, la mise en œuvre des programmes dans le respect des objectifs ministériels. Différents projets se dessinent à la lumière des programmes dictés. Par exemple, le dépistage de certaines maladies, l'accessibilité à des équipements médicaux, la cessation tabagique, la prévention et intervention en situation de violence et la vaccination sont des projets soutenus par les centres de santé régionaux. Ces projets seront donc à la fois alignés avec les priorités gouvernementales et adaptés aux contextes de la région.

Cependant, une certaine vigilance est nécessaire à ce type d'organisation stratégique. L'état de santé de la population québécoise et l'environnement est définitivement en mouvement et en perpétuel changement. Des situations inopinées, telles une pandémie ou une catastrophe, peuvent survenir à tout moment. Le Programme national de santé publique s'étend sur une durée de dix ans. Ceci démontre le côté parfois paradoxal de la stratégie qui est fondé sur une stabilité absolue où celle-ci ne tient pas compte des situations émergentes (Mintzberg, 1987).

En somme, la gestion de programme prend une ampleur et une notoriété importante au sein de la conjoncture québécoise actuelle. Le programme permet la synchronisation des efforts des différentes régions dans l'atteinte des grandes cibles, qui reflètent les enjeux actuels de la population. Une attention réfléchie et soutenue est tout de même nécessaire à la réalisation concrète des différentes actions et projets. C'est donc sur cette idée que la prochaine section portera une attention au portefeuille

de projets et aux différents défis entourant la catégorisation et priorisation des projets dans le secteur de la santé.

### 2.1.2.3 Portefeuille de projets

Pour terminer avec la terminologie en gestion de projet et de sa contextualisation dans le domaine de la santé et des services sociaux, une emphase sera accordée à la notion de portefeuille de projets.

Le PMI définit le portefeuille tel « des projets, des programmes, des portefeuilles secondaires et des opérations, gérés en tant que groupe, afin d'atteindre des objectifs stratégiques (Project Management Institute, 2017a, p. 13) ». Deux grands processus émanent de la gestion du portefeuille de projets : le processus d'alignement et le processus d'exécution et de contrôle du portefeuille de projets (Project Management Institute, 2008). Initialement, en phase d'alignement, l'organisation devra effectuer une classification logique et réfléchie afin de déterminer le type de projet dont il est question. À titre d'exemple, dans la littérature en gestion de projet, Wheelwright and Clark (1992) ont identifié cinq catégories : projets dérivés, novateurs, plateformes et deux catégories touchant la recherche et le développement. Par la suite, la sélection et priorisation des projets peut s'effectuer selon un amalgame de techniques et d'outils. Par exemple, des méthodes peuvent utiliser différents calculs déterminant la valeur ajoutée du projet (Archer & Ghasemzadeh, 1999), cibler différentes priorités des clients réparties sous forme de matrice (Kelly, 2002) ou encore s'inspirer des modèles purement mathématiques (Kahraman & Büyüközkan, 2008). Les organisations pourront, par la suite, harmoniser les pratiques dans le but d'exécuter judicieusement les différents projets selon leurs choix. Ceci étant dit, un regard sera posé plus spécifiquement sur les pratiques du domaine de la santé.

À la lumière de ce qui précède, le portefeuille de projets en santé fut abordé à quelques reprises par le milieu académique. Certains auteurs se sont avancés pour élaborer une classification des projets en santé, sans toutefois s'entendre sur un consensus. Pour débiter, une classification accessible des projets en santé fut avancée par Chiochio et al. (2015). Cette classification se résume à deux catégories : les grands et les petits projets. Les grands projets englobent les rénovations majeures, la construction, l'implémentation de logiciels nouveaux ou encore l'ajout d'équipement médical à la fine pointe de la technologie (Chiochio et al., 2015). En ce qui concerne les petits projets, ceux-ci englobent l'ensemble des initiatives des professionnels de la santé qui tendent aux changements touchant la dynamique et la collaboration interprofessionnelle (Chiochio et al., 2015). De leur côté, Richer et al. (2013) ont préféré l'élaboration d'une classification selon la nature des projets. Trois types de projets furent avancés : pratiques, personnes et processus (Richer et al., 2013). Les projets touchant les pratiques sont directement liés à l'instauration d'une harmonisation des pratiques cliniques basées sur une interprétation judicieuse des données probantes (Richer et al., 2013). Pour continuer, les projets touchant les personnes font appel à la consolidation des équipes de travail. En fait, s'inspirant des grands principes du renseignement appréciatif de Cooperrider and Srivastva (1987), ce type de projet tend au changement organisationnel réfléchi et durable en visant des résultats bénéfiques (Richer et al., 2013). L'information essentielle au déploiement du projet est recueillie auprès des différentes parties prenantes puis différentes activités d'apprentissages et de consultations sont organisées (Richer et al., 2013). À titre d'exemple, un projet d'amélioration de la sécurité des personnes malades constitue un projet-personne (Yoon, Lowe, Budgell, & Steele, 2011). Pour terminer, la troisième catégorie de projet est de type processus (Richer et al., 2013). Les projets processus sont directement liés aux méthodologies Lean qui elles misent l'amélioration continue des pratiques par l'élimination du gaspillage tout en créant de la valeur aux différentes activités de l'organisation (Thompson, Wolf, & Spear, 2003).

Par ailleurs, la priorisation et la sélection des projets demeurent des préoccupations pour les organisations soignantes locales qui doivent se conformer et atteindre les cibles gouvernementales. Nonobstant la présence d'outils et de techniques plus génériques en gestion de projet, la gouvernance des différents établissements de santé présente des difficultés à sélectionner convenablement et à prioriser les projets (Landry & Beaudoin, 2014). La création de valeur, issue de ces projets, peut se voir grandement affectée. En effet, certaines organisations ont démarré en simultanément des projets complémentaires, mais considérés comme étant indépendants. Pendant un moment, une grande notoriété fut attribuée aux projets Lean où ils étaient gérés par des groupes isolés dissociés des équipes internes de projet (Landry & Beaudoin, 2014 ; Landry, Chaussé, & Paris, 2014). Ce cloisonnement donna naissance à deux entités distinctes dans le même établissement où un esprit de compétitivité et de favoritisme s'est installé. L'instauration d'une vision globale de l'organisation, à travers la gestion de portefeuille, se voit grandement compromise. D'autre part, la profession médicale détient une grande influence sur les projets en santé (Foropon & Landry, 2014). La participation, l'appui et l'approbation d'un médecin sont des leviers importants, et même essentiels, au déploiement du projet (Fine, Golden, Hannam, & Morra, 2009). Les autorités détentrices de pouvoir modulent leurs décisions en fonction de la position du corps médical et favorisent les projets où un médecin appui officiellement l'initiative (Landry et al., 2014).

En revanche, face à des projets ambitieux de grande envergure, des organisations soignantes peuvent opter pour la création d'un bureau de projets dans l'intention d'assurer une certaine rigueur managériale et un support aux multiples changements engendrés par les projets (Aubry, Richer, & Lavoie-Tremblay, 2014 ; Lavoie-Tremblay et al., 2012). Le bureau de projet, telle une entité experte, peut effectivement guider la prise de décision quant à l'élaboration du portefeuille de projets de l'organisation (Aubry, 2015 ; Unger, Gemünden, & Aubry, 2012).

Également, cette entité peut offrir un soutien concret aux équipes de projets en proposant des stratégies durables de changement tout en misant sur des principes d'amélioration continue (Lavoie-Tremblay, Aubry, Richer, & Guylaine, 2018). L'instauration du bureau de projet peut s'avérer une piste intéressante et surtout prometteuse dans le souci d'articulation des ressources et des connaissances dans le souci d'atteindre les cibles ministérielles.

### 2.1.3 Sommaire

Tout compte fait, la gestion de projet s'enracine et s'adapte au domaine de la santé en attribuant une plus grande emphase aux enjeux humains ainsi qu'au changement durable et soutenu. Les projets peuvent prendre différentes formes et adopter différentes finalités. À cet effet, le domaine de la santé et des services sociaux est un environnement complexe où la vision se doit d'être alignée aux grandes aspirations ministérielles afin d'assurer une cohérence et une équité à tous les niveaux. En lien avec les soins et services, les programmes sont clairement énoncés et partagés procurant ainsi une balise aux organisations locales. Ces organisations doivent, à leur tour, dégager une stratégie personnalisée permettant la réalisation de divers projets qui seront priorisés, regroupés et réalisés adroitement en vue d'atteindre les cibles ministérielles. Le tableau 2.1 propose un sommaire des différents éléments recensés en ce qui concerne la gestion de projet ainsi que son implication dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Tableau 2.1 : Gestion de projet et domaine de la santé et des services sociaux

	<b>Project Management Institute (2017a)</b>	<b>Domaine de la santé et des services sociaux</b>
<b>Projet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Initiative temporaire</li> <li>• Création d'un produit, service ou résultat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projet clinique (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b)</li> </ul>
<b>Programme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regroupement de projets dont leur gestion est coordonnée</li> <li>• Avantages associés au regroupement des projets</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Architecture des services de santé et des services sociaux ; programmes-services et programmes-soutien (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a)</li> <li>• Programme national de santé publique (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015)</li> </ul>
<b>Portefeuille</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regroupement d'activités coordonnées et gérées en vue d'atteindre des buts stratégiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Classification des projets selon l'envergure (Chiocchio et al., 2015) ou la nature (Richer et al., 2013)</li> </ul>

Parallèlement, une culture et structure organisationnelle, complémentée par un éventail de ressources, doivent créer une cohérence avec l'ensemble des activités de l'organisation (Ginter, Duncan, & Swayne, 2018). Il devient donc intéressant de propulser cette réflexion de manière spécifique en lien avec les enjeux mentionnés au chapitre précédent.

## 2.2 TRAJECTOIRE DE SOINS ET DE SERVICES SOCIAUX — PROJET INTÉGRATEUR À OPTIMISER

Comme mentionné dans la section précédente, la gestion de projet s'enracine au domaine de la santé et des services sociaux. L'amalgame de ces deux disciplines est plutôt jeune et gagne à être étudié. Effectivement, il est possible de constater des nuances persistent entourant la définition et la mise en œuvre de différents concepts de la gestion de projet. Il devient donc primordial de bien définir les concepts qui seront exploités dans le cadre de ce travail de recherche. En tout premier lieu, un parallèle sera dressé entre le projet et la trajectoire de soins et de services sociaux. Ces deux éléments seront fusionnés pour devenir une pièce importante du projet de recherche. En deuxième temps, l'optimisation sera explorée dans le souci d'atteindre la performance exigée par la gouvernance québécoise. En troisième temps, les deux concepts, la trajectoire de soins et de services ainsi que l'optimisation, maintenant bien définis, seront unis devenant ainsi un élément central de la présente recherche en gestion de projet.

### 2.2.1 La trajectoire devient Le projet

Dans le tout premier chapitre, une exploration de la trajectoire de soins et de services sociaux, au cœur des enjeux entourant l'intégration, fut effectuée dans une optique davantage clinique. Courtement, il s'agit d'une organisation logique d'un ensemble chronologique d'interventions et d'actions, issues d'une collaboration entre des professionnels de la santé et de services sociaux dotés d'expertises diversifiées et du patient, menant à l'atteinte d'un but clairement énoncé. Cette vision des soins et services sociaux peut s'adapter à différents contextes et situations. Afin de créer une trajectoire de soins et services sociaux au diapason des besoins du patient concerné, les connaissances tacites et explicites de l'ensemble des parties prenantes se réunissent en vue d'atteindre l'objectif initialement déterminé (Yamazaki, Ikeda, &

Umemoto, 2011). Par ailleurs, la mise en œuvre des meilleures pratiques médicales, sociales et administratives est au cœur de la trajectoire de soins et de services (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2019). Cette définition peut clairement rejoindre les énoncés fondamentaux entourant le projet clinique des autorités gouvernantes québécoises (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b). En effet, dans le plus grand respect des besoins du patient, des interventions médicales et sociales se basent sur les principes de fluidité, d'accessibilité et de continuité des soins et services. Dans un autre ordre d'idée, selon un organisme reconnu en gestion de projet, le projet peut se définir comme étant un effort temporaire, où un début et une fin sont clairement déterminés, où la cible à atteindre est la création d'un bien, d'un service ou d'un résultat unique (Project Management Institute, 2017b). Compte tenu des similitudes et de la possibilité de juxtaposition de ces deux concepts, la trajectoire de soins et de services sociaux devient le projet dans le cadre de ce travail de recherche.

Pour solidifier cette prémisse, il devient pertinent d'aborder différentes composantes du projet et de les transposer avec cohérence à la trajectoire de soins et services. Pour débiter, les phases du projet permettent de segmenter de manière logique les différentes étapes tout en créant des espaces clés où une réévaluation, redirection ou interruption du projet peut se faire naturellement (Project Management Institute, 2017b). Le nombre de phases est variable et dépend grandement de la complexité et de l'amplitude du projet en question. Dans le cadre d'un projet de trajectoire de soins et de services sociaux, le travail de recherche propose cinq phases. Tout d'abord, la phase de préconceptualisation permet le recueillement de données antérieures permettant ainsi une meilleure connaissance du patient. Par la suite, la phase de conceptualisation de la situation permet le recueillement des données actuelles. Cette étape procure aux professionnels de la santé et des services sociaux une meilleure compréhension de l'état de santé du patient. En troisième temps, lorsque l'ensemble



des informations sont connues et comprises, il devient nécessaire de définir les meilleures interventions. Cette analyse et cette prise de décision sollicitent différents partenaires de soins et de services sociaux sans oublier le patient qui est au cœur des actions. La prochaine étape est dédiée à la mise en œuvre des interventions. Pour terminer, la cinquième étape consiste à la terminaison de la trajectoire de soins ou, dans d'autres situations, au processus de référence menant au démarrage d'une trajectoire complémentaire. La séquence ainsi créée tend à un dénouement chronologique et fluide. La trajectoire de soins et services sociaux s'exécute de toute évidence en cohérence avec les pratiques exemplaires disponibles et véhiculées par les communautés savantes. Également, les relations bidirectionnelles entre les phases permettent les ajustements et modifications ; créant ainsi une brèche à l'apprentissage ainsi qu'à l'amélioration ponctuelle (Yamazaki et al., 2011). La figure 2.1 illustre la conception du projet telle une trajectoire de soins et de services sociaux dans un contexte hospitalier.

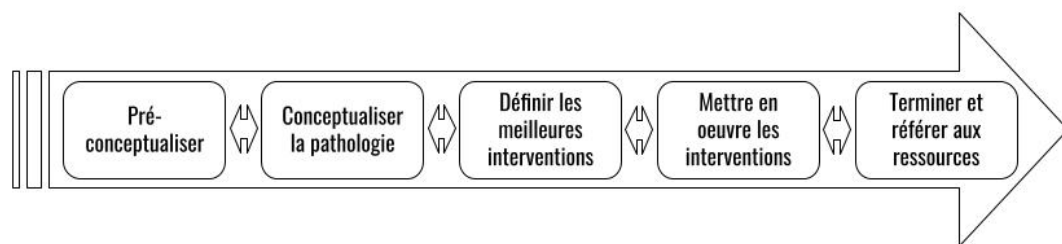


Figure 2.1 : Trajectoire de soins et services sociaux

En deuxième temps, un projet atteint sa pleine réalisation lorsqu'il atteint ses objectifs initiaux. Les objectifs sont clairement identifiés avant même de démarrer le projet. Toutefois, il est intéressant de noter que le projet peut être interrompu si son succès est sérieusement compromis, si son utilité devient discutable ou si le client souhaite le modifier ou y mettre fin (Project Management Institute, 2017b). Dans le

cadre d'une trajectoire de soins et de services sociaux, il est intéressant de constater que les similitudes se poursuivent. Effectivement, l'élaboration d'une trajectoire de soins et de services débute par la détermination d'un résultat à atteindre (Yamazaki et al., 2011). Ce résultat est le fruit d'un amalgame des meilleures connaissances de l'équipe soignante et des besoins du patient tout en considérant les ressources organisationnelles disponibles. L'ensemble de ces éléments sont dynamiques et peuvent occasionner des modifications d'envergures variables, et même l'arrêt de la trajectoire de soins et services à tout moment.

Troisièmement, d'un côté plutôt humain, un projet implique un certain nombre de personnes ainsi que des parties prenantes (Project Management Institute, 2017b). L'équipe du projet a avantage à identifier judicieusement les parties prenantes internes et externes, assurer une communication fluide et continue avec elles dans le but d'assurer un engagement optimal et souhaité. La trajectoire de soins et de services sociaux regroupe également un amalgame d'acteurs, provenant parfois de différents milieux, qui unissent leurs expertises dans l'accompagnement d'un patient, et ses proches, vivant un problème de santé. La communication est également un point central étant donné que les différents professionnels et parties prenantes sont réunis et s'engagent dans l'atteinte de l'objectif préalablement fixé. Dans ce sens, les informations sont partagées, les soins et services sont planifiés et les décisions sont négociées créant ainsi un contexte favorable et opportun (Campbell, Hotchkiss, Bradshaw, & Porteous, 1998). Toutefois, compte tenu de la complexité entourant les parties prenantes du milieu de la santé, où plusieurs professions et entités réglementées évoluent conjointement, la signification du projet et la perception de son succès peuvent varier considérablement (Freeman & Beale, 1992). Il devient donc essentiel de mettre en place des mécanismes de communication efficaces dans le souci d'entretenir un discours clair dépourvu d'ambiguïtés. En somme, la trajectoire de soins et de services, tout comme le projet, nécessite une convergence

des efforts déployés par l'ensemble des parties prenantes pour assurer l'atteinte des objectifs.

Quatrièmement, la gestion de la connaissance est un point essentiel tout au long du projet. Le concept de connaissance renvoie à une définition plus large où les organisations et les contributeurs du projet misent sur un rythme d'apprentissage soutenu où les volets tacites et explicites sont amalgamés (Cooke-Davies, 2002). Le développement des grandes organisations repose, en partie, sur la capacité de l'utilisation des apprentissages passés vers les projets du futur (Bower & Walker, 2007 ; Collison & Parcell, 2001). De plus, de multiples opportunités d'apprentissage émanent des activités reliées au projet : rencontres, révisions, rapports, formations, réflexions, etc. (Morris, 2013). D'autre part, la trajectoire de soins et de services est initialement conçue à partir de différents guides de pratiques ainsi que des données issues de la médecine des preuves (Schneider, Peterson, Vaughn, Mooss, & Doebbeling, 2006). L'utilisation de ces pratiques exemplaires est un point fondamental à l'atteinte d'un haut niveau de qualité et du dégagement de valeur pour le patient. Parallèlement, les connaissances davantage explicites gagnent à être enrichies par la connaissance tacite des professionnels de la santé et des services sociaux. Pour les organisations soignantes, il est primordial de mettre en œuvre les moyens requis à cet amalgame pour assurer une contextualisation de la trajectoire ainsi qu'une cohérence avec le milieu. Tout au long de son utilisation, la trajectoire de soins et de services sociaux gagne en maturité ; des ajustements ainsi que des améliorations sont portés à cette dernière suite aux apprentissages des professionnels et de l'organisation qui la mettent en pratique (Yamazaki et al., 2011). Le tableau 2.2 propose un résumé des concepts clés partagés entre le projet ainsi que la trajectoire de soins et de services.

Tableau 2.2 : Le projet devient la trajectoire de soins et de services

<b>Phases</b>
Organisation logique d'interventions médicales et sociales caractérisée par des phases axées sur l'accompagnement du patient et de ses proches dans une situation donnée.
<b>Objectifs</b>
Cibles de rétablissement clairement énoncées et dynamiques suite à un consensus entre les professionnels, le patient et ses proches.
<b>Parties prenantes</b>
Relations de collaboration entre les acteurs internes et externes ainsi que le patient et ses proches où l'efficacité des communications est intrinsèque.
<b>Gestion de la connaissance</b>
Capacité de bâtir, de mettre en œuvre, d'améliorer et de réutiliser les connaissances tacites et explicites mobilisées par la trajectoire de soins et de services.

Pour conclure cette section, il est possible d'affirmer qu'il existe de multiples similitudes entre le projet ainsi que la trajectoire de soins et de services sociaux du réseau de la santé. Dans les deux cas, il s'agit d'une mobilisation de multiples parties prenantes misant l'atteinte d'un but ultime où le dénouement d'étapes est accompagné d'une application de connaissances et d'apprentissages évolutifs. En tenant compte de cette prémisse où la trajectoire de soins et de services sociaux est le projet, la prochaine section sera dédiée à son optimisation en s'appuyant sur des fondements des méthodologies Lean.

### 2.2.2 Optimisation

Précédemment abordée dans la section dédiée à l'étude des fondements en gestion de projet, l'optimisation, ainsi que son école associée, est un terme bien ancré dans la discipline. Effectivement, l'optimisation renvoie souvent aux méthodologies issues

du taylorisme qui misent sommaire l'atteinte de cibles opérationnelles bien précises (Bredillet, 2007). À cet effet, Midler (1996) apporte plus de détails entourant cette conception davantage séquentielle du projet. Sommairement parlant, le projet regroupe un amalgame de salariés, issus de disciplines différentes, qui travaillent ensemble à l'image d'une course à relais. La somme des contributions isolées résulte à l'accomplissement du projet. De nombreux outils de planification de projets (GANT, PERT, etc.) reposent sur cette vision compartimentée du travail ou la vitesse d'exécution, les coûts ainsi que le respect des spécifications du client sont à l'honneur (Garel, 2003). Cette logique atteint donc les grandes aspirations de la gestion de projet où les coûts, le temps et la qualité se transforment en triangle d'excellence (Project Management Institute, 2017a). Cette vision plutôt segmentée de l'optimisation évolue dans le temps, en conciliation avec les découvertes et projets de recherche. En effet, l'école de l'optimisation tend à une approche systémique de la planification et des activités de contrôle du projet en vue d'atteindre un résultat optimal (Kerzner, 2017). De surcroît, d'autres chercheurs préfèrent créer une autre école de pensée en gestion de projet. Basée sur les mêmes fondements que l'école de l'optimisation, l'école de la modélisation intègre les subtilités vécues, à la fois humaines et contextuelles, par les gestionnaires de projet. Une considération est accordée à la signification associée au projet dans une optique de mieux comprendre son déroulement, son succès ou son échec. En fin de compte, l'optimisation demeure un sujet incontournable de la gestion de projet et constitue un pilier important des travaux entourant les écoles de pensée (Turner et al., 2010).

En considération de ce qui précède, les changements environnementaux et sociaux tendent à redéfinir les indicateurs de performance des projets au sein des organisations. À titre d'exemple, les mouvements liés au développement durable tendent à l'utilisation responsable des ressources, à la rétention et à la réutilisation des apprentissages ainsi qu'au respect de principes telles la transparence, l'éthique,

l'écologie et l'acceptation sociale (Chawla, Chanda, Angra, & Chawla, 2018). De plus, les technologies de l'information ainsi que les avancées de l'intelligence artificielle procurent à la discipline de la gestion de projet de nouvelles possibilités en ce qui a trait à l'optimisation des activités en situations complexes (Calp & Akcayol, 2019). À cet effet, de nombreuses entreprises et organisations doivent revoir leur conception de l'optimisation des processus et de la performance des projets à la lumière des préoccupations populationnelles.

Au cours des dernières années, le domaine de la santé et des services sociaux articula une série de réflexions donnant naissance à de nombreux changements structurels en vue d'améliorer les activités des organisations soignantes. En effet, l'intégration des soins et des services cible la prise en charge du patient dans un souci de continuité où les ressources sont articulées et les processus de références sont clairement définis. La trajectoire de soins et services structure les efforts en vue d'atteindre les résultats souhaités tout en y intégrant les meilleures pratiques médicales et sociales. De plus, la collaboration des professionnels de la santé et des services sociaux permet une meilleure consolidation des expertises au cœur de la trajectoire de soins et services. Ces éléments permettent d'ouvrir à l'aspiration d'atteinte de haut niveau de qualité des soins et des services sociaux. Dans le souci d'offrir des soins accessibles où la population se dit satisfaite, l'appréciation de la qualité des interventions gagne à être effectuée en s'appuyant aux modèles reconnus par les communautés académiques et cliniques. Le modèle de Donabedian (1966) propose l'étude des structures, des processus et des résultats des soins et des services afin d'en apprécier la qualité. La contribution des professionnels de la santé et des services sociaux occupe la place centrale de ce modèle : les processus. En effet, ces derniers gagnent à mettre en action les meilleures données externes, qui peuvent se résumer aux pratiques exemplaires, données probantes, résultats de recherche et recommandations d'organismes normatifs et accréditeurs. Or, l'écart grandissant entre la recherche et la pratique

clinique influence négativement les structures, où les ressources sont mal utilisées, ainsi que les résultats, où le soin ou le service ne crée pas la valeur souhaitée. Toutefois, des regroupements de professionnels mettent en œuvre une solution différente à la diffusion des meilleures données externes. Les communautés de pratique, traditionnelles et virtuelles, s'intègrent graduellement dans le réseau de la santé et des services sociaux où leur contribution demeure à explorer. Cette situation propulse une réflexion qui tend à définir ainsi qu'à mieux cerner la conception de performance et de son optimisation dans le domaine des soins de santé et des services sociaux.

#### 2.2.2.1 Méthodologies Lean et Agile

Pour continuer, la performance, la gestion de projet ainsi que le domaine de la santé et des services sociaux se rejoignent au cœur des méthodologies Lean et Agile. Les méthodologies Lean révolutionnèrent l'industrie de production automobile de masse du vingtième siècle par l'adoption d'une vision axée sur la qualité du produit final et par une révision continue des différents principes de production (Holweg, 2007). L'école de l'optimisation, de la gestion de projet, accorde une place importante aux projets Lean qui portent une emphase capitale sur la qualité finale du produit ou du service (Turner et al., 2010). Au début des années 2000, le domaine de la santé et des services sociaux occidental reconnaît la pertinence des méthodologies Lean et enclenche de multiples démarches d'intégration (Z. Radnor & Osborne, 2013). Depuis, des études de cas soulèvent les succès (Toussaint, 2009) ainsi que les défis (Z. Radnor & Osborne, 2013) entourant l'implantation des méthodologies Lean qui nécessitent, entre autres, un fort appui managérial (Zoe Radnor, Walley, Stephens, & Bucci, 2006) et un changement culturel profond (Black et al., 2014). Dans le même ordre d'idée, deux concepts fondamentaux des méthodologies Lean seront abordés en vue de mieux cerner la performance : le gaspillage et la valeur.

Par définition, le gaspillage est une activité ou un groupe d'actions qui utilisent des ressources de l'organisation sans toutefois créer de la valeur (Womack & Jones, 2003). De son côté, la valeur est le fruit d'une utilisation judicieuse des ressources permettant d'offrir au client un bien ou un service au bon moment et au bon prix (Womack & Jones, 2003). Cette conception rejoint de plein fouet le triangle de la performance de la gestion de projet où les coûts, le temps et la qualité forment les sommets. Tel que mentionné précédemment, le réseau de la santé et des services sociaux affiche un défi de taille entourant l'utilisation des meilleures données probantes. Cet éloignement occasionne de nombreux gaspillages dont l'utilisation inappropriée des ressources ainsi que des erreurs entourant les traitements offerts aux patients (Williams, 2017). La qualité de la pratique clinique et par ricochet l'ensemble des soins et des services sociaux se voient durement affectés. Dans cette optique, le dégagement de valeur est intimement associé à la mise en œuvre des meilleures données probantes qui se traduisent, entre autres, aux guides de pratique rédigés par les associations savantes, aux recommandations d'organismes normatifs et aux pratiques exemplaires véhiculées par l'organisation. Certes, il est vrai que le concept de valeur peut adopter plusieurs nuances compte tenu des multiples parties prenantes dans le secteur de la santé et des services sociaux (Williams, 2017). Néanmoins, face aux enjeux de taille mentionnés précédemment, il est possible d'avancer que la pratique clinique des professionnels, basée sur les meilleures données probantes, devient un point central à la performance du réseau de la santé et des services sociaux.

Par ailleurs, les méthodologies Agile, souvent associées aux méthodologies Lean, sont tout à fait pertinentes au cœur de la discipline de la gestion de projet. Elles se rapportent à un processus de reconfiguration rapide et en continu du projet où l'intelligence collective permet d'aller plus loin (Rebaiaia & Vieira, 2014). Par ailleurs, cette flexibilité est de mise dans le cadre d'une trajectoire de soins et de



services où les objectifs visés par le rétablissement ainsi que l'état de santé du patient peuvent changer rapidement. Dans une telle situation, des ajustements sont apportés par des professionnels autonomes dotés d'une expertise et d'un champ de pratique dans le souci d'offrir le meilleur aux patients. Il est également important de souligner que les méthodologies Agile atteignent leur plein potentiel lorsque les pratiques collaboratives sont adéquates et où les interactions ainsi que les communications sont efficaces. À ce sujet, il devient important d'explorer la contribution des technologies de l'information et de la communication au cœur de la gestion de projet et du domaine de la santé et des services sociaux.

#### 2.2.2.2 Technologies de l'information et de la communication

Les technologies de l'information font désormais partie du quotidien d'une proportion importante de la population (Lupton, 2013). À cet égard, la discipline de la gestion de projet accorde également une place de choix à la technologie ainsi qu'aux différents outils communicationnels virtuels. En effet, les avancées technologiques repoussent les frontières géographiques, facilitent la diversification des équipes et permettent une logistique communicationnelle efficace (Ahuja, Yang, & Shankar, 2009; Project Management Institute, 2017a). Dans une seconde optique, les technologies sont maintenant des parties intégrantes de nombreux projets (Turner et al., 2010). À titre d'exemple, un projet de construction d'un édifice commercial nécessite l'aménagement d'une salle centrale dédiée au matériel informatique (Turner et al., 2010). Il est important de mentionner également que de nombreux développements technologiques sont associés à des démarches de gestion de projet (Lientz & Rea, 2016). Essentiellement, la discipline de la gestion de projet ainsi que les technologies de l'information et de la communication sont des alliées tout à fait complémentaires et pertinentes.

Tels que mentionnés précédemment, les projets liés aux méthodologies Lean et Agile nécessitent des canaux communicationnels efficaces dans un souci de coordination des efforts collaboratifs. À ce propos, les plateformes de type wiki attirent définitivement l'attention. En effet, le wiki est une plateforme web collaborative qui permet la création rapide ainsi que la modification de différents contenus tout en s'adaptant aux besoins des utilisateurs (Krogstie, 2008). En gestion de projet, le wiki facilite la circulation de la connaissance (Elkaffas & Wagih, 2013 ; Gonzalez-Reinhart, 2005), rehausse la qualité des communications des parties prenantes (Decker, Ras, Rech, Jaubert, & Rieth, 2007) et accélère le déroulement ainsi que la réalisation des phases du projet (Bean & Hott, 2005). Tout bien considéré, l'apport des technologies de l'information et de la communication à la gestion de projet est indéniable. Il devient intéressant d'explorer cette contribution, plus spécifiquement la plateforme wiki, au cœur du réseau de la santé et des services sociaux.

Le réseau de la santé affiche de nombreuses activités qui s'appuient sur des systèmes technologiques dans une optique d'optimisation. Tout d'abord, des chercheurs soulignent la notoriété des projets technologiques dans le domaine de la santé et des services sociaux (Afzal & Gauthier, 2017). En effet, la présence accrue de ces derniers est attribuable aux différentes initiatives associées au rehaussement de la performance du système (Trudel, Paré, & Laflamme, 2012). En périphérie, d'autres types de développements technologiques touchent l'industrie pharmaceutique, les méthodes diagnostiques ainsi que les options thérapeutiques (Herzlinger, 2006). De plus, comme mentionnés précédemment, les résultats de recherche et données probantes axées sur le domaine de la santé sont désormais diffusés numériquement. Cette migration occasionne une hausse de l'accessibilité à la connaissance, mais également du rythme de leur diffusion. En moyenne, 75 résultats d'essais cliniques ainsi que 11 revues systématiques d'essais cliniques sont publiés quotidiennement (Bastian, Glasziou, & Chalmers, 2010). Cet enjeu touche de plein fouet la

problématique illustrée précédemment où la mise en œuvre des meilleures données probantes est étroitement liée à la qualité et la coordination des interventions de la trajectoire de soins et de services. À l'image de la discipline de la gestion de projet, les plateformes de type wiki peuvent potentiellement appuyer les communautés de pratiques virtuelles dans un souci d'optimisation et de création de valeur.

Dans cet ordre d'idée, le wiki fait son entrée au cœur de certaines communautés de pratique virtuelle au cours des dernières années (Archambault et al., 2014). Transposé fidèlement au domaine de la santé et des services sociaux, le wiki fournit un rafraîchissement rapide des connaissances entourant des problèmes de santé précis et rend disponibles des informations essentielles entourant la mise en œuvre d'un protocole, d'une procédure ou d'une intervention (Archambault et al., 2012). De surcroît, de nombreuses forces sont associées aux plateformes wiki dont la bonification du réseautage social, l'augmentation de la participation active et de la collaboration des parties prenantes, la démocratisation aux connaissances ainsi que la disponibilité des meilleures données probantes (Eysenbach, 2008). Le wiki peut également se prêter à diverses activités académiques qui permettent aux étudiants d'acquérir des connaissances, d'entretenir des dialogues avec des professionnels de disciplines complémentaires (Stephens, Robinson, & McGrath, 2013) et de partager le résultat de leurs travaux (Murray, Walker, Maggio, & Dawson, 2018). Il est également intéressant de noter que le wiki ne prétend pas remplacer les rapports de recherche ou encore les articles scientifiques (Barsky & Giustini, 2008); il peut toutefois devenir un véhicule de vulgarisation de ceux-ci où les dernières lignes directrices et meilleures pratiques sont diffusées (Murray, 2018). Toutefois, certaines recherches concluent que peu d'utilisateurs investissent activement des efforts à la création et aux modifications des contenus du wiki (Wright et al., 2009). Pour terminer, les enjeux environnementaux et contextuels au domaine de la santé et des services sociaux nécessitent des appuis judicieux et adaptés. L'apport des

technologies de l'information et de la communication devient indéniable à l'atteinte des cibles ministérielles associées à la performance du réseau, la qualité des interventions et l'intégration des soins et des services.

### 2.2.3 Sommaire

Pour conclure, la gestion de projet permet l'adoption d'un regard différent sur les questions d'optimisation de la performance du réseau de la santé et des services sociaux. Tout d'abord, la trajectoire de soins et de services peut facilement être perçue comme un projet où les parties prenantes collaborent en vue d'atteindre les buts fixés et de gérer sagement les ressources. Face aux enjeux entourant l'utilisation quotidienne des meilleures données probantes, la performance du projet de trajectoire de soins et de services ainsi que la qualité des interventions se voient compromises. Or, le dégagement de valeur est étroitement lié aux professionnels de la santé et des services sociaux et à leur capacité de mettre en œuvre les meilleures données probantes. L'appui judicieux des technologies de l'information et de la communication devient une pièce maîtresse de cette initiative. Par ailleurs, la mobilisation de professionnels interpellés par la qualité de leur pratique provoque la formation de groupes d'apprentissages traditionnels ou virtuels. Leur tentative de réduire l'écart entre les données scientifiques reconnues ainsi que la pratique quotidienne associée gagne à être étudiée.

## 2.3 BILAN DU CHAPITRE

Pour terminer, la discipline de la gestion de projet se greffe désormais, à de multiples niveaux, au domaine de la santé et des services sociaux. Le gouvernement québécois adopte, par l'entremise de ses lignes directrices, la logistique ainsi que la structure du projet et du programme. La priorisation et la catégorisation des différents projets demeurent des activités moins balisées, mais définitivement en développement. Cette

rigueur aspire à une meilleure organisation des soins et des services menant ainsi au rehaussement de la fluidité, de la qualité et de l'efficacité des soins.

Par définition, la trajectoire de soins et de services, un outil de grande pertinence menant à l'intégration fluide des interventions médicales et sociales, peut aisément devenir un projet. La conception du projet, tant du côté des instances gouvernementales au Québec que des organismes normatifs en gestion de projet, soulève les caractéristiques fondamentales de la trajectoire de soins et de services. Or, la discipline de la gestion de projet permet de poser un regard différent sur l'optimisation et le dégagement de valeur à la trajectoire de soins et services.

Pour continuer, l'école de l'optimisation en gestion de projet utilise de nombreux outils en vue de synchroniser et maximiser les efforts déployés au cœur du projet. Parallèlement, l'école de la modélisation partage les mêmes aspirations que l'école de l'optimisation, mais considère les subtilités humaines, relationnelles et contextuelles. Porteuse d'un flambeau dans ces deux écoles de la gestion de projet, les méthodologies Lean et Agile, s'inscrivent avec pertinence au domaine de la santé et des services sociaux. En effet, les méthodologies Lean visent au quotidien l'élimination du gaspillage et la création de valeur. De leur côté, les méthodologies Agile proposent des reconfigurations et ajustements rapides du projet où la compétence et connaissance des acteurs deviennent un point central. Dans le cas de la trajectoire de soins et de services, la valeur est étroitement liée à l'articulation judicieuse des interventions médicales et sociales basées sur les meilleures données probantes. Pour terminer, l'apport des technologies de l'information et de la communication appuie les différentes initiatives d'optimisation des processus du réseau de la santé et des services sociaux dans la mesure où elles sont pertinentes et bien adaptées aux besoins des utilisateurs (Institut national d'excellence en santé et en

services sociaux, 2018 ; Van Der Sijs, Aarts, Vulto, & Berg, 2006). Le tableau 2.3 propose un résumé de l'ensemble des concepts abordés dans le présent chapitre.

Tableau 2.3 : Sommaire des concepts abordés en gestion de projet

<b>Projet (Project Management Institute, 2017a)</b>	<b>Écoles de la gestion de projet (Turner et al., 2010)</b>	<b>Méthodologies Lean et Agile (Rebaiaia &amp; Vieira, 2014)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Phases</li> <li>• Objectifs</li> <li>• Parties prenantes</li> <li>• Gestion de la connaissance</li> </ul>	<p>École de l'optimisation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coûts</li> <li>• Temps</li> <li>• Qualité</li> </ul> <p>École de la modélisation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subtilités humaines et contextuelles</li> <li>• Signification du projet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élimination du gaspillage</li> <li>• Création de valeur</li> <li>• Ajustement rapide</li> <li>• Autonomie professionnelle</li> <li>• Interactions</li> <li>• Technologies de l'information et de la communication — wiki (Krogstie, 2008)</li> </ul>

Conformément à ce qui précède, le professionnel de la santé et des services sociaux détient un levier remarquable au cœur du réseau québécois. L'utilisation des meilleures données probantes au quotidien assure une saine utilisation des ressources et participe au rehaussement de la qualité des interventions. La trajectoire de soins et de services, le projet, bénéficie grandement de cet exercice. La valeur ainsi créée est le fruit de la pratique clinique augmentée où les professionnels de la santé et des services sociaux intègrent à leur routine les différentes pratiques exemplaires véhiculées par les organismes normatifs et reconnues par l'organisation. En rapport avec le rythme foudroyant de diffusion des meilleures données probantes, les communautés de pratique, traditionnelles ou virtuelles, favorisent la transposition des connaissances aux interventions quotidiennes. Par ailleurs, les plateformes web de

type wiki proposent une philosophie en toute harmonie avec les fondements de la communauté de pratique. La réalisation de travaux de recherche, où l'ensemble de ces éléments seront considérés, est d'une grande pertinence.

En guise d'ouverture, un bref chapitre adressera la problématique concernant les enjeux du réseau de la santé et de la gestion de projet dans le but de cibler les éléments centraux de la recherche doctorale proposée.

## CHAPITRE III

### RECHERCHE DOCTORALE EN GESTION DE PROJET EN SANTÉ

Le présent chapitre offre une période de transition en effectuant un retour sur l'état de l'art précédemment énoncé du domaine de la santé et de la gestion de projet. Celui-ci effectuera un survol des différents enjeux et écarts présents dans la littérature. Cet exercice permet de bien saisir la problématique de recherche. En dernier lieu, le projet doctoral sera explicitement énoncé et sommairement expliqué.

#### 3.1 RETOUR SUR LA LITTÉRATURE — LA PRÉBLÉMATIQUE

Les dernières recensions populationnelles sont unanimes et démontrent clairement un vieillissement démographique. Parallèlement, les innovations technologiques, médicales et pharmaceutiques raffinent la qualité des interventions entourant la gestion de la maladie, occasionnant ainsi le rehaussement de l'espérance de vie en transformant les maladies mortelles en maladies chroniques. La gestion de la maladie chronique bouleverse l'organisation des soins et des services qui doit s'éloigner d'une philosophie curative. D'une part, des chercheurs adressent ces préoccupations par la création de modèles de prises en charge où les approches collaboratives sont axées sur les besoins réels des patients. D'une autre part, les autorités gouvernementales modifient graduellement leur vision et leurs structures administratives pour aboutir au regroupement régional des organisations. L'intégration des interventions, la qualité



des soins et des services ainsi que la performance du réseau sont désormais au cœur des orientations ministérielles. À ces effets, l'étude plus approfondie de ces aspirations révèle le rôle pivot du professionnel de la santé et des services sociaux et de l'importance d'une pratique clinique basée sur les meilleures données probantes. Or, les stratégies actuelles de diffusion de connaissances échouent et l'écart entre la théorie et la pratique s'accroît. La performance globale du réseau se voit donc compromise.

En réponse à cette situation, la communauté de pratique, traditionnelle ou virtuelle, permet la mise en commun des expertises et facilite la transposition des meilleures données probantes à la pratique. Dans cette optique, la discipline de la gestion de projet permet de poser un regard complémentaire sur la performance du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Pour y arriver, le projet devient la trajectoire de soins et de services où la performance est étroitement liée à l'utilisation quotidienne des meilleures données probantes par les professionnels de la santé et des services sociaux. Les méthodologies Lean, reconnues par la gestion de projet, permettent l'appréciation du concept de valeur. Les méthodologies Agile appuient les processus de reconfiguration et d'ajustement rapide du projet de trajectoire, lorsque la condition du patient change. Dans cette optique, l'autonomie et la compétence des professionnels sont de mise. En appui à ces méthodologies, les technologies de l'information et de la communication appuient les processus quotidiens des professionnels dans la mesure où elles sont adaptées. En cohérence aux éléments énoncés précédemment, la valeur devient la pratique clinique basée sur l'utilisation des meilleures données probantes traduites entre autres en pratiques exemplaires et recommandations reconnues par les professionnels et les organisations savantes.

### 3.2 ÉCARTS ISSUS DE LA RECENSION DE LA LITTÉRATURE

À la lumière de la recension de la littérature, des écarts et des pistes de recherche peuvent être avancés. Ces derniers permettent la proposition d'un projet de recherche doctorale au diapason des préoccupations du domaine de la santé et de la discipline de la gestion de projet.

En premier lieu, le domaine de la santé et des services sociaux fait face à de nombreux défis où la recherche de la performance est constante. En effet, les investissements sont à la hausse depuis plusieurs années sans toutefois parvenir à atteindre un niveau de performance proportionnel à ces derniers (Berg & Black, 2014b). Au Québec, les réformes ministérielles provoquent un changement profond des structures administratives et de la culture des organisations soignantes.

L'intégration des soins et des services s'appuie sur la mise en place de trajectoires de soins où la collaboration entre les professionnels de disciplines complémentaires est de mise. Généralement parlant, face à la trajectoire de soins et de services, Rondeau-Boulangier and Drolet (2016) mentionnent qu'il serait juste d'effectuer plus d'études entourant cette dernière afin d'enrichir et de diversifier la littérature. En ce qui a trait à la collaboration interprofessionnelle, le modèle de Emmanuelle Careau et al. (2014) propose une structure intéressante qui nécessite toutefois plus de travaux afin d'en tirer une compréhension plus poussée (Perroux et al., 2020). Par ailleurs, Longpré (2017) conclut que l'intégration des soins et des services nécessite des interventions variées issues de différents niveaux hiérarchiques. En effet, en vue d'obtenir les effets escomptés, les stratégies de changement doivent inclure des actions directes auprès des professionnels ainsi qu'auprès des directions associées.

La qualité des soins et des services sociaux est étroitement liée aux interventions des professionnels qui ont intérêt à se baser sur les meilleures données probantes. Or, les stratégies actuelles du réseau, entourant le transfert et l'application de la connaissance, échouent et l'écart entre la théorie et la pratique grandit. Une meilleure compréhension de ce phénomène ainsi que l'exploration de différentes venues facilitant l'utilisation des meilleures données probantes sont d'une grande importance (Ward, House, & Hamer, 2009). Par ailleurs, il serait également intrigant de poursuivre et de se pencher sur un contexte où les meilleures pratiques et recommandations sont intégrées directement au processus clinique du professionnel (Dixon et al., 2017).

Parallèlement, la communauté de pratique est une organisation qui gagne en popularité. Elle propose un véhicule différent à la connaissance et l'opportunité d'interagir avec d'autres professionnels dans une optique de partage et de développement d'expertises. De plus, la communauté de pratique virtuelle élimine les frontières géographiques ainsi que les contraintes temporelles. Le professionnel peut consulter au-delà de son réseau local, au moment jugé opportun. Devant une venue détenant autant de potentiel, les autorités québécoises ciblent la communauté de pratique comme étant un moyen de choix au développement professionnel et à l'utilisation des meilleures données probantes. Néanmoins, la compréhension profonde du fonctionnement et de la dynamique professionnelle au cœur de la communauté de pratique n'est pas atteinte (Ranmuthugala et al., 2011). Également, très peu d'études effectuent l'évaluation de la performance de la communauté de pratique (Li et al., 2009b ; Ranmuthugala et al., 2011).

En ce qui a trait à la gestion de projet, il est essentiel de mentionner que la littérature entourant les projets en santé est limitée. Il fut noté par Chiocchio et al. (2015) que l'ajout d'études entourant les connaissances spécifiques à la gestion de projet en santé

serait d'une pertinence incontestable. De leur côté, Afzal and Gauthier (2017) mentionnent qu'il serait d'une grande pertinence d'effectuer des travaux dont l'objet primaire est la gestion de projet en lien avec les enjeux du domaine de la santé. Pour terminer, Blomquist et al. (2010) proposent un agenda de recherche basé sur les actions, les activités et les acteurs des projets en vue d'en tirer des apprentissages authentiques et significatifs.

Également, les écoles de pensées en gestion de projet gagnent à être davantage étudiées et mises en pratique (Turner et al., 2010). Plus spécifiquement parlant, l'école de l'optimisation et l'école de la modélisation proposent respectivement un agenda de recherche. D'une part, l'école de l'optimisation s'intéresse aux différentes stratégies menant à l'acquisition de valeur dans une optique de temps, de coûts et de qualité (Anbari, 2003). D'une autre part, l'école de la modélisation s'intéresse également à la performance du projet et aux différentes subtilités humaines ayant un impact sur celle-ci (Bredillet, 2007). À cet effet, la notion d'apprentissage et la notion de circulation de la connaissance au cœur du projet sont des sujets d'intérêts pour la recherche (Atkinson, Crawford, & Ward, 2006).

Somme toute, la littérature recensée ainsi que les enjeux soulevés convergent à un point commun : les meilleures données probantes ainsi que l'importance de leur mise en œuvre dans le domaine de la santé et des services sociaux. Effectivement, l'intégration des interventions, la qualité des soins et des services ainsi que la performance du réseau reposent en grande partie sur leur utilisation. Les professionnels de la santé et des services sociaux détiennent donc un rôle crucial au cœur du réseau. Dans ces circonstances, il devient pertinent de bonifier la compréhension de la perception du professionnel de la santé et des services sociaux face aux meilleures données probantes, dont les pratiques exemplaires et recommandations d'organismes reconnus (Van Der Sijs, Aarts, Vulto, & Berg, 2006).

Par ailleurs, le type de devis de recherche est également un point à aborder. En effet, très peu d'études utilisent une approche observationnelle où la recherche de type recherche-action est utilisée. Tel que mentionné par LeBlanc and Gervais (2017), il est pertinent pour le chercheur de développer un leadership où ses connaissances et compétences soutiennent les participants. L'union de l'univers académique et du milieu pratique peut grandement contribuer à la compréhension profonde d'un phénomène menant ainsi à une interprétation fidèle de la réalité observée (Portney & Watkins, 2015).

### 3.3 PROJET DE RECHERCHE

Dans l'optique d'apporter une lumière sur les nombreux enjeux et écarts de la littérature mentionnés ici haut, le projet de recherche repose d'abord et avant tout sur des principes et des valeurs partagés par le réseau de la santé et des services sociaux. En adoptant une vision axée sur la discipline de la gestion de projet, les observations ainsi que les apprentissages misent une meilleure compréhension du domaine de la santé et des services sociaux dans un souci de rehaussement de la performance.

Le projet de recherche propose l'étude d'une communauté de pratique interprofessionnelle gériatrique virtuelle. En soutien à cette communauté de pratique se joint une plateforme web collaborative de type wiki évolué. Celle-ci permet aux membres de créer des ressources documentaires dynamiques basées sur les meilleures données probantes et de les partager. Les ressources sont révisées et ajustées au besoin par les membres permettant ainsi aux professionnels l'adoption d'une pratique basée sur les meilleures données probantes. Les ressources permettent également la synthétisation et l'harmonisation des données médicales et sociales tout en s'intégrant directement dans le processus clinique du professionnel. Par ailleurs, cette plateforme facilite et soutien la communication interprofessionnelle virtuelle. Somme toute, la

plateforme appuie la communauté de pratique virtuelle et propose une approche innovante à la diffusion, au transfert, à la coordination et à la mise en action des meilleures données probantes. À cet effet, une grande question de recherche sera énoncée dans le cadre de ce projet de thèse doctorale :

*Comment la dynamique collaborative professionnelle virtuelle, supportée par une plateforme de type wiki évolué, peut créer de la valeur à la trajectoire de soins et services gériatriques ?*

Dans le but de répondre à cette question, des collectes de données en suivant une méthodologie basée sur la recherche-action. Les sphères explorées sont la dynamique collaborative professionnelle virtuelle, la valeur générée, la plateforme web de type wiki évolué et la trajectoire de soins et de services gériatriques. Les prochaines sections aborderont chacune des composantes de la recherche et proposeront des sous-questions. Pour terminer, une représentation initiale du modèle conceptuel de la recherche doctorale soutiendra l'ensemble des propos.

### 3.3.1 Plateforme de type wiki évolué

La plateforme wiki évoluée fut pensée et conçue par un médecin urgentiste de la région de l'Outaouais il y a plus de dix ans. Soucieux de la qualité de sa pratique clinique et conscient de l'écart grandissant entre les meilleures données probantes et la pratique clinique réelle, ce dernier défend que la communauté de pratique virtuelle rehausse les connaissances collectives et, par ricochet, la qualité des soins et des services. Depuis sa création, la plateforme wiki évoluée se raffine et gagne en robustesse grâce à la contribution d'une équipe de programmeurs informatiques qui assurent son développement et sa maintenance.

Sur une note clinique, la plateforme de type wiki évolué offre, aux professionnels de la santé et des services sociaux, un environnement virtuel aux multiples mandats. Tout d'abord, elle permet le regroupement judicieux de participants dotés d'un intérêt commun ou d'une expertise donnée dans le souci d'assurer la pertinence des échanges effectués. En fait, la plateforme supporte plusieurs communautés de pratique virtuelles en simultanée ; il suffit pour le participant d'adhérer et d'œuvrer dans la communauté qui représente son besoin, son projet ou sa spécialité de travail. Dans ce sens, la communauté de pratique virtuelle rassemble équitablement toutes les disciplines médicales et sociales selon le domaine de pratique. De cette manière, la plateforme assure la pertinence ainsi que la concordance entre les contenus partagés et les besoins des professionnels de la santé et des services sociaux. Concrètement parlant, l'organisation où se trouve le milieu de recherche est doté de quelques communautés de pratiques virtuelles qui s'appuient sur la plateforme wiki évoluée. En effet, ces communautés se trouvent majoritairement en soins et services hospitaliers, mais également à l'externe notamment en clinique privée, CLSC et groupe de médecine familiale (GMF). La plateforme wiki évoluée est disponible sur le serveur informatique interne de l'organisation ; l'ensemble des données de la plateforme sont accessibles à tous qui y ont accès.

Pour continuer, tous les membres de la communauté de pratique virtuelle détiennent le privilège de créer, de consulter et de réviser le contenu partagé qui prend la forme de ressources documentaires. Dans cette optique, les meilleures données probantes sont transposées dans la plateforme afin de les diffuser. Les ressources prennent différentes formes dont le gabarit de prise en charge spécifique, l'algorithme décisionnel, une procédure et une recommandation. Des modules communicationnels, en temps réel et asynchrone, appuient les différents échanges que pourraient entretenir les professionnels de la santé. Effectivement, dès qu'une ressource documentaire est créée, les collègues de la communauté de pratique sont appelés à

prendre connaissance de cette dernière, et selon le besoin de la réviser, de la bonifier ou de la modifier. Dans un esprit de collaboration et de professionnalisme, les ressources créées sont éventuellement approuvées et reconnues au cœur de la communauté de pratique permettant ainsi la mise en place des meilleures données probantes. Dans le cas spécifique d'une ressource documentaire basée sur des recommandations d'une organisation reconnue, il est possible d'ajouter le logo officiel de celle-ci à la ressource documentaire.

Dans le cadre de cette recherche-action, la chercheuse occupe un rôle important au cœur de la communauté de pratique virtuelle en gériatrie. En effet, elle appuie le démarrage de celle-ci en offrant une disponibilité et son expertise à la création de ressources documentaires. La chercheuse a elle-même utilisé la plateforme wiki évoluée dans différents contextes et détient une connaissance approfondie des fonctionnalités et particularités de son utilisation clinique. Toutefois, dans une situation de problème logiciel, la chercheuse communique directement avec le concepteur de la plateforme qui assure la bonne gestion de celui-ci. Somme toute, la plateforme devient un véhicule virtuel aux meilleures données probantes médicales et sociales tout en mobilisant la participation et l'engagement des membres de la communauté de pratique à leur mise en œuvre judicieuse.

Également, la plateforme de type wiki évolué permet d'aller plus loin dans le processus de diffusion judicieuse des meilleures données probantes. En contexte clinique hospitalier, celle-ci prend forme d'un dossier évolutif informatisé où tous les professionnels de la santé et des services sociaux peuvent y insérer la documentation requise par leur discipline respective. En effet, les différentes ressources documentaires accompagnent le professionnel de la santé et des services sociaux dans son processus clinique de prise en charge de patients. Celles-ci sont cliniquement utilisables lors des interventions et se transforment, une fois complétées, en note



évolutive informatisée consignée dans un dossier électronique propre à chacun des patients. L'ensemble des notes évolutives, toutes professions confondues, sont accessibles à tous les professionnels en simultané ; il est possible de consulter et de rédiger les notes selon l'emploi personnel du temps. Dans un contexte d'utilisation à l'externe de l'organisation, les utilisateurs peuvent également avoir accès aux ressources documentaires de la plateforme wiki évoluée, les compléter et intégrer la note évolutive clinique à un dossier médical électronique à l'aide d'un module d'intégration. Bref, la plateforme permet à la communauté de pratique virtuelle, un rapprochement indéniable à l'exercice clinique en temps réel où les meilleures données probantes sont automatiquement mises en œuvre au moment de l'intervention et transformées en note évolutive clinique.

Somme toute, l'ensemble des fonctionnalités appuient la communauté de pratique virtuelle et facilite grandement la diffusion, le partage et l'utilisation quotidienne des meilleures données probantes tout en soutenant l'apprentissage collectif. Dans le cadre de ce travail de recherche, la plateforme web de type wiki évolué apporte une influence à la valeur créée par la dynamique collaborative professionnelle virtuelle.

À la lumière de ce qui précède, il devient intéressant de se poser les questions suivantes :

- Quelle est l'utilité perçue de la plateforme wiki évoluée ?
- En quoi la plateforme wiki évoluée permet la mise en œuvre des meilleures données probantes ?
- En quoi la plateforme wiki évoluée appuie les interactions de la communauté de pratique virtuelle ?

### 3.3.2 Dynamique collaborative professionnelle virtuelle

Les changements organisationnels et cliniques, de routine ou de grande envergure, occasionnent des modifications aux relations interpersonnelles de l'ensemble des parties prenantes. Dans le projet de recherche, les professionnels de la santé et des services sociaux sont invités à collaborer au cœur d'une communauté de pratique virtuelle dans un souci de créer de la valeur. La plateforme web collaborative de type wiki évolué appuie cette initiative et devient une zone commune. Des observations sont prévues dans le but de mieux comprendre la dynamique relationnelle qui s'installe entre les professionnels de la santé et des services sociaux. Le modèle de E. Careau et al. (2018) permet la détermination de la nature des interactions entre les membres de la communauté de pratique virtuelle. Parallèlement, la typologie proposée par Ramadier (2004) peut cibler la logique disciplinaire de la communauté de pratique virtuelle.

Selon ce qui précède, il devient donc pertinent de se poser les questions suivantes :

- De quelles natures sont les interactions entre les professionnels de la santé et des services sociaux de la communauté de pratique virtuelle ?
- Quelles sont les logiques disciplinaires observables dans la communauté de pratique virtuelle ?

### 3.3.3 Valeur générée

Le deuxième élément essentiel à la recherche doctorale est l'observation de la valeur générée par la dynamique collaborative professionnelle virtuelle présente dans la communauté de pratique. Comme mentionné précédemment, les interventions des professionnels de la santé gagnent à être basées sur les meilleures données probantes. Celles-ci peuvent se traduire concrètement en pratiques exemplaires et recommandations reconnues par les professionnels, les organisations savantes et

l'établissement de santé. Dans ce sens, la valeur générée devient la pratique clinique augmentée où le professionnel de la santé et des services sociaux intègre systématiquement les meilleures données probantes.

La valeur est également étroitement liée à la gestion de projet ainsi qu'à l'optimisation. L'étude de cette composante portera une emphase aux pratiques cliniques des professionnels. Une meilleure compréhension de la valeur générée par l'utilisation des meilleures données probantes permet de mieux comprendre l'expérience du professionnel et de la portée de son exercice clinique. Un appui sur l'école de la modélisation en gestion de projet sera davantage de mise puisqu'elle tient compte de la composante humaine et contextuelle. Enfin, la valeur générée est directement liée à la dynamique collaborative professionnelle virtuelle de la communauté de pratique, appuyée par la plateforme évoluée.

Les données ainsi que les témoignages recueillis permettront de mieux comprendre la pratique clinique et de mieux saisir l'impact de ces dernières sur le professionnel et sa pratique. Il devient donc pertinent de se poser la question suivante :

- Quels sont les impacts de l'utilisation des meilleures données probantes ?

#### 3.3.4 Trajectoire de soins et services gériatriques

Dans le cadre de la recherche doctorale, la trajectoire de soins et services gériatriques est une variable contextuelle reflétant les particularités du milieu à l'étude. À cet effet, une unité hospitalière spécialisée en réadaptation active gériatrique fut sélectionnée. Un amalgame de professionnels de la santé et des services sociaux ainsi que du personnel de soutien travaillent conjointement à l'atteinte des objectifs de réadaptation du patient hospitalisé. Cette trajectoire de soins et de services interne, où il est possible de retrouver un regroupement logique de plusieurs conditions cliniques,

devient le projet à réaliser et à optimiser. Cette composante permet l'adoption d'une perspective macroscopique où l'utilisation quotidienne des meilleures données probantes permet, selon la littérature, une meilleure utilisation des ressources ainsi que le rehaussement significatif du niveau de qualité des interventions. Ceci est en concordance avec les études mentionnant que l'observation des trois composantes du modèle de Donabedian (1966) est essentielle à une appréciation juste de la qualité (Griffith, Knutzen, & Alexander, 2002).

À la lumière des balises de la discipline de la gestion de projet, la mesure de la performance s'effectue à l'aide de l'observation des coûts engendrés, du temps dédié et de la qualité générée. Cette vision est directement issue de l'école de pensée de l'optimisation en gestion de projet. De surcroît, ces éléments sont également en concordance avec les méthodologies Lean déjà utilisées dans le domaine de la santé et des services sociaux et les méthodologies Agile. Les données ainsi recueillies permettront de mieux comprendre l'impact de l'utilisation des meilleures données probantes par une communauté de pratique virtuelle soutenue par une plateforme web de type wiki évolué. Les caractéristiques essentielles de la trajectoire de soins et de services, telles la continuité et la fluidité, seront recherchées à travers les données recueillies. Par ailleurs, dans le souci d'adopter une vision authentique du phénomène à l'étude, les observations seront également portées en direction des relations humaines et de la dynamique de la communauté de pratique. Cette influence de l'école de la modélisation permet une meilleure appréciation de la performance de ce projet où l'humain y occupe une place notable.

Dans cette optique, il devient intéressant de se poser la question suivante :

- En quoi l'utilisation des meilleures données probantes, par une communauté de pratique virtuelle soutenue par une plateforme wiki

évoluée, contribue à l'optimisation du projet (trajectoire de soins et services gériatriques) ?

### 3.4 SOMMAIRE

En définitive, ce bref chapitre permet une meilleure compréhension de l'essence de la recherche doctorale. Les défis entourant la prise en charge judicieuse et respectueuse des personnes âgées prennent une grande envergure. En plus de modifier l'offre de soins et de services en conciliation de la hausse de l'incidence des maladies chroniques, une attention particulière aux exacerbations et surtout aux hospitalisations est de mise. L'intégration des interventions, la qualité des soins et des services ainsi que l'atteinte de haut niveau de performance sont les grandes prémisses du réseau de la santé contemporain.

Dans le cadre de cette recherche-action, la plateforme web de type wiki évolué appuie la communauté de pratique virtuelle gériatrique en lui fournissant un véhicule aux meilleures données probantes et un outil communicationnel. La valeur ainsi créée est attribuable à la pratique clinique augmentée où les professionnels de la santé et des services sociaux basent leurs interventions sur les meilleures données probantes. La trajectoire de soins et de services gériatriques devient le projet où la communauté de pratique synchronise et articule les meilleures interventions médicales et sociales. Le rehaussement de la performance du projet est étroitement lié aux coûts engendrés, au temps requis ainsi qu'à la qualité générée par ce dernier.

La figure 3.1 illustre le cadre conceptuel général initial de la recherche doctorale, rassemblant ainsi les différentes composantes énumérées précédemment.

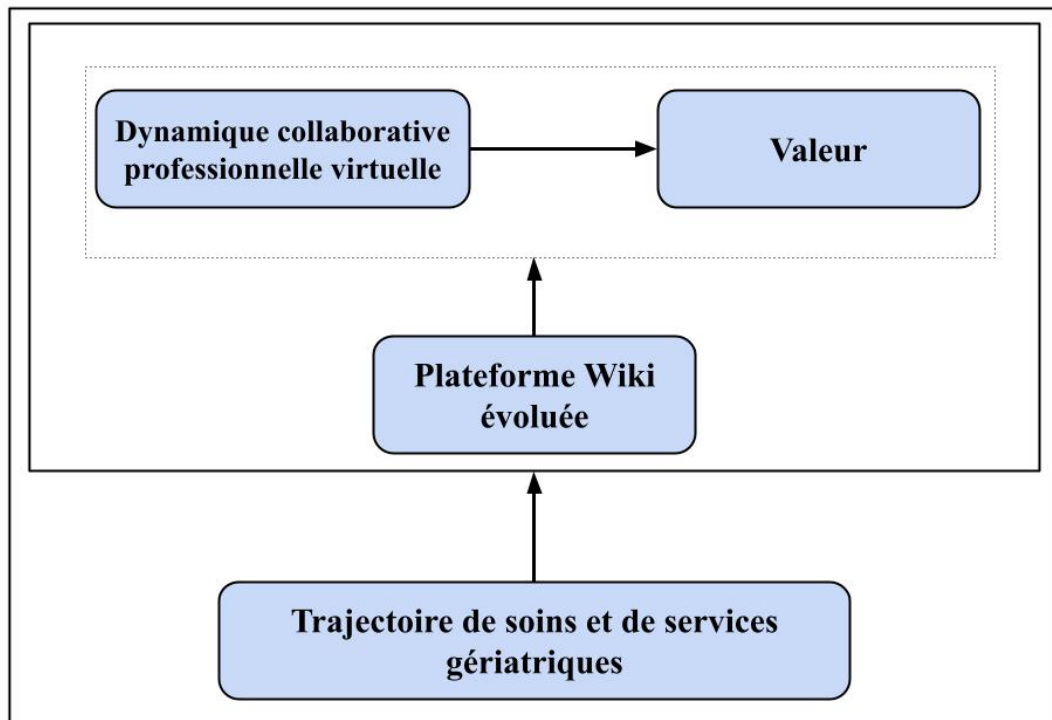


Figure 3.1 : Cadre conceptuel général de la recherche

## CHAPITRE IV

### STRATÉGIE DE RECHERCHE ET MÉTHODOLOGIE

À la lumière des chapitres précédents qui exposent les différents enjeux du réseau de la santé et des services sociaux, la venue de la gestion de projet à ce dernier et les cibles de la recherche doctorale, il devient pertinent de développer une stratégie de recherche qui permettra le recueillement de données significatives et judicieuses. En premier temps, la section 4.1 abordera la stratégie générale de recherche ainsi que la vision préconisée par l'auteur. En deuxième temps, la section 4.2 dégagera les stratégies spécifiques de collecte des données accompagnées de l'opérationnalisation pour chacune des dimensions de la recherche doctorale. Pour terminer, la section 4.3 dressera le bilan en effectuant un retour sur la question de recherche, les sous-questions, le modèle conceptuel et les stratégies méthodologiques spécifiques aux composantes.

#### 4.1 STRATÉGIE DE RECHERCHE

Comme il fut mentionné antérieurement dans la section entourant l'élaboration du cadre conceptuel général de la recherche, le phénomène à l'étude est issu d'un amalgame entre la gestion de projet et le domaine de la santé et des services sociaux. Compte tenu de la nature de la recherche, qui tente de propulser une compréhension profonde et fidèle d'un phénomène tout en participant au changement et en observant

les possibles retombés, il fut convenu que la recherche-action serait l'approche préconisée.

#### 4.1.1 Recherche-action

La recherche-action fut initialement proposée par Collier (1945) dans le souci de produire des constats davantage productifs et véridiques que les études sociales traditionnelles. En effet, pour atteindre ces résultats, ce dernier soulève que la recherche-action doit prendre racine à un besoin d'agir tout en intégrant des parties prenantes interpellées de près et de loin par le problème (Roy & Prévost, 2013). En simultanée Lewin (1943) propose la légitimation de la recherche-action comme moyen d'obtenir des données significative et authentique de la vie et des dynamiques des groupes. Il soulève également l'importance de la participation des chercheurs et des parties prenantes au processus de recherche basé sur la résolution durable d'un problème.

Pour continuer, de nombreux auteurs se sont penchés sur la recherche-action et la détermination de ses principales caractéristiques (Michaud & Bourgeault, 2010). D'une part, certains portent une emphase sur la présence de cycles de recherche et d'action où les participants mettent en œuvre des changements jugés bénéfiques (Stringer & Genat, 2004) alors que pour d'autres, les volets éducatifs et collaboratifs sont en avant-plan (Hart & Bond, 1995). En tant que chercheur, il devient primordial de se questionner judicieusement dans le but d'assurer la cohérence entre le choix de la méthodologie, l'essence de la recherche et la vision épistémologique. Pour y parvenir, il devient intéressant de répondre à certaines préoccupations en se basant sur les balises clés de la recherche-action selon Roy and Prévost (2013) : une recherche réalisée avec les gens, inspirée d'une nécessité d'agir pour changer les choses et organisée selon une démarche cyclique.



#### 4.1.2 Sélection du type de recherche-action

Depuis sa création, de nombreux chercheurs ont contribué au mouvement de la recherche-action occasionnant ainsi de nombreuses appellations ainsi que différents types. En effet Chenail, St George, and Wulff (2012) classifient la recherche-action en trois types. Tout d'abord, la recherche-action de base émerge d'une initiative de résolution de problème où le chercheur est extérieur à l'équipe. Pour continuer, la recherche-action participative adopte une perspective plus critique. Elle s'attaque aux inégalités et injustices en remettant en question les pratiques ou structures oppressives tout en orchestrant des démarches de changement associées. Dans ce type de recherche-action, la chercheuse doit idéalement faire partie intégrante du groupe. Pour terminer, la recherche-action dotée d'une approche positive utilise les forces d'un groupe existant en vue de créer un changement. Le chercheur est généralement externe au groupe dans cette situation.

La présente recherche se basera sur la recherche-action de base conformément aux travaux de Chenail et al. (2012). Effectivement, la chercheuse se greffe à la communauté de pratique virtuelle gériatrique sans toutefois prodiguer des soins et des services aux patients. Les participants ainsi que la chercheuse sont motivés par l'amélioration de la qualité des soins et des services gériatriques. Ceci s'inscrit également dans une optique de mieux répondre aux besoins de la population vieillissante et aux cibles issues des directives ministérielles. Des détails supplémentaires, entourant les points centraux de la recherche-action, suivent à la section suivante.

#### 4.1.3 Balises de la présente recherche-action

Comme mentionné précédemment, la recherche-action est une méthodologie où le chercheur ainsi que les participants, qui deviennent des acteurs actifs, mettent en œuvre ensemble des actions dans le souci de répondre à une préoccupation commune

(Reason & Bradbury, 2008). Dans le cadre du projet de recherche doctoral, la chercheuse s'intègre à la communauté de pratique virtuelle en gériatrie. En effet, elle devient une personne-ressource qui accompagne l'ensemble des participants à l'adoption et l'utilisation quotidienne de la plateforme wiki évoluée sans toutefois prodiguer des soins et des services aux patients. Afin d'y parvenir, la chercheuse doit actualiser ses connaissances entourant les soins et services gériatriques dans le souci d'adopter un langage commun. De plus, cette mise à jour permet de mieux comprendre le vécu ainsi que les subtilités soulevées par les participants.

Deuxièmement, la présente recherche doctorale s'inspire grandement d'une nécessité d'agir dans une optique de changer les choses. En effet, la recension de la littérature soulève de nombreux écarts et préoccupations entourant le domaine de la santé et des services sociaux. La discipline de la gestion de projet propose une perspective innovante et pertinente à ces différents enjeux. Concrètement, l'adoption et l'utilisation de la plateforme wiki évoluée deviennent une proposition d'intervention et de solution convenable à une telle problématique. Il est intéressant de mentionner que ce rapprochement avec le milieu clinique s'inscrit aussi dans le mouvement Project-as-Practice (Blomquist et al., 2010) où l'immersion des chercheurs aux contextes réels des projets facilite leur compréhension profonde.

Troisièmement, la recherche-action adopte une démarche plutôt cyclique où des phases de planification sont suivies d'actions et de réflexions (Roy & Prévost, 2013). Dans le souci de répondre à cette caractéristique essentielle, la chercheuse prévoit l'utilisation de méthodes qualitatives de collecte de données variées et complémentaires. Celles-ci seront réalisées dans un ordre logique où les données fraîchement recueillies pourront enrichir les précédentes.

Pour terminer, une particularité du domaine de la santé et des services sociaux doit être adressée et prise en considération dans cette étude doctorale. En effet, la littérature soulève de nombreux enjeux associés à la diversité et l'abondance des acteurs du réseau de la santé (Finn et al., 2010). Afin de bien cerner les différentes dynamiques présentes au cœur de la communauté de pratique gériatrique, des groupes d'acteurs seront formés par la chercheuse. Cette stratégie s'inspire de la méthode d'analyse en groupe développée par Van Campenhoudt, Chaumont, and Franssen (2005) qui s'inscrit dans la recherche-action. En raison de contraintes humaines et temporelles, des analyses en profondeur sont prévues auprès de chacun des groupes ainsi que des analyses entre les groupes. Cette stratégie permet de porter une lumière sur les similitudes, les complémentarités et les disparités entre les groupes qui constituent un ensemble d'acteurs.

La prochaine section abordera sommairement les étapes de la recherche-action et de leurs particularités.

#### 4.1.4 Survol des étapes de la recherche-action

Tout d'abord, de nombreux modèles de recherche-action sont proposés par la communauté académique (Soucy, Dumais, & Moreau, 2020). Ces modèles proposent une suite logique d'étapes avec ou sans cycle de rétroaction. À la lumière de ces constats et en cohérence à la recherche prévue, le modèle axé sur le domaine de la santé et des services sociaux est préconisé.

Comme mentionné précédemment, l'utilisation d'un modèle adapté et basé sur les caractéristiques du domaine de la santé et des services sociaux est tout à fait légitime. À cet effet, Stringer and Genat (2004) identifient cinq grandes étapes à la recherche-action. En premier temps, le devis doit être élaboré et bien réfléchi. Ensuite, les données ainsi que leurs sources doivent être recueillies. Pour continuer, les données et

les résultats sont analysés. En quatrième temps, les résultats sont communiqués et pour terminer, la cinquième étape propose l'élaboration d'un plan d'action où les solutions et apprentissages dégagés par la recherche seront mis de l'avant. Le contenu spécifique entourant le devis sera repris à la section 4.3. Une représentation visuelle du modèle de Stringer and Genat (2004) est proposée à la figure 4.1. Toutefois, certaines clarifications sont apportées en ce qui concerne l'utilisation d'un cadre conceptuel de recherche et d'hypothèses dans la phase initiale de la présente recherche.

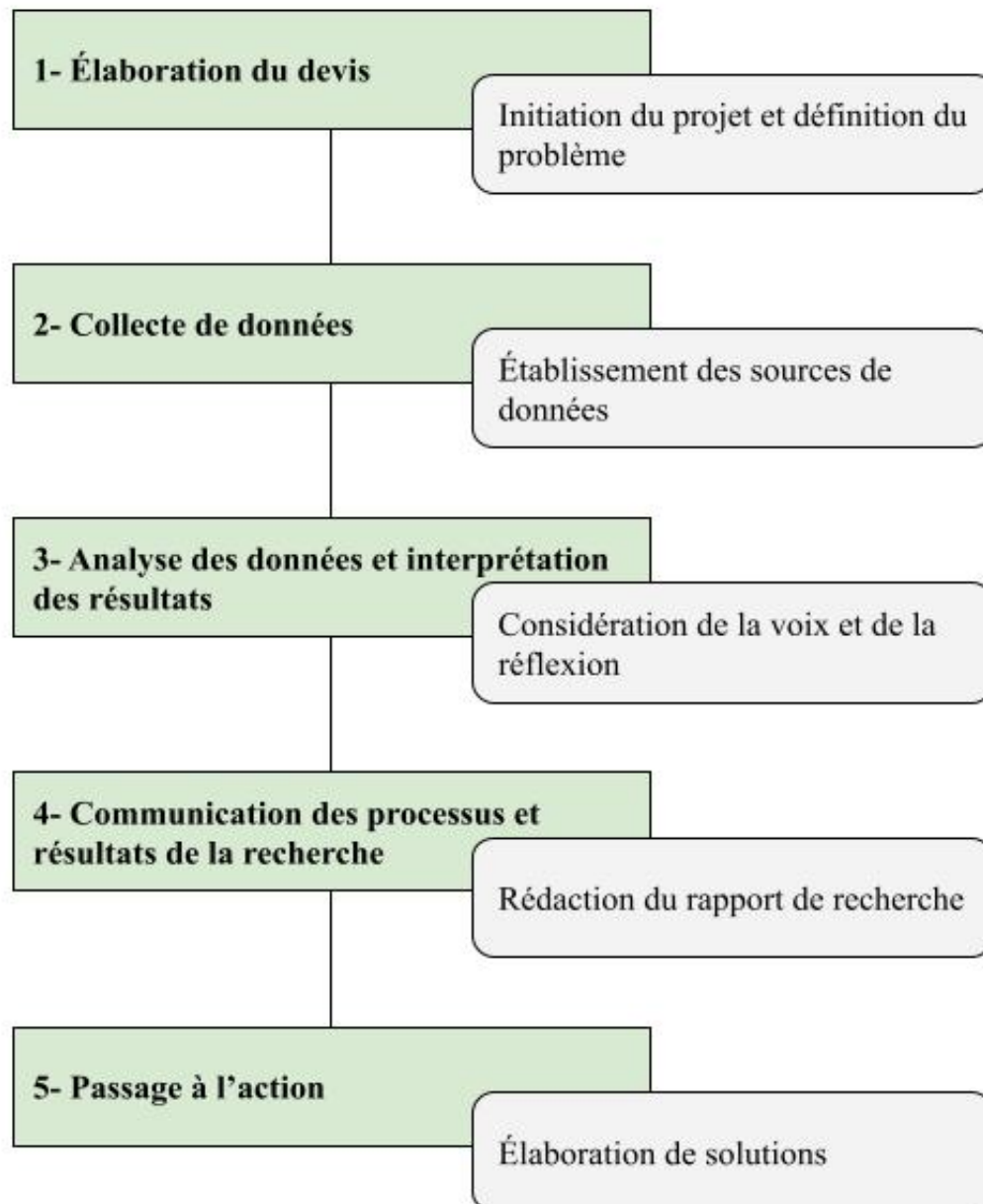


Figure 4.1 : Modèle de recherche-action de Stringer & Genat (2004)

#### 4.1.5 Modèle conceptuel de recherche

Le modèle conceptuel de recherche est une représentation visuelle des différents choix méthodologiques, des interactions et relations basées sur la recension de la littérature et des sphères de recherches facilitant ainsi le travail du chercheur (Miles & Huberman, 2003). Ce diagramme devient en quelque sorte une synthèse de la recherche ; un repère visuel prédéterminé. La recherche-action se démarque de la recherche traditionnelle par son ouverture et sa flexibilité. L'utilisation d'un modèle conceptuel de recherche peut rapidement devenir controversée (Roy & Prévost, 2013).

Dans le présent projet de recherche-action, un modèle fut proposé au chapitre 3 à la lumière des constats, des différentes préoccupations et des écarts de la littérature. Il s'agit d'une étape importante de la définition du problème (Stringer & Genat, 2004). Il est également cohérent avec les actions planifiées avec la communauté de pratique virtuelle gériatrique. Eu égard ces considérations initiales, il est important de mentionner que le modèle conceptuel de recherche est utilisé comme point de départ seulement. Il demeure flexible et ouvert ; au diapason des interactions, des données émergentes et des apprentissages des participants (Roy & Prévost, 2013).

#### 4.1.6 Hypothèses

L'émission d'hypothèses en tout début de projet de recherche est une action plutôt commune. Effectivement, celles-ci peuvent être pertinentes et aidantes pour le chercheur (Baxter & Jack, 2008). Néanmoins, dans le souci de dresser un portrait authentique du phénomène à l'étude, aucune hypothèse ne sera avancée dans le cadre de ce travail de recherche doctoral (Olivier de Sardan, 2015). Ceci s'amalgame en toute harmonie avec l'envie d'apprécier le phénomène avec toute authenticité. Ce choix méthodologique laisse également une plus grande liberté au projet de recherche qui peut évoluer sans frontière en accueillant les données émergentes.

Néanmoins, dans une optique de maintenir la problématique dans le point de mire, le cadre conceptuel de recherche devient une balise. Effectivement, la chercheuse l'utilise comme ancrage à des sous-questions de recherche. Ces dernières guident et segmentent chacune des composantes de la problématique et du projet de recherche. Pour terminer, les sous-questions de recherche conservent leur utilité en phase d'analyse où elles assurent une rigueur et constance particulièrement lorsqu'il y a une grande quantité de données est à traiter sans toutefois taire les éléments émergents.

#### 4.1.7 Sommaire

En définitive, conformément à ce qui précède, la recherche-action est une stratégie de recherche adéquate et cohérente aux objectifs de la recherche doctorale. Avant de passer aux stratégies spécifiques de la recherche, certains éléments entourant la rigueur des résultats de recherche se doivent d'être adressés. En effet, certains chercheurs ont noté des lacunes et inquiétudes quant à la fiabilité et la validité des résultats obtenus suite à une recherche-action (Grell & Wéry, 1981). La prochaine section sera consacrée à la reconnaissance des enjeux possibles et aux différentes stratégies envisagées misant la validité de la recherche-action.

## 4.2 STRATÉGIES VISANT LA VALIDITÉ DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE-ACTION

Comme mentionné antérieurement, la recherche-action est une stratégie de recherche qui permet de dresser un portrait contextualisé, fidèle et détaillé d'une situation bien spécifique tout en accompagnant les participants dans une démarche de changement. Cette compréhension globale de l'environnement porte aussi une emphase sur la nature dynamique et complexe du phénomène (Michaud & Bourgeault, 2010). En revanche, ces caractéristiques donnent naissance à de possibles lacunes méthodologiques, mais également à des défis entourant la validité de l'étude. Une

rigueur déficiente en phase initiale de recherche peut avoir des répercussions exponentielles en phase d'analyse et d'interprétation des données compte tenu l'emphase portée aux interactions humaines (Eisenhardt & Graebner, 2007). Dans un souci de prendre conscience des potentiels enjeux, différents éléments suivant la logique de Michaud and Bourgeault (2010) seront énumérés dans le tableau 4.1. Il s'agit plus spécifiquement de moyens concrets pour assurer la validité de la recherche-action. En adoptant ces pratiques dès le début de la recherche, cette vigilance donnera naissance à une approche plus proactive et réfléchie.



Tableau 4.1 : Stratégies de validité de la recherche-action

<b>La crédibilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer une présence soutenue auprès des participants de l'étude.</li> <li>• Effectuer une collecte de données suffisante et variée en faisant appel à la triangulation.</li> <li>• Porter une attention à l'ensemble des témoignages recueillis eu égard leur portée favorable ou défavorable à l'initiative.</li> </ul>
<b>La transférabilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dresser un portrait détaillé et authentique du contexte de la recherche et des participants.</li> <li>• Documenter judicieusement les particularités ainsi que les généralités associées aux activités de recherche.</li> <li>• Rédiger, dans la mesure du possible, les résultats sous forme de modèle ou sous forme de récit.</li> </ul>
<b>La fiabilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir la disponibilité des données recueillies dans le respect des normes éthiques.</li> <li>• Effectuer une collecte de donnée où ces dernières seront reportées authentiquement.</li> <li>• Choisir des sources de données permettant la triangulation.</li> <li>• Obtenir une assistance, dans la mesure du possible, d'un chercheur accompagnateur.</li> </ul>
<b>La confirmabilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procéder à une vérification de l'ensemble du travail par un groupe d'experts.</li> </ul>

En définitive, les éléments mentionnés au tableau 4.1 contribueront à la solidité et la véracité des résultats obtenus par la présente recherche. Lors des phases dédiées à la réalisation de la recherche, les mesures énumérées serviront de balises et de point de repère à l'approche réflexive de la chercheuse. À la lumière de ces constats, il est maintenant possible d'aborder les stratégies spécifiques de la recherche.

### 4.3 STRATÉGIES SPÉCIFIQUES DE RECHERCHE

Les premières sections de ce travail de recherche soulignent et apportent une bonne compréhension du phénomène à l'étude. Le vieillissement de la population, les changements entourant les états de santé, l'utilisation des meilleures données probantes ainsi que la performance des soins et des services sociaux deviennent des points centraux de ce travail. Les écarts de la littérature actuelle furent également soulevés et ceux-ci soutiennent le projet de recherche-action ainsi que ses grandes stratégies dans le souci de propulser un changement durable. Dans cet ordre d'idée, soutenant une approche plutôt interactive au sein de l'ensemble de la recherche, Maxwell (2012) propose l'adoption d'une cohérence méthodologique au chercheur. En d'autres termes, les différentes composantes de la recherche doivent s'insérer à la stratégie de recherche avec fluidité et logique. Cette dernière, la recherche-action, fut préalablement abordée dans cette optique. C'est avec un souci de continuité que l'ensemble des stratégies de recherche spécifiques seront élaborées en respectant la logique du devis de Stringer and Genat (2004) : environnement de la recherche, problématique et recension des écrits, acteurs et échantillonnage, méthodes et outils de collecte de données et considérations éthiques. Cependant, il est important d'ancrer ce travail en accordant une brève attention à la vision du monde de la chercheuse.

#### 4.3.1 Vision du monde de la chercheuse

Un détail se doit d'être spécifié avant de passer aux stratégies spécifiques de recherche. La vision du monde, c'est-à-dire la perspective et l'ensemble des fondements adoptés qui guideront la recherche doctorale (Guba, 1990), apporte une teinte unique au travail effectué. Compte tenu de la nature de la recherche, de la méthodologie sélectionnée, des milieux de recueillement de données ainsi que de la préférence de la chercheuse, une approche plutôt constructiviste sera adoptée. La

construction touche à la fois les aspects sociaux et historiques et vise le dégagement d'une théorie (Creswell, 2013). Cette vision, de type inductif, porte une emphase majeure sur les expériences vécues et significations tant des participants que de la chercheuse principale (Crotty, 1998). Par ailleurs, cette vision permet l'utilisation des approches collaboratives, dont la recherche-action.

La recherche-action, souvent juxtaposée à la recherche collaborative, se démarque par ses principes fondamentaux entourant une démarche stratégique de changement planifié où un problème doit être abordé (Savoie-Zajc, 2001). Dans ce sens, les participants ainsi que le chercheur produisent des savoirs axés sur la pratique réelle où la réflexivité est au rendez-vous. Les savoirs deviennent donc une combinaison de deux logiques : la théorie et l'action (Barbier, 1998). De plus, il est important de souligner que cette prémisse fut également mise de l'avant dans les travaux de Schön (1983) où le praticien se développe, apprend et réfléchit face à ses actions.

Dans le cadre d'une recherche-action, une complicité et un dialogue continu entre le chercheur et les participants permettent l'appréciation juste et fidèle de la complexité de la pratique, le dégagement d'une meilleure compréhension de la praxis et l'instauration d'une démarche réflexive commune (Morrissette, 2013). De plus, il est intéressant de mentionner que ce type de recherche, tel qu'affirmé par Bourassa, Leclerc, and Fournier (2010), se fait « avec » et non « sur » les participants. Cette vision propulse et procure des pistes d'exploration à la fois intéressantes et audacieuses à la dynamique professionnelle virtuelle et la valeur occasionnée par l'utilisation des meilleures données probantes. Somme toute, il est possible d'affirmer que la cohabitation de la vision constructiviste et la recherche-action est tout à fait cohérente (Trunk Sirca & Shapiro, 2007).

Toutefois, une vigilance s'impose quant à l'exploration des composantes touchant la valeur et la performance. En effet, deux écoles de pensée en gestion de projet furent avancées. Tout d'abord, l'école de l'optimisation repose davantage sur une perspective positiviste où les observations objectives reposent sur des faits (Bredillet, 2010). De son côté, l'école de la modélisation aborde une vision hybride où l'objectivisme, le constructivisme et le subjectivisme cohabitent (Bredillet, 2010). La création de valeur ainsi que l'appréciation de la performance sont des concepts complexes et souvent difficiles à cerner judicieusement (Bredillet, 2010). L'adoption de perspectives opposées, mais complémentaires peut potentiellement porter une lumière plus juste et fidèle sur ces éléments.

Toute somme faite, la vision du monde de la chercheuse demeure au diapason des choix méthodologiques de la présente recherche. Celle-ci, axée sur le constructivisme, permettra le recueillement de données riches ainsi que la production de connaissances contextualisées dans un domaine en plein essor. L'ajout d'une vision plus positiviste, dans le contexte d'appréciation de la performance et de la valeur, favorise une meilleure vue d'ensemble du phénomène à l'étude et de son appréciation. Cette prise de conscience entourant cette facette du projet de recherche permet d'approcher les phases d'analyses et d'interprétation des données avec plus de vigilance et de transparence. La prochaine section traitera des particularités entourant la stratégie de recherche telle qu'énoncée préalablement.

#### 4.3.2 Environnement de la recherche

Tout d'abord, l'étude sera effectuée dans un centre hospitalier urbain de la région de l'Outaouais. La spécialité gériatrique sera visée plus spécifiquement. Pour y arriver, une unité de soins de réadaptation gériatrique sera ciblée. Cette unité de soins regroupe de nombreuses trajectoires de soins et services. En effet, la clientèle hospitalisée provient directement de la salle d'urgence ou d'une unité de soins dotée

d'une vocation complémentaire. Par exemple, certains patients sont hospitalisés dans le souci d'examiner une possible perte d'autonomie alors que d'autres récupèrent d'une chirurgie ou d'un traumatisme et tentent d'atteindre le plus haut niveau d'autonomie fonctionnelle. Les objectifs poursuivis par l'hospitalisation peuvent également varier puisque certains patients retournent à domicile alors que d'autres seront dirigés vers des ressources d'hébergement. Somme toute, les raisons d'hospitalisation des patients deviennent variées et occasionnent la création de nombreuses trajectoires de soins et services gériatriques.

Dans le cadre du projet de recherche, la trajectoire de soins et services se réfère à un regroupe de conditions cliniques présentes sur une unité hospitalière (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2019). Cette représentation de la trajectoire de soins et de services permet l'adoption d'une vision d'ensemble du phénomène à l'étude qui prend la forme du projet et permet l'inclusion de l'ensemble des expériences vécues par les participants et le chercheur. La trajectoire de soins et services est strictement interne (Riou & Jarno, 2000); c'est-à-dire axée sur l'hospitalisation à l'unité de réadaptation gériatrique seulement. La figure 4.2 illustre cette vision de la trajectoire de soins et de services dans le cadre du projet de recherche.

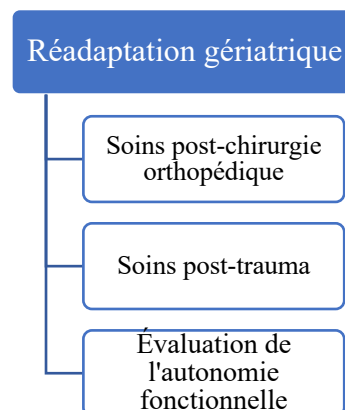


Figure 4.2 : Trajectoire de soins et services contextualisée

Puisque la trajectoire de soins et services regroupe plusieurs conditions cliniques, des caractéristiques génériques associées à son optimisation seront recherchées dont la qualité, la coordination, la fluidité, le temps et l'accès. Pour terminer, pour permettre une appréciation holistique de la trajectoire de soins et services, une attention sera également portée à l'efficacité des interactions et à la communication professionnelle. Les prochains paragraphes traiteront de l'environnement humain du milieu de la recherche.

L'équipe soignante, dotée d'une expertise médicale et sociale, assure un service vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours par semaine. D'une part, les médecins généralistes, les résidents en médecine, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux ainsi que les pharmaciens sont disponibles majoritairement la semaine en journée. D'une autre part, le personnel infirmier ainsi que les préposés aux bénéficiaires assurent des soins en tout temps aux unités de soins. Des médecins spécialisés, dont des gériatres, peuvent se greffer temporairement à l'équipe selon les besoins selon un processus de demande d'expertise de la part d'un médecin généraliste. L'ensemble de la documentation clinique professionnelle s'effectue de manière manuscrite, dans un dossier classique en papier. Par ailleurs, les professionnels utilisent de manière sporadique des outils informatisés, aucunement intégrés au processus clinique. Par exemple, des logiciels permettent d'obtenir plus rapidement des résultats d'examen radiologiques ou de laboratoires. Ces résultats seront éventuellement imprimés et joints au dossier du patient. En dernier lieu, un réseau Wi-Fi est disponible sur l'ensemble de l'unité hospitalière. Cet ajout fut réalisé au cours des dernières années grâce à des investissements associés à un projet de recherche.

La supervision et la gestion du personnel reposent sur une chef d'unité qui assure une présence majoritairement en semaine pendant le quart de travail de jour. Celle-ci

assure notamment le bon fonctionnement de l'unité, l'atteinte des cibles organisationnelles et la gestion des ressources humaines. Cette chef d'unité accorde aussi une importance capitale à la formation du personnel soignant. À cet effet, la formation touchant les bonnes pratiques d'une approche adaptée à la personne âgée est d'une très grande importance. Ce modèle de soins et de services est une exigence organisationnelle et le fruit d'un choix stratégique de la Direction soutient à l'autonomie des personnes âgées du centre hospitalier. Dans cette optique, l'exploration de la gouverne spécifique à la personne âgée est de mise.

La Direction soutient à l'autonomie des personnes âgées offre des soins et des services aux personnes âgées en perte d'autonomie et à leurs proches au cœur d'un établissement, à domicile ou ailleurs sur le territoire desservi (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais, 2019). Cette direction comporte deux volets : le soutien à domicile — services de gériatrie et ressources non institutionnelles ainsi que l'hébergement. Dans le cadre de la réalisation de ses activités, cette direction tisse des liens avec d'autres directions transversales dotées de mandats complémentaires. Par exemple, la Direction des soins infirmiers appuie les initiatives de la Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées puisque le personnel infirmier y occupe de nombreux postes. Dans cette optique, les directions transversales détiennent de nombreux acteurs clés en gestion de la qualité qui accompagnent et guident la Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'atteinte de ses objectifs.

Tout compte fait, l'unité hospitalière visée par la recherche doctorale est pertinente et représentative des soins et services offerts à la population âgée sur un territoire urbain. Celle-ci vise l'intégration quotidiennement des meilleures données probantes dans un souci de rétablissement et de protection de la personne âgée. De plus, de nombreux professionnels issus de disciplines différentes collaborent à la trajectoire de soins et de services gériatriques. Cette unité de soins et de services est gérée par une direction

spécifiquement dédiée à la population vieillissante et appuyée par des directions transversales dotées de mandats complémentaires. Dans cette même logique, la prochaine étape consiste faire un bref retour sur la problématique ainsi que la recension des écrits

#### 4.3.3 Problématique et recension des écrits.

Le présent travail doctoral comporte une recension des écrits plutôt exhaustive entourant une problématique associée au domaine de la santé et des services sociaux. Ces démarches préalables à la recherche permettent l'élaboration d'une question de recherche et d'avancer différentes stratégies d'investigation (Michaud & Bourgeault, 2010). L'ensemble de ces éléments sont rassemblés et font partie intégrante de cette thèse.

Une grande particularité de la recherche-action est son ouverture au raffinement, à la bonification ou au renforcement de la problématique à la lumière des apprentissages issus des activités de recherche (Stringer & Genat, 2004). À cet effet, les activités de recherche sont réalisées avec une grande ouverture aux données émergentes qui sont également exploitées en phase d'analyse et d'interprétation. Ceci étant dit, la poursuite des activités méthodologiques s'effectue en portant une emphase sur les acteurs ciblés par l'étude ainsi que la stratégie d'échantillonnage.

#### 4.3.4 Acteurs ciblés et échantillonnage

Dans le cadre de cette étude doctorale, la population ciblée est l'ensemble des travailleurs de l'établissement de santé associés à l'unité de soins gériatriques de réadaptation. Les spécificités ainsi que la sélection des acteurs pour chacun des groupes seront expliquées dans la sous-section.



#### 4.3.4.1 Spécificité des acteurs

Les unités de soins hospitalières renferment un vaste amalgame de professionnels soignants et de soutien qui assurent les soins et les services des patients. Premièrement, la recherche-action rassemble trois groupes d'acteurs : les professionnels de la santé et des services sociaux, les gestionnaires en gériatrie et les acteurs clés en gestion de la qualité. En guise de parallèle, dans le cadre d'une étude de cas multiples, Martinson and O'Brien (2015) mentionnent que l'étude de trois cas permet une variation pertinente et suffisante des perspectives. De son côté, la méthode d'analyse en groupe propose au moins deux ou trois analyses collectives dans le souci d'atteindre un niveau de pertinence jugé adéquat (Van Campenhoudt, Franssen, & Cantelli, 2009). En somme, il est possible d'affirmer que trois groupes d'acteurs dotés de perspectives différentes sont acceptables.

Tout d'abord, les professionnels de la santé et des services sociaux sont le premier groupe. Ces derniers œuvrent majoritairement auprès de la clientèle gériatrique à l'unité de soins mentionnée préalablement. Des disciplines variées sont représentées et sont visées par les stratégies de recrutement. Il est important de mentionner que les professionnels ne sont pas dans l'obligation d'adopter et d'utiliser la plateforme web de type wiki évolué afin de participer à l'étude. Ces derniers deviennent des acteurs qui soulèvent le besoin du changement, assistent différemment à celui-ci pour différentes raisons et vivent ce moment différemment. Cette stratégie permet notamment une appréciation plus juste du phénomène et facilite la juxtaposition des différentes perspectives face à l'utilisation des meilleures données probantes et de la communauté de pratique virtuelle.

Pour continuer, le deuxième groupe sera constitué de gestionnaires en gériatrie. Les acteurs visés par le projet de recherche doivent détenir un poste à la Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées. La figure 4.3 représente une version anonyme de

l'organigramme de cette direction. Cette représentation visuelle, dressée le 15 juin 2020, de la direction démontre clairement les différents niveaux hiérarchiques et les volets d'exercices. L'échantillonnage des gestionnaires en gériatrie doit être fait avec justesse dans le souci d'obtenir des données représentatives et contextualisées à la gériatrie.

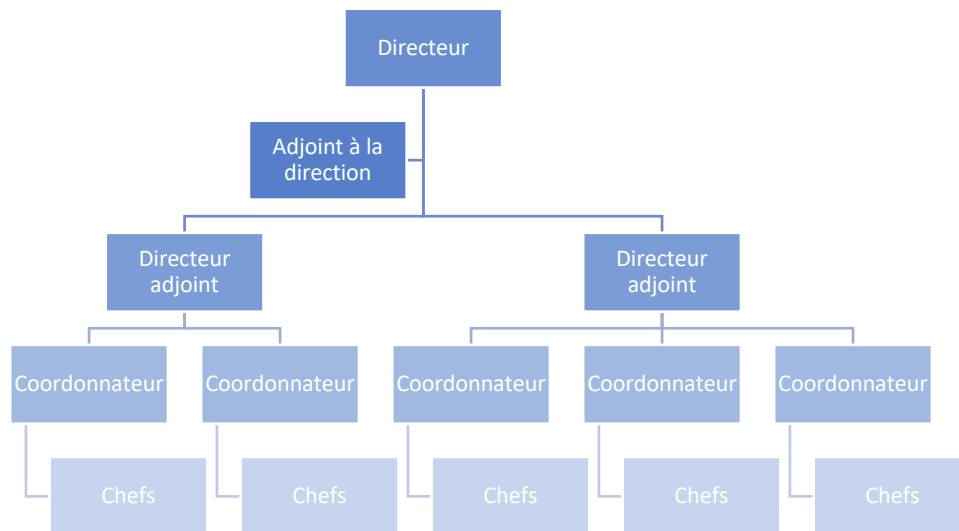


Figure 4.3 : Organigramme de la Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées

Pour terminer, le troisième groupe sera constitué d'acteurs clés en gestion de la qualité des soins et des services dans l'établissement de santé. Ces acteurs œuvrent dans les directions transversales qui soutiennent la pratique des professionnels de la santé et des services sociaux. Ainsi mentionnées précédemment, la Direction des soins infirmiers et la Direction de l'enseignement, des relations universitaires et de la recherche sont constituées de personnes qui répondent aux critères de sélection. Contrairement aux deux autres groupes, cette population est définitivement plus vaste. Toutefois, la sélection des acteurs formant ce groupe respecte une logique basée sur

des critères d'inclusion en vue de maintenir la cohérence au contexte gériatrique du travail de recherche.

À la lumière des stratégies méthodologies et de la recherche-action où des groupes seront étudiés, il devient pertinent de proposer une sous-question de recherche. Celle-ci devient un guide en phase d'analyse de l'ensemble des constats recueillis dans chacun des groupes d'acteurs. La sous-question de recherche est la suivante :

*En quoi les perspectives des trois cas sont similaires, complémentaires et divergentes face à la contribution de la communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme SEKMED, à l'optimisation de la trajectoire de soins et services gériatriques ?*

#### 4.3.4.2 Méthode d'échantillonnage

Dans le but d'offrir une vision authentique du phénomène à l'étude, un échantillon représentatif, pour l'ensemble des groupes d'acteurs, se doit d'être effectué (Fortin & Gagnon, 2010). Dans le cadre d'une recherche-action, il est préférable d'opter pour l'échantillonnage théorique (Michaud & Bourgeault, 2010). Cette méthode soulève la pertinence de choisir les acteurs en fonction de leur habileté et capacité à éclairer le problème de recherche. Le but ultime est d'obtenir le maximum d'informations sur un sujet donné (Glaser & Strauss, 2017). La mise en évidence de trois groupes, soulevés précédemment, partage cette logique. Néanmoins, dans le souci de respecter la cohérence de chacun des groupes compte tenu la diversité des acteurs, l'échantillonnage raisonné sera utilisé. En effet, cette méthode soutient que les participants sont sélectionnés selon des critères d'inclusion et d'exclusion précis tout en respectant l'objectif de recherche (Dahl, Larivière, & Corbière, 2020).

L'objectif de la recherche doctorale est de mieux comprendre un phénomène où l'observation de la création de la valeur se fait à partir de la compréhension de la dynamique collaborative professionnelle virtuelle de la communauté de pratique gériatrique. Un accompagnement des acteurs, dans ce processus de changement, est assuré par la chercheuse. Face à la sélection des acteurs, des critères universels d'inclusion sont déterminés dans le souci d'assurer la cohérence entre les groupes. Les critères sont les suivants :

- être détenteur d'un poste dans le domaine de la santé et des services sociaux ;
- détenir une majorité de tâches et un rôle auprès de la population gériatrique ;
- détenir des connaissances dans le domaine des soins et/ou services gériatriques.

Dans le souci de faire émerger les subtilités du phénomène à l'étude, chacun des groupes détient des sous-critères. Néanmoins, cet aspect de l'échantillonnage respecte l'organisation structurelle du domaine de la santé et assure une éventuelle comparaison avec d'autres situations ou projets de recherche similaires. Tout d'abord, les professionnels de la santé et des services sociaux doivent œuvrer majoritairement à l'unité de réadaptation active en gériatrie. Pour continuer, les gestionnaires en gériatrie doivent détenir un poste d'encadrement au cœur de la Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées. Pour terminer, les acteurs clés en gestion de la qualité détiennent un poste dans les directions qui soutiennent la pratique gériatrique.

Généralement parlant, le nombre total d'acteurs demeure à déterminer. Une collecte initiale d'information sera nécessaire avant de proposer un nombre précis de sujets à recruter. En plus de porter une attention aux abandons, une considération doit être prise face au contexte évolutif des soins et services hospitaliers. Effectivement, ce milieu est occasionnellement instable du au roulement du personnel, aux congés de

maladie et aux absences diverses. Toutefois, compte tenu de la nature qualitative de l'étude, la taille de l'échantillon est rarement prédéterminée et s'appuie grandement sur les besoins informationnels (Fortin & Gagnon, 2010). En d'autres termes, la qualité des données demeure la préoccupation primaire (Macnee & McCabe, 2008) et la taille finale de l'échantillon risque d'être déterminée à l'atteinte de la saturation des données; le point de redondance informationnelle. Au besoin, l'utilisation de l'échantillonnage par réseau pourrait être envisagée si le nombre de participants initial est insuffisant. Ce type d'échantillonnage consiste à consulter les sujets recrutés dans le but d'obtenir des suggestions de futurs participants qui remplissent les critères d'inclusions (Fortin & Gagnon, 2010).

Puisque le type d'échantillonnage est déterminé pour la recherche-action, il est intéressant de procéder à la détermination des méthodes de collecte de données, qui sont utilisées auprès des trois groupes, dans le but de saisir authentiquement le phénomène ainsi que le changement à l'étude

#### 4.3.5 Méthodes de collecte des données — opérationnalisation

Le projet de recherche doit s'effectuer sur un certain laps de temps et faire appel à divers outils de collecte de données. En effet, la recherche-action gagne en pertinence et en crédibilité lorsqu'elle est réalisée sur un espace temporel généreux (Michaud & Bourgeault, 2010). La recherche-action détient de grandes forces en ce qui concerne la représentativité et la compréhension d'un phénomène associé à un problème et sa solution, mais une vigilance s'impose pour le chercheur.

Dans le cadre de la recherche doctorale, des données strictement de nature qualitative sont recueillies. Un traitement judicieux et un codage, à l'aide d'un logiciel d'analyse, sont prévus par la chercheuse. Par la suite, l'interprétation des données se déroule en deux temps. Premièrement, une analyse individuelle de chacun des groupes sera

effectuée. Elle permet une meilleure compréhension spécifique du groupe en question et peut même dégager certaines tendances. Les sous-questions de recherche guident l'ensemble des analyses des groupes. En deuxième temps, une analyse entre les groupes sera réalisée dans un but comparatif où les points similaires, complémentaires et divergents seront rapportés et expliqués. Celle-ci sera également guidée par une sous-question de recherche. Cette stratégie d'analyse s'inspire de la méthode de Van Campenhoudt et al. (2005) tout en empruntant certaines caractéristiques méthodologiques utilisées par Dahl, Larivière, and Corbière (2020) dans un contexte d'étude de cas multiple.

Les prochaines sous-sections traiteront respectivement des différentes sources de données considérées dans le cadre du projet de recherche.

#### 4.3.5.1 Entrevue semi-dirigée

L'entrevue semi-dirigée est au diapason de l'essence même de la recherche par son caractère constructiviste (Savoie-Zajc, 1997). Celle-ci consiste en une interaction planifiée et volontaire entre des personnes qui s'engagent dans un échange en vue de partager des savoirs et des expériences en vue de dégager une compréhension profonde du phénomène à l'étude (Savoie-Zajc, 1997). Également, l'entrevue apporte des données considérables essentielles à la compréhension des expériences vécues par les acteurs et leurs perspectives (Michaud & Bourgeault, 2010). Ce type d'entrevue peut réduire le degré de liberté par la circonscription du sujet par l'entremise d'une question bien précise (Aktouf, 1987). Cette activité de recherche repose notamment sur les habiletés de la chercheuse à mener une entrevue ainsi que sur la préparation adéquate du guide d'entrevue.

Tout d'abord, la chercheuse doit assurer détenir certaines compétences afin d'assurer l'obtention de données significatives et utiles à la recherche. Au-delà de l'aisance à

utiliser le matériel technologique permettant l'enregistrement de l'entrevue, la chercheuse doit être en mesure de créer un moment de proximité et de complicité avec le participant (McGrath, Palmgren, & Liljedahl, 2019). Afin d'y parvenir, certains auteurs notent l'avantage d'élaborer un lien avec le participant avant l'entrevue (McGrath et al., 2019) et d'autres ajoutent l'importance de prendre conscience des rôles sociaux tout en adoptant une approche réflexive (DiCicco - Bloom & Crabtree, 2006). La recherche-action, où la chercheuse est préalablement connue par les participants, adresse une perspective différente et surtout une réponse à ces préoccupations précédemment citées. Par ailleurs, la chercheuse doit également raffiner ses habiletés d'intervieweuse en respectant le rythme, en faisant preuve d'empathie face aux participants et en dosant les interventions verbales laissant place ainsi à des silences nécessaires (Corbin, Strauss, & Strauss, 2015 ; McGrath et al., 2019). Dans le cadre de ce travail doctoral, la chercheuse prendra conscience de ces éléments par l'entremise du journal de bord et de moments dédiés à la réflexivité.

Les entrevues doivent être adéquatement préparées afin de s'assurer d'une rigueur et de demeurer fidèles aux objectifs de la recherche. Pour y parvenir, l'élaboration d'un guide d'entrevue peut définitivement mener à un déroulement plus fluide des entrevues et à leur constance (Rowley, 2012). Ce guide contient les thèmes à explorer ainsi que des questions s'y rattachant (Jamshed, 2014). Ces questions doivent être claires, concises, ouvertes et respecter la vie privée du participant (Rowley, 2012). Le guide d'entrevue sera élaboré par la chercheuse, approuvé par la directrice de la recherche doctorale puis testé et ajusté selon les besoins. Une plage horaire sera prévue en tenant compte des activités de recherche à réaliser, selon les disponibilités des participants.

#### 4.3.5.2 Observation participante

Les observations participantes sont le fruit d'une participation active de la chercheuse au cœur de l'étude en cours (Yin, 2018). La chercheuse devient donc une membre du groupe des acteurs où elle participe aux activités de résolution de problème en notant soigneusement ses observations, ses impressions, les conversations ainsi que les expériences entourant le phénomène à l'étude (Fortin & Gagnon, 2010). Ce type d'observation peut devenir chronophage pour la chercheuse, mais permet également une grande flexibilité et liberté d'interprétation qui appuie l'appréciation authentique des participants dans leur milieu. En effet, l'observation active sur le terrain tient compte de nombreux signes non verbaux des participants, dont les gestes, les expressions faciales, le ton de la voix et les subtilités du langage (McMillan & Schumacher, 2010). Il devient donc plus facile pour la chercheuse de décrire les interactions et de mieux comprendre les comportements adoptés par les acteurs (Portney & Watkins, 2015). Dans le contexte de la recherche, les observations participantes sont rendues possibles grâce à une phase prévue d'accompagnement à l'utilisation de la plateforme wiki évoluée à l'unité de soins gériatriques et à des rencontres administratives. Les observations seront consignées au journal de bord de la chercheuse.

#### 4.3.5.3 Analyses documentaires

La documentation ciblée par le projet de recherche peut prendre la forme de documents internes publics ou encore de documents plutôt confidentiels. Les documents peuvent rapporter des événements, énoncer des politiques ou dresser des bilans d'activités. Cette information devient particulièrement pertinente afin de permettre l'appropriation d'un vocabulaire commun avec les acteurs et de mieux refléter leurs préoccupations (Creswell, 2013). La chercheuse doit considérer que certains documents sont facilement accessibles alors que d'autres peuvent demander



des autorisations afin d'être consultés. Somme toute, les documents administratifs peuvent confirmer certaines informations recueillies auprès des participants tout en enrichissant la compréhension globale contexte à l'étude (Yin, 2018).

#### 4.3.5.4 Collecte de données sociales et démographiques

Dans le cadre du projet de recherche, un formulaire de cueillette de données sociales et démographiques est administré en vue d'obtenir un portrait sommaire des acteurs. Les données seront utilisées en toute confidentialité et dans le respect des normes éthiques en vigueur.

#### 4.3.5.5 Journal de bord et les notes de recherche

Les notes de terrain sont un outil chronologique qui rend compte des constats et observations de la chercheuse. Selon Noiseux and Ricard (2008), celles-ci comprennent la description des lieux et des faits, les réactions des participants, les impressions ainsi que les réflexions personnelles. Par ailleurs, le journal de bord se limite plutôt aux échanges survenus pendant la collecte et l'analyse des données (Fortin & Gagnon, 2010). Ces deux outils deviennent essentiels aux démarches réflexives de la chercheuse ainsi qu'à la compréhension authentique du contexte à l'étude (Proulx et al., 2012).

#### 4.3.5.6 Données émergentes

Tout au long de la recherche, les données émergentes seront considérées afin de raffiner et d'enrichir la vision de la situation observée. Ce travail d'ouverture, de disponibilité et de flexibilité demandera un investissement à la fois de temps et d'énergie (Creswell, 2013). Les dynamiques disciplinaires dans le réseau de la santé deviennent rapidement complexes et la présence régulière de la chercheuse sur le terrain de recherche pourrait solliciter des confidences. De plus, les données

émergentes constituent une pièce importante du monde social où la recherche-action se déroule. La considération des données émergentes permet de découvrir les particularités du milieu d'étude et non pas de se limiter à trouver ce qui est recherché (Lapierre, 2010).

#### 4.3.5.7 Sommaire

En définitive, les stratégies de recueillement de données dans le cadre de la présente recherche s'avèrent multiples. Ces dernières furent sélectionnées dans un souci de cohérence méthodologique, de sincérité des résultats et de faisabilité compte tenu du contexte de la recherche. La triangulation des données est donc assurée. De plus, l'ensemble de la procédure de recherche sera judicieusement répliqué pour les trois groupes à l'étude. La prochaine section abordera les différents enjeux entourant la stratégie méthodologique choisie par la chercheuse.

## 4.4 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES DE LA RECHERCHE

L'éthique de la recherche est une préoccupation de taille pour le chercheur. Les institutions académiques affichent clairement leurs politiques, normes et directives quant aux projets de recherche en branle sous leur toit. Étant donné que la présente recherche doctorale touche de près des participants humains, les déclarations et considérations éthiques deviennent sérieuses et essentielles. Ces réflexions éthiques, partie intégrante du processus de conception de la recherche, seront alimentées par différents aspects touchant le consentement, le respect de la vie privée, la confidentialité et même la gestion de certains risques (Sieber & Tolich, 2012). Dans la présente section, une attention sera apportée aux principes de base de l'éthique, au processus particulier d'acquisition du certificat éthique dans la présente recherche, à la nécessité de la déclaration éthique de la chercheuse ainsi que des différentes particularités à considérer tout au long de la recherche.

L'éthique peut facilement se définir comme «la discipline qui s'intéresse à la conduite humaine» (Fortin & Gagnon, 2010, p. 95). L'attention aux différentes considérations morales fut initiée à la fin des années 1940 en réaction à différentes expériences nazies jugées inadéquates (Fortin & Gagnon, 2010). Depuis ce temps, différents groupes professionnels ont pris officiellement position et rédigés des codes éthiques spécifiques. Aussi, la Déclaration d'Helsinki, de 1964 à 2008, a grandement influencé la recherche médicale notamment par l'ajout d'évaluation des protocoles de recherche par un comité d'experts indépendants (World Medical Association, 2013). Toute somme faite, les lignes directrices internationales d'éthique guident les meilleures pratiques de la recherche et mettent l'accent sur les principes de respect de la personne, de la bienfaisance et de la justice (Fortin & Gagnon, 2010).

Dans la présente recherche doctorale, la chercheuse travaille avec une équipe de recherche ayant déjà acquis un certificat éthique. Ce certificat fut préalablement obtenu auprès de l'organisation de soins et de services sociaux puis transféré auprès de l'institution d'enseignement universitaire. De plus, l'ensemble des formulaires de consentement sont déjà rédigés et approuvés. Toutefois, une déclaration de la chercheuse auprès du comité éthique de l'institution d'enseignement universitaire s'avère nécessaire avant le début de la mise en œuvre de la recherche tout en assurant son renouvellement au besoin. Les défis entourant l'obtention d'un certificat éthique furent relevés par la responsable de la recherche et non la chercheuse directement. Ceci facilite le travail de la chercheuse, mais l'acquisition des connaissances entourant les démarches éthiques sera à obtenir définitivement dans le futur.

Tout au long des activités de collecte des données et durant les différentes étapes de gestion des données de recherche, plusieurs considérations doivent être prises en compte par la chercheuse. En effet, plusieurs points furent soulevés par Creswell (2013). Les éléments pertinents pour la chercheuse sont présentés dans le tableau 4.2.

Tableau 4.2 : Considérations éthiques selon Creswell (2013, p. 92-101)

<p><b>Collecte des données</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimiser le plus possible le dérangement sur les lieux de la recherche ainsi que le respect des lieux.</li> <li>• S'assurer que l'ensemble des participants participent équitablement à la recherche et que leur motivation face à celle-ci soit bien élevée.</li> <li>• Approcher respectueusement les irrégularités ou contradictions.</li> <li>• Éviter l'exploitation des participants ainsi que la cueillette d'informations blessantes.</li> </ul>
<p><b>Analyse des données</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conserver la neutralité et éviter la prise de position et surtout la diffusion des résultats positifs seulement.</li> <li>• Respecter la confidentialité ainsi que la vie privée des participants de la recherche.</li> </ul>
<p><b>Déclaration, partage et rangement des données</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapporter fidèlement les données sans falsification, plagiat ou censure.</li> <li>• Éviter les déclarations pouvant blesser les participants de l'étude.</li> <li>• Utiliser un langage approprié lors des communications et de la rédaction.</li> <li>• Partager les données avec les autres.</li> <li>• Conserver minimalement 5 ans les données ainsi que tout le matériel utilisé lors de la recherche et déterminer qui est le propriétaire de celles-ci.</li> <li>• Éviter le fractionnement ou la duplication des publications issues de la recherche.</li> <li>• Prendre position quant au respect des démarches éthiques demandées et prouver l'absence de conflits d'intérêts.</li> </ul>

L'ensemble des principes énoncés par Creswell (2013) rappelle l'importance du questionnement éthique en continu pendant la préparation, la réalisation et la terminaison de la recherche doctorale. La réalisation du projet doctoral est d'une importance capitale pour la chercheuse, mais ne doit pas être complétée au détriment des acteurs. Malgré l'obtention du certificat et la complétion de l'ensemble des

démarches éthiques par la directrice de la recherche, des obligations sérieuses reposent sur les épaules de la chercheuse. En effet, les efforts investis dans ce processus, par la directrice de recherche, se doivent d'être respectés et honorés. Une omission ou de la négligence, de la part de la chercheuse, pourraient avoir des retombées majeures sur l'ensemble des membres de l'équipe de recherche. Partant de ce fait, les enjeux éthiques ainsi que les normes de conduites exemplaires sur le terrain de la recherche seront définitivement à respecter.

#### 4.4.1 Sommaire

En somme, un projet de recherche consiste à prendre des décisions en mettant de l'avant certains aspects tout en jetant de l'ombre sur d'autres. Les motivations des chercheurs varient énormément ; ce qui teint grandement les choix méthodologiques ainsi que la direction du travail de recherche (Bourdieu, 1976). Sans toutefois utiliser une approche binaire face aux enjeux de la recherche, il serait sage de miser sur le développement personnel et intellectuel du chercheur afin de propulser son jugement critique à des niveaux supérieurs de maturité (Dreyfus & Dreyfus, 1980). Quoi qu'il en soit, le travail et l'investissement relié à la rédaction d'une thèse sont énormes pour un chercheur et afin de survivre à cette épreuve de taille, celui-ci doit trouver une certaine paix d'esprit et une énergie mobilisatrice. L'ensemble des décisions méthodologiques et des actions doivent également respecter les normes éthiques dans un souci de professionnalisme et de respect des humains participants, de près et de loin, au projet de recherche.

#### 4.5 BILAN DE LA STRATÉGIE DE RECHERCHE

Tout cela considéré, il devient pertinent d'effectuer un retour sur la question de recherche, le modèle conceptuel général, les sous-questions et la méthodologie préconisée par le projet.

Pour débiter, la question de recherche est la suivante :

*Comment la dynamique collaborative professionnelle virtuelle, supportée par la plateforme wiki évoluée, peut créer de la valeur à la trajectoire de soins et services gériatriques ?*

Afin de répondre à cette question de recherche, un cadre conceptuel général fut élaboré où les composantes seront observées à l'aide d'une recherche-action. Ce cadre constitue un point de départ et peut être modifié en cohérence avec les acteurs. Trois groupes d'acteurs sont ciblés et représentent des populations spécifiques : les professionnels de la santé et des services sociaux, les gestionnaires en gériatrie et les acteurs clés en gestion de la qualité. La figure 4.4 illustre le modèle conceptuel de la recherche doctorale.

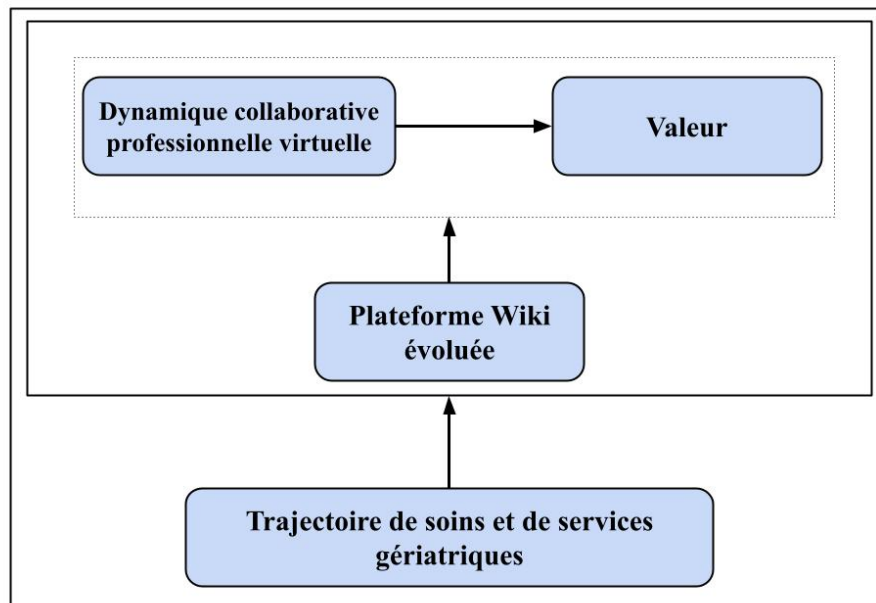


Figure 4.4 : Modèle conceptuel de recherche

L'étude se déroule dans un milieu hospitalier axé sur la réadaptation gériatrique où une attention est portée à la trajectoire de soins et services générique. Au cœur de ce milieu évolue une communauté de pratique interprofessionnelle caractérisée par une dynamique collaborative professionnelle virtuelle, appuyée d'une plateforme wiki évoluée, qui génère de la valeur. Le tableau 4.3 résume les sous-questions ainsi que les choix méthodologiques de cette recherche-action où l'utilisation des meilleures données probantes devient une solution potentielle à la quête de performance et de valeur.

Tableau 4.3 : Bilan des activités de recherche

<p><b>La plateforme wiki évoluée</b></p> <p>Proposition de sous-questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle est l'utilité perçue de la plateforme wiki évoluée ?</li> <li>• En quoi la plateforme wiki évoluée permet-elle la mise en œuvre des meilleures données probantes ?</li> <li>• En quoi la plateforme wiki évoluée appuie-t-elle les interactions de la communauté de pratique virtuelle ?</li> </ul>
<p><b>La dynamique collaborative professionnelle virtuelle</b></p> <p>Proposition de sous-questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De quelles natures sont les interactions entre les professionnels de la santé et des services sociaux de la communauté de pratique virtuelle ?</li> <li>• Quelles sont les logiques disciplinaires observables dans la communauté de pratique virtuelle ?</li> </ul>
<p><b>La valeur</b></p> <p>Proposition de sous-question :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les impacts de l'utilisation des meilleures données probantes ?</li> </ul>
<p><b>La trajectoire de soins et services gériatriques</b></p> <p>Proposition de sous-question :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En quoi l'utilisation des meilleures données probantes, par une communauté de pratique virtuelle, soutenue par une plateforme wiki évoluée, contribue-t-elle à l'optimisation du projet (trajectoire de soins et services gériatriques) ?</li> </ul>
<p><b>Analyse entre les groupes</b></p> <p>Proposition de sous-question :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En quoi les perspectives des trois groupes sont similaires, complémentaires et divergentes face à la contribution de la communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme wiki évoluée, à l'optimisation de la trajectoire de soins et services gériatriques ?</li> </ul>
<p><b>Stratégies de recherche</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevues semi-dirigées</li> <li>• Observations participantes</li> <li>• Analyses documentaires</li> <li>• Cueillette de données sociales et démographiques</li> </ul>



Il est important d'ajouter que les différentes étapes de la recherche doctorale seront entrecoupées d'activités réflexives et de validation des observations. Également, une attention particulière sera accordée aux données émergentes. Cela contribue à la réalisation d'un portrait fidèle du phénomène en question et à une meilleure compréhension de l'ensemble du processus de changement. En guise de conclusion de ce chapitre, un calendrier des activités de recherche est présenté au tableau 4.4.

Tableau 4.4 : Calendrier des activités de recherche

<b>Plage horaire planifiée</b>	<b>Activité de recherche spécifique</b>	<b>Activités de recherche en continu</b>
Automne 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porter les modifications demandées par les membres du jury à la recherche ;</li> <li>• Sélectionner ou créer les questionnaires qui seront utilisés dans le cadre de la recherche ;</li> <li>• Élaborer le guide d’entrevue semi-dirigée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenir un journal de bord ainsi que des notes de recherche — démarche réflexive ;</li> <li>• Ouverture face aux données émergentes ;</li> <li>• Réorganisation et ajustement du plan de travail en situation d’imprévu ;</li> <li>• Demeurer disponible à l’égard des acteurs de la recherche-action ;</li> <li>• Demeurer à l’affut des possibilités de rayonnement de l’étude doctorale ;</li> <li>• Conserver de saines habitudes de vie et opter pour une gestion du stress constructive en misant sur un équilibre entre le travail, la famille et les obligations académiques.</li> </ul>
Janvier 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer activement et régulièrement le milieu de recherche ;</li> <li>• Organiser des activités d’informations qui seront offertes au personnel en place afin de les familiariser avec le projet de recherche ;</li> <li>• Effectuer le recrutement des acteurs au projet de recherche ;</li> <li>• Recueillir des données issues des observations participantes lors des rencontres d’informations.</li> </ul>	
Février et mars 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuer d’assurer une présence et une disponibilité dans le milieu de recherche ;</li> <li>• Mise en œuvre des entrevues semi-dirigées et des questionnaires ;</li> <li>• Recueillir des données dans le milieu de recherche issues des activités d’observations ;</li> <li>• Processus de validation ponctuel des données recueillies auprès des acteurs</li> </ul>	
Avril 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuer d’assurer une présence et une disponibilité auprès des acteurs ;</li> </ul>	

Plage horaire planifiée	Activité de recherche spécifique	Activités de recherche en continu
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse, traitement et validation préliminaires des données recueillies ;</li> <li>• Débuter la rédaction du chapitre de la thèse dédié à la présentation des données et analyse.</li> </ul>	
Mai 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser une rencontre de terminaison du projet officiel de recherche dans le milieu ;</li> <li>• Partager les constats issus des analyses préliminaires des données aux acteurs ;</li> <li>• Continuer l'analyse des données — utilisation d'un logiciel de traitement des données qualitatives ;</li> <li>• Continuer la rédaction de la thèse.</li> </ul>	
Juin à décembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuer et finaliser la rédaction de la thèse doctorale ;</li> <li>• Débuter le processus de révision avec la directrice de recherche ;</li> <li>• Validation des constats.</li> </ul>	
Janvier à mai 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déposer la thèse (initial), préparer la soutenance ;</li> <li>• Partager les résultats de la recherche dans les différents milieux.</li> </ul>	
Juin à août 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir la thèse ;</li> <li>• Apporter les modifications soulevées par les membres du jury ;</li> <li>• Déposer la version finale de la thèse.</li> </ul>	

## CHAPITRE V

### PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES

Le présent chapitre sera consacré à la présentation fidèle de la phase active de la recherche doctorale. Tout d'abord, la section 5.1 traitera des différentes démarches et des ajustements préalables à la collecte de données. En second lieu, la section 5.2 dressera le portrait des démarches réalisées dans le but de recueillir les données. Les sections qui suivront adopteront une organisation des informations par cas. La section 5.3 sera dédiée au traitement des données. Pour continuer, la section 5.4 se consacrera à l'analyse et l'interprétation des données. Celle-ci s'effectuera en deux temps : l'analyse en profondeur du groupe et entre les groupes.

#### 5.1 PRÉPARATION À LA COLLECTE DE DONNÉES

En premier temps, dans un souci de contextualisation, les démarches de préparation à la phase de collecte de données seront illustrées. Comme mentionné dans le chapitre précédent, des outils méthodologiques doivent être conçus. En effet, un document soutenant la cueillette des données sociales et démographiques doit être créé en vue d'obtenir les données significatives. Par ailleurs, le guide d'entrevue, qui occupe une place incontestée au cœur de la compréhension authentique du phénomène et du processus de résolution de problème, doit être rédigé et testé avant d'être utilisé.

### 5.1.1 Cueillette des données sociales et démographiques

La cueillette des données sociales et démographiques est un point qui peut sembler banal, mais qui s'avère essentiel en vue de bien connaître les acteurs. Ce questionnaire permet plus spécifiquement de situer la discipline d'appartenance des acteurs et de quantifier les années d'expérience dans le domaine de la santé et des services sociaux ainsi qu'en gériatrie. Des questions entourant le niveau d'expertise avec l'utilisation des technologies seront également de mise puisque le projet de recherche s'intéresse à la communauté de pratique virtuelle soutenue par une plateforme web wiki évolué. La logistique et le contenu de la cueillette furent testés par un participant avant d'obtenir la validation d'une utilisation générale par la directrice de recherche. Aucun changement ne fut apporté suite à la phase de testage. La cueillette de données sociales et démographiques utilisée dans le cadre de la recherche est disponible à l'annexe 1.

### 5.1.2 Guide d'entrevue : dynamique professionnelle collaborative virtuelle, utilisation des meilleures données probantes et trajectoire de soins et services gériatriques

Pour continuer, une emphase sera portée à la réflexion et la conception du guide d'entrevue ayant comme but de propulser une compréhension profonde de la dynamique professionnelle virtuelle, soutenue par une plateforme wiki évoluée, et de sa capacité à créer de la valeur à la trajectoire de soins et services gériatriques. En collaboration avec la directrice de recherche, quatre grands thèmes furent initialement retenus à la lumière des différents enjeux soulevés par la recension de littérature et des objectifs visés par la recherche.

Tout d'abord, il fut jugé pertinent de débiter l'entrevue par des questions entourant la migration de l'organisation du travail individuel à une organisation en communauté de pratique. Ce thème permet de constater les différentes collaborations intra et

interdisciplinaires qui peuvent s'installer, de comprendre les liens entre les différents acteurs du réseau et de mieux cibler le type de connaissances qui est véhiculé. La recension des écrits a par ailleurs soulevé que le projet, c'est-à-dire la trajectoire de soins et services gériatrique, ainsi que la communauté de pratique permettent une meilleure fluidité des connaissances.

En deuxième temps, une emphase sera portée au processus de mise en œuvre des meilleures données probantes. Ce thème, en logique avec le premier, explore la perception des acteurs face à l'adoption des meilleures données probantes ainsi que les différents impacts qu'elle peut engendrer. Cela permet d'obtenir des informations entourant la vision personnelle des meilleures données probantes, le processus de changement menant à leur adoption ainsi que le contexte dans lequel le tout est orchestré.

En troisième temps, le thème de l'innovation et de la technologie seront explorés pour mieux comprendre la signification du terme aux yeux des acteurs, la place potentielle de celles-ci au cœur du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les différentes prises de conscience face à leur utilisation. Ces éléments peuvent contribuer à une meilleure compréhension de la perception des acteurs face aux technologies et à l'innovation tout en soulevant les gains et risques potentiels engendrés. Par ailleurs, la plateforme wiki évoluée est un outil technologique et une forme d'innovation dans la mesure où celle-ci appuie le processus clinique du professionnel par la diffusion des meilleures données probantes et devient une innovation par son processus de validation et de contextualisation des différents outils cliniques.

Pour terminer, le quatrième thème est axé sur les personnes âgées et l'acteur du projet de recherche. Ce moment, un peu plus personnel, tente de soulever les éléments

capitiaux qui, selon l'acteur, contribuent à l'optimisation de la trajectoire de soins et de services pour une personne âgée et ses proches ainsi que la contribution concrète de l'acteur au sein de la trajectoire. Cela permet de mieux comprendre la vision que celui-ci a de lui-même, de son rôle et de la place qu'il occupe dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Le guide d'entrevue fut testé auprès des premiers acteurs qui ont réalisé l'entrevue. Les rétroactions et commentaires furent recueillis auprès de ceux-ci. Somme toute, les acteurs soutiennent que l'entrevue se déroule avec une grande fluidité et du côté de la chercheuse, les données recueillies permettent de porter une lumière sur l'ensemble des composantes de la recherche. Suite à une discussion avec la directrice de recherche, le questionnaire fut approuvé et utilisé tel quel pour l'ensemble des entrevues. Le guide est disponible à l'annexe 2.

### 5.1.3 Méthode d'administration de la cueillette de données sociales et démographiques et de l'entrevue

En dernier lieu, il est important de déterminer une stratégie de cueillette des données sociales et démographiques et de l'entrevue qui permet une logistique efficace. Initialement, il fut prévu de recueillir les données sociales et démographiques lors de la plage horaire dédiée à l'entrevue. Cette stratégie, perçue positivement par la chercheuse, la directrice de recherche et les acteurs, a comme but la cueillette de l'ensemble des données nécessaires à la recherche. Pour l'acteur, cette stratégie tout à fait adéquate dans le sens où son temps est utilisé judicieusement, nécessite au plus une heure.

Néanmoins, durant la phase de testage des outils méthodologiques, un acteur mentionne qu'il serait préférable de recevoir le formulaire de cueillette de données sociales et démographiques préalablement à l'entrevue, en format électronique, dans

le but de maximiser le temps dédié à l'entrevue. Dans un souci de rendre la participation au projet de recherche conciliante, le formulaire fut adapté au format électronique à l'aide de la plateforme *Google Form*. La chercheuse s'engage à envoyer le formulaire par courriel 24 heures avant l'entrevue.

En ce qui concerne l'entrevue, il fut décidé de favoriser la réalisation de cette dernière en personne avec les acteurs. Outre les déplacements engendrés par une telle décision, ce type d'échange permet d'instaurer une proximité tout en permettant à la chercheuse de recueillir non seulement les messages verbaux, mais également non verbaux. Cette stratégie permet également l'enrichissement des données recueillies par observations participantes. Le rôle de la chercheuse, à cette étape, est axé strictement sur les activités de cueillette de données.

Somme toute, l'adaptation des outils méthodologiques suivant une étape de testage est un moment essentiel afin d'assurer la qualité des données recueillies. Cette étape, dans le cadre d'une recherche-action, interpelle également les acteurs qui partagent leurs avis, recommandations et demandes de modifications entourant les outils méthodologiques. Il est toutefois important de noter que les avis entourant cette phase sont mitigés et qu'il est particulièrement difficile de démontrer l'efficacité du testage (Presser et al., 2004). La section suivante traitera, en toute logique, de la phase active de la recherche.

## 5.2 COLLECTE DES DONNÉES

Tout d'abord, la phase active de la recherche est un moment important où la chercheuse doit déployer les stratégies prévues et fournir les efforts nécessaires à la collecte de données. Ce moment se penche particulièrement à la collecte des expériences vécues par les acteurs ainsi que leurs perspectives (Michaud &



Bourgeault, 2010). En premier temps, une brève section rapportera la phase de recrutement des acteurs. Pour continuer, la section suivante rapportera avec exactitude le déroulement de l'ensemble des activités entourant l'accompagnement à l'utilisation de la plateforme wiki évoluée à l'unité de soins gériatriques et aux différentes activités de promotion de celle-ci. Par la suite, une description des activités reliées à la distribution du formulaire et à la réalisation des entrevues sera rapportée. Cette section amène également les différentes péripéties vécues et ajustements effectués en phase de confinement occasionné par la pandémie de COVID-19. Une troisième section traitera des observations participantes et des analyses documentaires. Pour terminer, la quatrième section abordera la redondance informationnelle, l'organisation sommaire des données et la présence de données émergentes.

### 5.2.1 Recrutement des acteurs

Tout d'abord, l'échantillonnage raisonné a permis le recrutement équilibré d'acteurs pour l'ensemble des groupes en plus d'être doté d'une bonne représentativité disciplinaire. En effet, le projet de recherche adopte une méthodologie de recherche-action où des groupes sont représentés : les professionnels de la santé et des services sociaux, les gestionnaires du domaine de la gériatrie et les acteurs clés en gestion de la qualité. Compte tenu des spécificités du domaine de la santé et des services sociaux et des différentes perspectives disciplinaires, un amalgame équilibré de disciplines médicales et sociales est de mise dans le souci d'obtenir des données significatives. Au final, il fut possible de réunir 6 acteurs clés en gestion de la qualité, 5 gestionnaires du domaine de la gériatrie et 8 professionnels de la santé et des services sociaux. De plus, cette sélection donne lieu à une représentation plutôt symétrique des différentes professions du domaine de la santé. Les spécificités des acteurs par groupes seront présentées à la section 5.3.

### 5.2.2 Accompagnement à l'utilisation de la plateforme wiki évoluée et observations participantes

Comme mentionné ci-dessus, les moments dédiés à la réalisation de la recherche doctorale sont d'une très grande valeur. En effet, avant même la réalisation des entrevues et la cueillette des données sociales et démographiques, un grand nombre d'observations participantes furent effectuées dans le cadre de l'accompagnement à l'utilisation de la plateforme wiki évoluée à l'unité de soins gériatrique. Cette étape devient un moment important de la recherche-action où la chercheuse adopte un rôle d'actrice au cœur de la communauté de pratique virtuelle gériatrique.

En tout premier temps, la chercheuse démarre une série de rencontres et de sollicitations par courriel auprès des gestionnaires en gériatrie et d'acteurs clés en gestion de la qualité. En effet, il s'avère important de bien informer ces groupes en ce qui concerne le fonctionnement de la plateforme wiki évoluée et l'implication nécessaire des professionnels de la santé et des services sociaux à ce projet de recherche. Des démonstrations en temps réel de la plateforme wiki évoluée furent également organisées. Ces démarches et rencontres plutôt administratives associées au déploiement de la plateforme wiki évoluée sont essentielles à la compréhension des perspectives de ces groupes d'acteurs et dans un souci de les impliquer au maximum dans un projet plutôt clinique. Somme toute, environ cinq heures furent dédiées à ces activités.

Pour continuer, il est important de mentionner que l'unité de soins visée par le projet de recherche est dotée d'un réseau Wi-Fi fonctionnel, mais dépourvu de matériel informatique portable. Ce fut un enjeu soulevé par les gestionnaires ainsi que les acteurs clés en gestion de la qualité lors des rencontres d'informations. Du matériel informatique fixe est toutefois présent, mais difficilement accessible pour certains professionnels de la santé et des services sociaux. En fait le nombre de stations est

insuffisant et certains titres d'emploi, dont le personnel administratif et le personnel médical, détiennent une priorité informelle de leur utilisation. Étant donné que le poste du personnel soignant affiche pleine capacité et qu'aucune station informatique fixe ne peut être ajoutée, la meilleure solution envisageable est de trouver des ordinateurs portatifs qui pourront être utilisés un peu partout. À cet effet, des démarches sont rapidement entamées auprès de la direction responsable des outils technologiques de l'établissement. Suite à l'étude de la demande, le responsable du dossier accepte et remet, quatre mois plus tard, deux ordinateurs portatifs à la gestionnaire de l'unité de soins gériatriques. Au cours de ces quatre mois, la chercheuse assure la communication ainsi que le suivi auprès de la direction responsable des outils technologiques tout en rapportant les faits saillants aux gestionnaires attitrés de l'unité de soins et services gériatriques.

Les démarches d'accompagnement à l'utilisation de la plateforme web wiki évolué débutent officiellement à la fin du mois de mai 2019. La gestionnaire clinique de l'unité de soins avait préalablement ciblé le personnel soignant qui démontrait de l'intérêt à l'utilisation de la plateforme. Un accompagnement personnalisé, où la chercheuse passe du temps avec le professionnel individuellement, s'organise au courant des semaines qui suivent. Ces moments sont dédiés à la formation à l'utilisation de la plateforme, à la construction de ressources documentaires basées sur les meilleures données probantes et au soutien en phase active d'utilisation.

En toute cohérence avec la recherche-action, l'accompagnement à l'utilisation de la plateforme wiki évoluée est caractérisé par une analyse de la situation, une réflexion et une mise en œuvre à petite échelle. Effectivement, la chercheuse prend le temps de bien comprendre la situation vécue par le professionnel de la santé. Elle s'assure également de bien saisir le besoin clinique et d'y associer les meilleures données probantes pertinentes à la pratique du professionnel. La ressource documentaire ainsi

créée est beaucoup plus pertinente et cohérente à la routine clinique du professionnel de la santé et des services sociaux. Au moment venu, la mise en œuvre de la ressource documentaire peut nécessiter des ajustements mineurs et certains correctifs afin de répondre aux besoins des professionnels et de respecter les lignes directrices organisationnelles. Il est également important de mentionner que la chercheuse demeure disponible hors des moments prévus afin d'offrir une assistance téléphonique ou informatique. Au total, environ vingt heures furent dédiées, par la chercheuse, à l'accompagnement et l'utilisation de la plateforme wiki évoluée en présentiel et en non présentiel.

Parallèlement, des professionnels de la santé et des services sociaux œuvrant à l'unité gériatrique utilisent déjà la plateforme wiki évoluée. En effet, celle-ci est utilisée quotidiennement par certaines communautés de pratique virtuelles de l'établissement de santé. Ces professionnels sont donc déjà à l'aise avec la plateforme. Néanmoins, la chercheuse demeure disponible auprès de ces professionnels. La phase d'accompagnement à l'utilisation de la plateforme appuie directement la communauté de pratique virtuelle gériatrique et permet de rehausser le nombre de membres qui y participent activement.

Il est primordial de souligner qu'aucune grille d'observation ne fut utilisée par la chercheuse dans le cadre des observations participantes. La chercheuse opte plutôt pour des notes manuscrites reflétant les constats authentiques.

En somme, l'accompagnement à l'utilisation de la plateforme wiki évoluée est une étape plutôt chronophage, mais essentielle à la réalisation de la recherche doctorale. De nombreuses observations participantes sont effectuées puisque la chercheuse s'immerge au quotidien des professionnels de l'unité de soins gériatriques en plus de côtoyer les gestionnaires gériatriques et acteurs clés en gestion de la qualité. Cette

phase s'est déroulée à des intensités variables jusqu'en mars 2020, où les observations participantes furent suspendues par la mise en place de mesures exceptionnelles entourant la pandémie de COVID-19. En effet, ces mesures de protection émises par la santé publique doivent obligatoirement être respectées dans un souci d'éviter toute propagation du virus. De plus, aucun déplacement non essentiel dans un établissement de santé et aucun rassemblement n'est permis. La directrice de recherche est avisée de la situation et consciente des impacts sur le déroulement de la collecte de données. De son côté, la chercheuse demeure disponible virtuellement ou par téléphone auprès des participants qui utilisent la plateforme. La prochaine section rapportera les activités associées à la distribution des formulaires et à la réalisation des entrevues.

### 5.2.3 Formulaire et entrevue semi-dirigée

Dans cet ordre d'idée, étant donné que la plateforme wiki évoluée est désormais utilisée par un bon nombre de professionnels de la santé et des services sociaux et est connue par les gestionnaires gériatriques ainsi que les acteurs clés en gestion de la qualité, la prochaine étape est de passer à la distribution du formulaire de collecte de données sociales et démographiques et à la réalisation des entrevues semi-dirigées. Il est important de noter qu'à ce moment de la collecte de données, des observations participantes furent déjà effectuées lors de la phase d'accompagnement à l'utilisation de la plateforme. Le cycle de la recherche-action adopte une envergure plus macroscopique où la phase de recherche et d'analyse de la situation prend tout son sens.

Dans cette logique, les acteurs furent contactés personnellement par la chercheuse et un rendez-vous fut fixé selon leurs disponibilités afin de compléter les activités de recherche. Le formulaire de collecte de données sociales et démographiques est acheminé, comme prévu, une journée à l'avance à l'adresse courriel du participant.

Dans le cas où le participant n'a pas répondu au formulaire au moment de l'entrevue, la chercheuse effectuait un rappel de complétion amical. Cette phase de la recherche débute comme prévu en mars 2020.

Cependant, comme mentionnée précédemment, la pandémie de COVID-19 frappe de plein fouet l'ensemble des activités de recherche. Le confinement demanda à la chercheuse une grande flexibilité ainsi qu'une grande tolérance à l'ambiguïté. L'ensemble des décisions entourant la modification des activités de recherche furent prises en collaboration avec la directrice de la recherche et les acteurs dans le plus grand respect des normes éthiques.

D'une part, cette situation n'influence point la distribution du formulaire de collecte de données sociales et démographiques puisqu'il est envoyé de manière électronique. Toutefois, les entrevues prévues en présentiel doivent être effectuées de manière à respecter les directives émises par la santé publique et à assurer la sécurité de tous et de chacun. La chercheuse propose à partir de ce moment des entrevues téléphoniques enregistrées aux acteurs. Ces derniers acceptent évidemment cette modification.

La pandémie de COVID-19 affecte également le calendrier des activités de recherche. L'ensemble des acteurs sont grandement sollicités par le réseau diminuant ainsi les disponibilités pour la participation au projet de recherche. Également, des rencontres inopinées, visant particulièrement les questionnaires gériatriques, occasionnent des annulations de rencontres téléphoniques et nécessitent, en revanche, des efforts supplémentaires et surtout de la persévérance de la part de la chercheuse afin de trouver des solutions. Somme toute, la réalisation des entrevues ainsi que la complétion du formulaire se sont déroulées jusqu'en juillet 2020.

#### 5.2.4 Analyses documentaires et journal de recherche

Contrairement aux activités de recherches mentionnées précédemment, les analyses documentaires ainsi que la rédaction du journal de recherche se déroulent indépendamment de la situation pandémique. Certains documents et données sont facilement accessibles par l'entremise du site web de l'organisation alors que d'autres doivent être demandées aux personnes-ressources de celle-ci. L'ensemble des demandes sont effectuées par courriel ou par téléphone. Au sommaire, six documents publics et deux documents internes sont analysés. Le tableau 5.1 dresse le bilan des documents consultés. L'analyse des documents administratifs se fait en toute cohérence avec l'ensemble des données recueillies par les autres activités de recherche en utilisant la même logique. Aucune grille spécifique aux analyses documentaires ne fut utilisée. Le journal de recherche est rédigé de manière indépendante par la chercheuse.

Tableau 5.1 : Les documents administratifs consultés et analysés dans le cadre de la recherche

<b>Titre du document</b>	<b>Date de publication</b>	<b>Nombre de pages</b>	<b>Direction responsable</b>
Rapport annuel de gestion 2018-2019	Aucune mention	138 pages	Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique
Rapport annuel de gestion 2019-2020	Aucune mention	121 pages	Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique
Rapport du commissaire aux plaintes 2018-2019	Déposé le 17 juin 2019 et adopté le 20 juin 2019	68 pages	Bureau du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
Rapport d'Agrément 2017	23 mars 2017	105 pages	Agrément Canada — Conseil québécois d'agrément
Rapport d'Agrément 2019 (séquence 1 et 2)	20 septembre 2019	Séquence 1 : 54 pages Séquence 2 : 60 pages	Accreditation Agrément Canada Qmentum
Cadre de référence Encadrement et soutien clinique*	Mars 2018	55 pages	Direction des services multidisciplinaires — Volet soutien à la pratique
La collaboration interprofessionnelle dans un contexte de partenariat de soins et de services*	12 mars 2018	79 pages	Direction des services multidisciplinaires — Volet soutien à la pratique

\* Document interne



### 5.2.5 Redondance informationnelle

Comme mentionné précédemment, les entrevues semi-dirigées furent réalisées sur un laps de temps plus généreux que prévu. En effet, ces délais offrent l'occasion à la chercheuse de prendre un moment de réflexion supplémentaire entre les différentes entrevues et de s'assurer qu'elles ajoutent des données à la compréhension des expériences vécues par les acteurs. Indéterminée à l'avance, la taille de l'échantillon du cas dépend grandement de l'atteinte de la redondance informationnelle (Saunders et al., 2018). En d'autres mots, il s'agit du moment où les données partagées par les participants ne fournissent aucune information nouvelle à l'étude. Cette saturation des données devient le point d'arrêt de la collecte de données par l'entremise de l'entrevue semi-dirigée, mais également le point de départ à l'analyse de celles-ci.

En ce qui a trait aux formulaires de cueillette de données sociales et démographiques, la distribution préalable à l'entrevue s'est avérée une stratégie de choix puisque le taux de réponse fut de 100 %. L'ensemble des acteurs ont répondu au questionnaire. Ces données permettront de mieux contextualiser les données.

Comme mentionné précédemment, les observations participantes ont dû être suspendues suite à des directives de sécurité entourant la pandémie de COVID-19. Toutefois, ces observations se sont tout de même déroulées sur une période d'environ 10 mois à intensité variable. Suite à une discussion avec la directrice de recherche, les données recueillies en phase d'accompagnement à l'utilisation de la plateforme wiki évoluée furent jugées suffisantes et significatives.

### 5.2.6 Disponibilité des données

L'ensemble des données recueillies dans le cadre de la recherche doctorale sont conservées judicieusement par la chercheuse et sont accessibles dans la mesure du respect de la confidentialité et des règles éthiques de l'établissement d'enseignement.

### 5.2.7 Sommaire

Pour conclure cette section de chapitre, la collecte des données fut réalisée avec un grand sérieux et professionnalisme en dépit de la situation exceptionnelle reliée à la COVID-19. La recherche-action, où des acteurs appartenant à des groupes différents sont sollicités, est en mesure de produire une compréhension en profondeur et nuancée du phénomène à l'étude, des significations et des expériences des acteurs. La méthodologie ainsi que la procédure de recherche sont réutilisées fidèlement entre les trois groupes d'acteurs. La chercheuse recueille de nombreuses données lui permettant ainsi d'explorer les différentes perspectives en s'appuyant sur la question de recherche et ses sous-questions. Le tableau 5.2 dresse le sommaire des activités de collecte de données réalisées dans le cadre de ce projet de recherche. Dans cette optique, la troisième section présentera les résultats obtenus.

Tableau 5.2 : Présentation des activités de collecte de données

Entrevues semi-dirigées (février à juillet 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Guide d’entrevue doté de 4 thèmes : le travail en communauté, le processus de changement, les pratiques innovantes et la valeur à la trajectoire</li> <li>▪ Entrevues majoritairement téléphoniques d’une durée de 20 à 45 minutes</li> <li>▪ Entrevues enregistrées, retranscrites et codées manuellement puis NVivo</li> </ul>
Analyses documentaires (juillet 2020 à février 2021)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2 rapports annuels de gestion</li> <li>▪ 2 documents internes (collaboration interprofessionnelle et encadrement/soutien clinique)</li> <li>▪ 2 rapports de visite d’Agrément Canada</li> <li>▪ 1 rapport annuel sur l’application de la procédure d’examen des plaintes et l’amélioration de la qualité des services</li> </ul>
Observations participantes (mai à octobre 2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accompagnement à l’utilisation de la plateforme wiki évoluée en présentiel et en non-présentiel (20 heures)</li> <li>▪ Démarches et rencontres administratives associées au déploiement de la plateforme wiki évoluée (5 heures)</li> </ul>

### 5.3 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES PAR GROUPE

Conformément à ce qui précède, la section se penchera en premier lieu sur la présentation des résultats en adoptant une vision axée tout d’abord sur le groupe en question puis sur les constats de chacune des composantes de la recherche. En effet, suivant la logique de modèle mixte de L’Ecuyer (1990), les données furent initialement lues et catégorisées en fonction du modèle conceptuel de la recherche qui

s'avère adéquat et adapté au contexte. Par la suite, les relectures ont permis de raffiner la catégorisation des données et de laisser place à des nouveautés. La démarche de traitement des données fut appuyée par le logiciel Nvivo version 12. Tout d'abord, les données seront présentées en suivant la logique du cadre conceptuel de la recherche. Les données de chacun des groupes seront diffusées en adoptant la même structure afin de faciliter la lecture. Les sous-questions de recherche sont utilisées comme points d'ancrage. Au besoin, l'ajout de données émergentes amène une meilleure compréhension du phénomène à l'étude. Une analyse spécifique à chacun des groupes sera effectuée à la suite de la présentation des données. Avant tout, débutons par la présentation des données sociales et démographiques reflétant l'échantillon des acteurs recrutés.

#### 5.3.1 Données sociales et démographiques

En guise d'introduction, il est intéressant de dresser le portrait des acteurs de la recherche. Avant tout, il est important de mentionner que six acteurs clés en gestion de qualité, cinq gestionnaires en gériatrie ainsi que huit professionnels de la santé furent recrutés pour un total de 19 acteurs. Le tableau 5.3 offre un portrait détaillé des données recueillies à l'aide du formulaire de cueillette de données sociales et démographiques. Les acteurs appartiennent à des tranches d'âge très variées. La tranche d'âge la plus représentée est 31 à 40 ans. Les professions d'appartenances sont également bien réparties où il y a cohabitation d'infirmières, de médecins et de professionnels de soutien (ex. : physiothérapeute, ergothérapeute, kinésithérapeute, biologiste). Pour continuer, l'échantillon représente un groupe plutôt expérimenté dans sa profession ainsi que dans la spécialité de la gériatrie. Les acteurs travaillent en majorité à temps plein. De surcroît, la majeure partie des acteurs détient une expertise intermédiaire des outils informatiques. Pour terminer, le type de relation entretenue avec la plateforme wiki évoluée est très varié. Le point le plus saillant est qu'environ la moitié des acteurs se qualifient de spectateurs du phénomène.

Tableau 5.3 : Description des données sociales et démographiques par groupe

Groupe	Âge	Profession	Années d'expérience dans la profession	Années d'expérience en gériatrie	Statut	Expérience avec le wiki évolué (mois)	Expertise informatique	Relation avec le wiki évolué
Professionnels de la santé et des services sociaux n = 8	30 et - : 2 31-40 : 5 51 et + : 1	4 MD 2 INF 2 Autre	5 et + : 7 2 : 1	5 et + : 7 2 : 1	7 TC 1 TP	1 et - : 2 4-6 : 2 7 et + : 4	Novice : 1 Inter. : 5 Expert : 2	U : 3 U+C : 1 CH : 1 SP : 3
Gestionnaires en gériatrie n = 5	31-40 : 2 41-50 : 2 51 et + : 1	1 INF 4 Autre	5 et + : 4 2 : 1	5 et + : 4 4 : 1	5 TC	1 et - : 3 1-3 : 1 7 et + : 1	Inter. : 4 Expert : 1	SP : 5
Acteurs clés en gestion de la qualité n = 6	30 et - : 1 31-40 : 2 41-50 : 3	1 MD 3 INF 2 Autre	5 et + : 5 2 : 1	5 et + : 3 3 : 1 1 et 1 : 2	5TC	1 et - : 1 1-3 : 2 7 et + : 3	Inter. : 6	CH : 1 SP : 1 SO : 4
<p><b>Légende</b> : MD : médecin – INF : infirmière – TC : temps complet – TP : temps partiel – Inter. : intermédiaire – U : utilisateur de ressources seulement – U+C : utilisateur et créateur de ressources – CH : Champion (utilisateur et créateur de ressources + souteneur du wiki évolué) – SP : spectateur du phénomène – SO : souteneur de la plateforme.</p>								

### 5.3.2 Professionnels de la santé et des services sociaux

#### 5.3.2.1 Plateforme de type wiki évolué

Quelle est l'utilité perçue de la plateforme wiki évoluée ?

---

Les professionnels de la santé partagent un fort contenu entourant la plateforme de type wiki évolué dans le cadre des entrevues ainsi que lors des périodes d'observation participantes. Plusieurs de ces constats seront répartis dans les deux autres sous questions puisque les éléments apportés touchent spécifiquement la mise en œuvre des meilleures données probantes et l'appui aux interactions de la communauté de pratique virtuelle. De manière générale, les professionnels accordent une grande utilité aux caractéristiques de la plateforme. En effet, l'informatisation du quotidien des professionnels de la santé et des services sociaux est d'une grande pertinence à leurs yeux. D'une part, les informations sont aisément accessibles et d'une autre, la documentation clinique, désormais informatisée, récolte une grande satisfaction. Un acteur mentionne lors des observations participantes que son écriture est tellement illisible que personne ne s'intéresse à ses notes évolutives. Dans sa globalité, la plateforme adopte une formule gagnante puisqu'elle regroupe les meilleures données probantes et l'exercice quotidien des professionnels. Du moment que la phase d'appropriation de la plateforme est terminée, les professionnels constatent que celle-ci facilite le travail. Également, il est important de noter que la synchronisation instantanée de l'ensemble des contenus de la plateforme de type wiki évolué est soulignée par les acteurs.

En quoi la plateforme wiki évoluée permet la mise en œuvre des meilleures données probantes ?

---

Généralement parlant, les acteurs partagent des expériences favorables entourant l'utilisation de la plateforme wiki évoluée dans un contexte clinique où ils combinent

apprentissages et exercice professionnel. Les données recueillies soulèvent que la richesse du contenu, la transférabilité du contenu à un contexte clinique ainsi que l'ouverture contribuent grandement à la mise en œuvre des meilleures données probantes. Tout d'abord, les acteurs mentionnent que l'apprentissage en continu est bien supporté par la plateforme wiki de type évolué.

« J'ai l'occasion de voir une ressource créée par les membres de ma communauté qui intègre les meilleures évidences venir me rejoindre, j'ai la chance de me mettre à jour et immédiatement d'appliquer ces connaissances-là dans ma pratique. » (Professionnel 4)

Ces propos soutiennent l'idée que les ressources documentaires disponibles dans la plateforme apportent une richesse, récoltent une pertinence et contribuent au développement professionnel de l'acteur. Dans cette même logique, le processus de création d'une ressource fut recensé lors des observations participantes. En effet, la chercheuse accompagna un professionnel dans l'exécution et la réflexion entourant la création d'une ressource documentaire basée sur l'outil clinique de suivi quotidien de l'AAPA. Cet exercice a permis de contextualiser l'outil clinique et de rehausser sa pertinence au diapason de l'expérience clinique du professionnel. La ressource documentaire ainsi créée facilite grandement la mise en œuvre des meilleures données probantes et devient le reflet des connaissances acquises sur le terrain de ce professionnel. Il s'agit d'un excellent exemple d'une démarche microscopique de recherche-action. Pour continuer, il fut mentionné que le processus de validation de la ressource documentaire contribue à assurer l'exactitude des connaissances partagées. Une mobilisation s'installe au cœur de la communauté de pratique virtuelle dans le but de maintenir une qualité des soins et des services.

« ... Aller les revérifier quand même pour s'assurer qu'elles sont bien faites, fiables. » (Professionnel 3)

Enfin, un dernier témoignage supporte l'idée que la plateforme wiki évoluée permet la mise en œuvre des meilleures données probantes. À la base, la communauté de pratique virtuelle permet une certaine discrimination des connaissances et pratiques cliniques permettant l'application judicieuse et réfléchie des meilleures données probantes.

« La communauté de pratique nous a permis de réaffirmer et de solidifier certaines pratiques et informations et d'aller chercher le mieux de tous les outils. » (Professionnel 5)

Dans un autre ordre d'idée, les acteurs mentionnent également que les fonctionnalités de transférabilité au processus clinique soutiennent et rendent facile la mise en œuvre des meilleures données probantes. D'une part, un acteur soulève que les meilleures connaissances probantes rejoignent le processus clinique.

« C'est intégré directement dans la note de mon patient. » (Professionnel 4)

D'une autre part, un autre acteur mentionne que le processus contraire est également très aidant. En effet, les ressources documentaires peuvent rejoindre le professionnel lors de son utilisation du dossier évolutif informatisé. La plateforme wiki évoluée suggère à l'utilisateur des références supplémentaires lorsque certains mots sont reconnus. À ce moment, le professionnel peut consulter au besoin les meilleures données probantes.



« Juste en inscrivant par exemple un diagnostic ou quoi que ce soit on peut avoir une référence qui apparaît rapidement donc je pense que c'est bien » (Professionnel 8)

« Ça peut apporter quand même du soutien, voir des choses qu'on n'aurait peut-être pas pensé et que finalement ça s'avère bénéfique » (Professionnel 1)

« Pour ce qui est des processus organisationnels, des protocoles issus des données ministérielles, je dirais que oui c'est aidant. Nous avons des espèces de pop, des mots surlignés qui peuvent nous faire allumer sur le fait qu'une recommandation est potentiellement disponible par rapport à cela, il y a peut-être une guideline que j'ai oublié de regarder ou qui a été mise à jour. Oui, ça peut définitivement aider dans l'application dans notre pratique de tous les jours. » (Professionnel 6)

Ces propos ouvrent la porte aux constats entourant l'ouverture offerte par la plateforme wiki évoluée aux différentes données probantes. Effectivement, les fondements interprofessionnels et collaboratifs permettent à un utilisateur de prendre conscience de l'environnement dans lequel il évolue et aux subtilités des disciplines médicales et sociales alliées.

« Ça ouvre la perspective à ce que nos collègues font, à leur pratique, en quoi consiste exactement un standard de pratique. La plateforme facilite la reconnaissance et surtout la mise en œuvre des meilleures pratiques par son volet collaboratif. » (Professionnel 1)

Pour terminer, les propos des professionnels de la santé et des services sociaux peuvent être juxtaposés avec la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services de l'organisation. En effet, le dernier rapport disponible

mentionne que 30 % des plaintes sont associées aux soins et services dispensés par les professionnels (Carrière, 2019). De manière plus spécifique, la compétence technique et professionnelle, la continuité ainsi que le respect des ordonnances sont des points centraux aux plaintes reçues et analysées. Outre de nombreuses interventions dans le passé ayant comme but l'intégration des meilleures pratiques, les résultats demeurent préoccupants. Le rapport mentionne par ailleurs que de nombreuses infractions touchent le manque de rigueur, le manque de surveillance, l'application des procédures et des protocoles, des suivis dont le but est d'assurer la continuité des soins et le respect de l'ordonnance médicale. Un second élément du rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services peut être effectué en lien avec les propos abordés par les professionnels. Il s'agit d'un enjeu étroitement lié à celui mentionné précédemment. En effet, la documentation adéquate des soins et des services donnés demeure une lacune observée dans l'organisation. En effet, la structure actuelle de la documentation clinique présente de nombreuses variabilités occasionnant ainsi des ambiguïtés sur la qualité réelle de l'intervention. Un acteur partage à cet effet un exemple concret de documentation clinique inadéquate où le quotidien banal éloigne graduellement le professionnel de ses obligations légales.

« On ne documente plus autant, car mon patient autonome hier, je n'écrirai pas qu'il est autonome aujourd'hui parce que ça n'a pas changé. Je vais écrire quelque chose lorsqu'il y aura un changement, donc la note devient diluée et tranquillement, le but de la note se perd. Tout ce qu'on fait c'est d'écrire des trucs de base à un point tel que même lorsqu'il y avait des épisodes de chute, on le voyait que les filles oubliaient d'inscrire les interventions qu'elles avaient faites pour minimiser le risque de chute. » (Professionnel 2)

Un autre participant soulève l'enjeu de la documentation en ajoutant les possibilités offertes par la plateforme wiki évoluée et ses fonctionnalités entourant la mise en œuvre des meilleures données probantes à l'aide de ressources documentaires.

« Le fait qu'on ne soit pas juste à essayer de nager dans la routine "bébête" de remplir des histoires de cas sans gabarit nous démontre qu'on est capable d'aller un petit peu au-delà de ça. J'ai l'impression que ça nous aura aidés à créer des ressources qui nous amènent plus loin parce qu'on était capable de se rendre plus loin alors qu'on était tellement noyé dans l'ensemble de nos processus... ça l'air de rien, mais juste écrire une histoire sociale en essayant de se rappeler de l'ensemble des éléments, il y a des chances que tu oublies des choses et qu'on soit moins efficace. L'amélioration de l'efficacité, en n'oubliant jamais la qualité, fait en sorte qu'à la fin de la journée, on a un petit peu plus à mettre, et on réussit à en mettre plus dans ces épisodes-là. »  
(Professionnel 4)

Ces enjeux entourant les soins et les services dispensés par les professionnels de la santé et des services sociaux ainsi que la documentation clinique sont au diapason des constats rapportés au cours des derniers mois. En effet, L'OIIQ mentionne ces défis suite à une visite de l'établissement de santé et de services sociaux en juin 2019. Les recommandations émises sont disponibles dans le Rapport annuel de gestion 2019-2020 (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais, 2020).

En quoi la plateforme wiki évoluée appuie les interactions de la communauté de pratique virtuelle ?

---

Les professionnels de la santé partagent de nombreux témoignages en lien avec les fonctionnalités interactionnelles de la plateforme wiki évoluée. Deux catégories de

réponses émergent en lien avec le type d'échange effectué : la communication axée sur la connaissance théorique et la communication axée sur le volet clinique.

En premier temps, les acteurs mentionnent que la structure interprofessionnelle de la plateforme wiki évoluée est très satisfaisante dans le contexte gériatrique. Les professionnels partagent un espace commun où l'ensemble des contenus peuvent être partagés et consultés aisément.

« On peut aller trouver des informations un peu de tout le monde plus rapidement donc ça permet dans le fond de partager plus efficacement les connaissances. » (Professionnel 8)

« C'est une plateforme commune. » (Professionnel 7)

De manière plus spécifique, un acteur aborde le processus de création de ressources documentaires comme étant un dialogue.

« Chaque ressource créée est en fait le début d'une conversation, c'est une proposition faite à la communauté de pratique, les autres membres de la communauté y accédant ont l'opportunité de faire des commentaires, de bonifier la ressource qui a été créée, et, de ce fait, le clinicien n'est plus isolé dans son processus d'apprenant. » (Professionnel 4)

Il est possible de constater que ces données appuient le fait que la plateforme wiki évoluée, par ses fonctionnalités de création de ressources documentaires, procure un soutien aux professionnels dans leurs démarches d'acquisition de connaissances. Par ailleurs, la plateforme permet d'entretenir des échanges significatifs à ces effets avec les professionnels de discipline respective ainsi que complémentaire. Pour terminer les éléments entourant la communication axée sur la connaissance théorique, un

acteur discute ouvertement, pendant les observations participantes, de certaines préoccupations et solutions proposées par la plateforme quant à ses initiatives pédagogiques. Il se dit soulagé d'avoir recours à la communauté de pratique virtuelle où les interactions avec les collègues se font sans gêne ou peur de dérangement. En effet, la plateforme est disponible en tout temps et le professionnel s'y connecte lorsqu'il est disposé. Cette subtilité de la plateforme wiki évoluée facilite grandement les interactions de ce professionnel au cœur de la communauté de pratique virtuelle.

En deuxième temps, abordons la communication axée sur le volet clinique. Comme mentionné précédemment, la plateforme wiki évoluée accompagne la communauté de pratique virtuelle dans la pratique clinique respective des professionnels. Elle permet tout d'abord la transposition de la connaissance en ressources documentaires. Ces dernières peuvent être utilisées directement dans le processus clinique du professionnel dans un module de dossier clinique informatisé. Ce dossier, tout comme la plateforme, est de nature interprofessionnel où l'ensemble des disciplines médicales et sociales y trouvent une place. Les ressources documentaires, une fois contextualisées à la situation du patient, deviennent la note évolutive du professionnel. À la lumière de ces informations, les professionnels soulèvent que cette fonctionnalité communicationnelle clinique permet un gain en efficience tout en prenant conscience de la contribution des collègues.

« Je n'ai pas besoin d'aller revoir dans le dossier (papier) ou de chercher, ou de demander de l'aide, ou de demander au médecin qu'il me contacte. J'ai déjà accès à l'information dans le même programme pour ceux qui l'utilisent, donc pour cela ça va bien. » (Professionnel 1)

« On a toujours tendance, à notre travail, de toujours faire un peu en silos chacun de notre côté et de faire notre note, car dans notre travail, on n'a pas le

choix on doit faire des notes. Chaque domaine, que ce soit la physio ou l'ergo, on doit faire sa note. C'est parfait on se rend compte qu'on fait chacun notre travail en silo et au final une personne âgée, on ne peut pas la décortiquer en silo, on doit avoir une vue d'ensemble et la communication devient très importante... c'est important d'avoir un endroit où on peut tout mettre en commun. » (Professionnel 8)

Le fait que la plateforme wiki évoluée soit un terrain commun à l'ensemble des disciplines médicales et sociales favorise l'articulation des interventions et permet l'adoption d'une meilleure vue d'ensemble de l'évolution clinique du patient selon ces participants. De plus, il est facile et rapide de prendre connaissance de ses propres notes évolutives antérieures ou celles des collègues dans un souci de continuité des soins et services.

« Je suis avec un patient, je suis capable moi-même d'aller comparer ma séance d'avant, sans avoir à retourner dans mon dossier (papier). Donc je suis sur place et je suis capable de dire sur place s'il y a une amélioration, donc je peux déjà apporter, avec moi-même, des corrections. Je suis aussi capable d'aller voir ce que les médecins ont fait, les changements à la condition médicale, et je suis capable, la personne va me dire lorsque j'entre dans une chambre "j'ai fait cela, j'ai fait ceci, j'attends ces résultats-là", moi je suis capable d'aller voir dans la note du médecin qu'effectivement, oui c'est vrai, il y a eu des changements, et voilà ce qui a été fait et ce qui est en attente. » (Professionnel 1)

« On se parle des patients avec la plateforme. C'est le fun, car on est capable d'aller chercher ce que l'autre a fait rapidement d'une semaine à l'autre et d'échanger et de partager l'information comme cela. » (Professionnel 3)

Un autre point entourant le volet communicationnel clinique mérite d'être abordé. Une autre caractéristique de la plateforme wiki évoluée appuie les interactions de la communauté de pratique virtuelle gériatrique. En effet, la synchronisation instantanée du contenu de la plateforme wiki évolué ainsi que son accessibilité à tout moment par l'ensemble des utilisateurs appuie définitivement les échanges selon les professionnels. Lors des observations participantes, un professionnel soulève que cette plateforme permet l'instauration d'une conversation axée sur le moment présent avec ses collègues. Ceci rehausse, d'une part, la compréhension qu'il détient de la contribution de ses collègues de même discipline et de disciplines alliées et, d'une autre part, optimise les échanges verbaux qui sont désormais axés sur la condition actuelle du patient. L'équipe est à jour, se retrouve sur un pied d'égalité en ce qui attrait l'information clinique et peut concentrer ses efforts à la réalisation des objectifs visés par la trajectoire de soins et de services du patient. Par ailleurs, d'autres témoignages illustrent bien cette caractéristique de la plateforme wiki évoluée.

« Une physiothérapeute s'est convertie donc nous trouvons cela vraiment agréable de voir ses notes en direct même si nous ne sommes pas au même étage. Donc c'est vraiment génial. C'est sûr qu'une plateforme comme celle-là, l'avantage c'est que ça permet d'avoir accès quand on veut. » (Professionnel 6)

« Certains médecins ont arrêté de me courir après si j'ai demandé une évaluation en hydrothérapie pour des plaies voyant que dans ma note c'était déjà inscrit. » (Professionnel 2)

Ces propos abordent également la question d'accessibilité de la plateforme wiki évoluée. En effet, du moment que le professionnel détient un accès à un ordinateur connecté à un réseau internet dans l'hôpital, il peut utiliser la plateforme comme bon

lui semble. Dans un sens, les ressources documentaires ainsi que les fonctionnalités de documentation cliniques sont accessibles en tout temps pour l'ensemble des professionnels.

« Les données sont écrites et accessibles dans l'instantané donc pour nous c'est quand même très efficace et ça permet certainement un meilleur suivi des patients à l'hôpital. » (Professionnel 6)

« Parfois les dossiers tard dans la journée sont utilisés par d'autres intervenants ou par le médecin. Donc au moins maintenant avec la plateforme wiki évoluée, je peux entrer mes notes immédiatement même si le médecin n'a pas le dossier entre les mains, même si je ne l'ai pas, il peut constater où je suis rendu avec le patient. » (Professionnel 3)

À cet effet, un point mérite d'être abordé à la lumière d'observations participantes. Il est important de souligner que les professionnels utilisent la plateforme wiki évoluée sur une base volontaire. En d'autres termes, certains professionnels utilisent la plateforme alors que d'autres continuent d'utiliser les outils cliniques manuscrits. Afin d'assurer l'accessibilité à la documentation clinique, les professionnels doivent fonctionner en mode hybride ; imprimer la note évolutive et l'insérer au dossier papier du patient. Eu égard quelques soucis informatiques entourant la connexion des ordinateurs portables aux imprimantes, cette logistique n'occasionne aucun problème aux yeux des professionnels.

Pour terminer cette sous-section traitant des interactions de la communauté de pratique virtuelle soutenues par la plateforme wiki évoluée, l'ajout de passages de documents administratifs est de mise. Tout d'abord, le Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services de l'organisation conclut qu'il existe de nombreuses lacunes



communicationnelles et qu'elles sont au cœur de nombreuses insatisfactions des patients (Carrière, 2019). Ces lacunes sont observables à de nombreux niveaux dont entre les intervenants d'une même équipe ou de plusieurs équipes ou entre les intervenants et le personnel médical. De plus, lors d'une visite effectuée en 2019, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) recommande suite à une analyse de multiples compétences, l'amélioration des communications dans un contexte professionnel. En logique de ces préoccupations et enjeux, un document interne confidentiel de l'organisation, publié en mars 2018, aborde la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de soins et de services offerts en partenariat. Selon ce document, la communication récolte une importance majeure dans le souci d'une mise en œuvre réussie de la collaboration interprofessionnelle. Le support de la technologie de l'information et des communications est également jugé bénéfique, et même incontournable afin de diffuser rapidement les informations cliniques et d'assurer leur accessibilité.

### 5.3.2.2 Dynamique collaborative de la communauté de pratique virtuelle

De quelles natures sont les interactions entre les professionnels de la communauté de pratique virtuelle ?

---

En premier temps, abordons les éléments qui se rattachent à la pratique indépendante. Lors des observations participantes, un professionnel partage son opinion et sa vision de la communauté de pratique virtuelle soutenue par la plateforme wiki évoluée. En effet, il mentionne que pour un professionnel novice, l'arrivée dans un nouveau milieu de travail ou dans une nouvelle spécialité comme la gériatrie peut rapidement devenir une source de stress et d'anxiété. Certes, il est bien entouré par une équipe sur place, mais pas nécessairement libéré de ses obligations professionnelles. La communauté de pratique virtuelle devient un endroit où ce professionnel novice peut poser des questions, s'informer des nouvelles pratiques et valider ses propres

connaissances. Ce professionnel novice n'est pas dans l'obligation de contextualiser obligatoirement ses questionnements à un cas clinique vécu ou à une situation en cours. La communauté de pratique virtuelle permet de découvrir, clarifier et/ou solidifier des connaissances spécifiques à un domaine. À la lumière de ce témoignage recueilli lors des observations participantes, un professionnel mentionne des éléments qui résument plutôt bien la pratique indépendante rehaussée par les pairs.

« Le clinicien n'est plus isolé dans son processus d'apprenant. »  
(Professionnel 4)

« On fait rapidement le constat que les pratiques individuelles et non connectées sont déficientes, insuffisantes. On se rend compte en travaillant ensemble comment on est capable de pallier à ces manques. » (Professionnel 4)

Dans ce même ordre d'idée, un autre acteur soulève la pertinence de prendre en considération les découvertes ainsi que les démarches scientifiques des pairs dans le souci de rehausser son propre niveau de connaissances.

« Ça facilite le travail de ne pas toujours avoir à faire nos recherches nous-mêmes et de pouvoir se baser sur les recherches d'un collègue. »  
(Professionnel 3)

Les propos apportés par les professionnels ici haut pourraient s'apparenter à la pratique de consultation et de référence, mais aucune mention de cas clinique où un patient est au cœur de la relation n'est abordée. Puisque le professionnel demeure dans un contexte de découverte et de rehaussement du niveau de connaissances, la pratique demeure dans la catégorie indépendante.

Pour continuer, un exemple fut mentionné par un professionnel entourant la pratique en parallèle. En effet, ce dernier donne un exemple du quotidien où les interactions entre ces deux professionnels issus de disciplines complémentaires ont lieu à travers la communauté de pratique virtuelle soutenue par la plateforme wiki évoluée.

« Donc là, mon collègue avait déjà accès à l'information clinique. Il n'avait plus à m'appeler ou à me faire déplacer à l'extérieur des chambres, à être toujours en attente d'une réponse. Il avait déjà sous ses yeux l'information, donc de ce côté-là, ça accélère la prise en charge. Le fait de pouvoir constater l'évolution du patient en temps réel et de voir également pour son congé, question de le prévoir de part et d'autre avec les intervenants. »  
(Professionnel 2)

Dans cette même optique où les fonctionnalités de communication axée sur le volet clinique de la plateforme wiki évolué sont utilisées, il fut possible de répertorier un exemple de pratique de consultation entre un professionnel œuvrant à l'unité de soins gériatrique et un médecin spécialiste.

« Je suis capable de dire que j'ai réussi à communiquer avec des orthopédistes, comme cela, car entre toi et moi, les orthopédistes ne regardent pas nos notes, c'est beau s'ils ouvrent le dossier, c'est bon s'ils envoient leurs notes, là j'étais capable de documenter... et ça me permettait d'écrire une note, de la mettre en surbrillance, de mettre une copie sur le dossier en surbrillance et à ce moment-là, l'orthopédiste me répondait... Mais par rapport à ta note, j'ai commencé des antibiotiques. J'ai vu beaucoup d'orthopédistes nous répondre de cette manière-là, de faire je mets quand même des antibiotiques, car ton doute est présent et je le comprends, je le reconnais. Il n'y a pas si longtemps, ce que j'aurais écrit, personne ne s'en méfiait, personne ne le reconnaissait,

personne ne se cassait la tête non plus pour le lire, car moi ayant une écriture illisible, ça n'intéressait personne d'emblée. Donc souvent, je devais aller chanter la pomme au médecin pour lui expliquer ma note pour lui expliquer mon degré d'urgence et lui disait qu'on lui donne deux ou trois jours et là on changeait de médecin, je devais recommencer mon histoire et lui aussi on se donne deux ou trois jours et parfois on a eu des patients qui ont vécu des complications. » (Professionnel 2)

Les rencontres hebdomadaires rapportées par un professionnel tendent à se rapprocher de la pratique de concertation. En effet, le partage d'informations se fait entre les professionnels sans nécessairement créer de brèche au niveau des savoirs disciplinaires. Ces rencontres sont toutefois plus pertinentes grâce aux fonctionnalités axées sur la communication clinique de la plateforme wiki évoluée qui est au service de la communauté de pratique virtuelle.

« Clairement, ça va rendre nos rencontres beaucoup plus efficaces aussi, c'est comme n'importe quelle réunion, si on fait la lecture des documents avant, ça fait qu'on a juste certaines choses à clarifier versus d'avoir à reprendre tout. Donc ça a aidé aussi pour les réunions interdisciplinaires surtout si tout le monde s'y mettait. » (Professionnel 3)

Un professionnel fait mention de dialogue, de considération des impressions cliniques des collègues et d'une décision finale partagée. Ce témoignage se rapproche de la pratique de soins et de services partagés.

« C'est basé sur le dialogue, car on arrive chacun avec une impression différente et on est capable de se donner des idées et de trouver un peu entre nous ce qui est le meilleur plan pour mieux orienter le patient et offrir le meilleur soin possible. » (Professionnel 3)

À la lumière de ces témoignages, il est possible d'affirmer que les professionnels œuvrent, au cœur de la communauté de pratique virtuelle, optent pour de multiples natures d'interactions selon les besoins ainsi que la situation.

Quelles sont les logiques disciplinaires observables de la communauté de pratique virtuelle ?

---

En premier temps, une logique disciplinaire est présente dans les données recueillies auprès des professionnels. Le renforcement de la discipline propre du professionnel est observé dans la communauté de pratique virtuelle. Lors des observations participantes, des professionnels se confient au sujet des ressources documentaires disponibles dans la plateforme wiki évoluée. En effet, celles-ci permettent, selon eux, un ancrage solide de sa propre discipline. Les ressources documentaires deviennent des balises aux meilleures pratiques médicales et sociales. De plus, l'accessibilité de ces ressources auprès de l'ensemble de leurs collègues issus de la même discipline permet un rayonnement menant à l'harmonisation des pratiques disciplinaires. Également, toujours issu des observations participantes, un professionnel partage une anecdote concernant des relations disciplinaires. Selon lui, la communauté de pratique virtuelle permet une collaboration plus humble entre les collègues appartenant à la même discipline. En processus de validation d'une ressource documentaire, une déviation aux meilleures données probantes fut détectée par les collègues et une rectification de la situation s'est effectuée rapidement et humblement. Non seulement la communauté de pratique virtuelle, appuyée par la plateforme wiki évoluée, facilite la mise en œuvre des meilleures pratiques, elle devient un outil communicationnel conciliant et plus détendu pour les professionnels appartenant à la même discipline. Un dernier élément entourant la discipline mérite d'être partagé. Ce dernier est plutôt nuancé et reflète la charge que peut représenter la responsabilité professionnelle.

« Lorsqu'il y a des décisions à prendre, c'est plus moi qui vais trancher au final donc je dirais que c'est un rôle de leader au sein de l'équipe »  
(Professionnel 8)

« Moi je me sens comme un chef d'orchestre oui, j'essaie de coordonner l'équipe multidisciplinaire, ce n'est pas juste au médecin à faire tout seul, chacun a sa part, mais je me sens imputable du soin du patient. »  
(Professionnel 3)

Ces témoignages peuvent être accompagnés de données récoltées dans un document administratif interne abordant les avantages de la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de soins et de services offerts en partenariat. En fait, la collaboration interprofessionnelle permet le rehaussement du sentiment de sécurité dans les soins et services effectués en équipe puisque les rôles, les tâches et les responsabilités sont explicitement partagés. De plus, face aux besoins grandissants et à la lourdeur des soins et services des patients, le médecin peut faire face à de nombreuses tensions menant à l'épuisement. La collaboration interprofessionnelle peut devenir un facteur de protection selon ce document.

Pour continuer, d'autres témoignages reflètent davantage une logique disciplinaire multidisciplinaire où il y a juxtaposition des contributions disciplinaires sans nécessairement avoir des interactions. En effet, un échange verbal, lors des observations participantes, avec un professionnel a révélé une vision des soins et des services plutôt segmentée au diapason des barrières disciplinaires. Chaque professionnel a son rôle à jouer selon ce dernier. Ils ont chacun un mandat et un champ d'expertise professionnelle. La contribution de tous et de chacun permet d'obtenir les résultats auprès des patients dans la mesure où l'ensemble de l'équipe

apporte sa contribution. Un autre acteur partage son vécu entourant la logistique disciplinaire à l'unité de soins gériatrique.

« Même si on travaille en silo malgré tout, ça permet au moins de voir comme professionnel de la santé, j'ai pris ma place et j'ai pris les évaluations qui me reviennent. J'ai envoyé les messages essentiels à mon chef d'équipe et aux intervenants. » (Professionnel 2)

Pour terminer, d'autres observations issues des rencontres hebdomadaires multidisciplinaires tendent à dégager une logique disciplinaire d'interdisciplinarité. Un acteur mentionne que la communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme wiki évoluée, facilite la mise à jour en continu de l'équipe soignante. Effectivement, les fonctionnalités axées sur la communication clinique permettent aux professionnels de rester à l'affût des différentes interventions effectuées entourant un patient. Au moment de la rencontre d'équipe hebdomadaire, les échanges deviennent beaucoup plus riches selon cet acteur. Il souligne que les échanges sont davantage significatifs puisque l'état de santé actuel du patient est connu de tous. Les discussions sont axées sur des prises de décisions partagées où les disciplines y contribuent équitablement.

Un second acteur souligne l'importance du travail en interdisciplinarité au cœur du quotidien et avec l'appui de la communauté de pratique virtuelle.

« Le travail en interdisciplinarité nous permet d'apprendre des choses, des autres professionnels qu'on peut appliquer dans notre travail. Le partage de ces informations nous permet vraiment d'aller vers ce que le patient a besoin. » (Professionnel 1)

Un troisième acteur, cité précédemment, rapporte la série de péripéties entourant une collaboration avec un médecin spécialiste suite à une inquiétude clinique entourant l'état de santé d'un patient. Une logique d'interdisciplinarité est présente dans ce récit puisque la préoccupation récolte une reconnaissance ainsi qu'une réflexion de la part du médecin spécialiste. Ce dernier démontre de l'ouverture dans le souci de résoudre ce problème en limitant le plus possible les dégâts. Ce dialogue fut appuyé par la communauté de pratique virtuelle et la plateforme wiki évoluée.

« Donc là, je pouvais dans un suivi avec un orthopédiste lui dire : regarde, le patient a son suivi en même temps, peux-tu réévaluer la plaie, car moi je suspecte qu'il y a quelque chose qui ne fonctionne pas. En réponse, il me dit : je comprends ton doute, à la place de lui mettre une intraveineuse ou de la réopérer, on va lui donner des antibiotiques par la bouche, comme ça on a une bonne couverture et si jamais ça évolue, demande au médecin de me rappeler. Au final, oui je reprends ma place et je reprends mon rôle de professionnel, je trouve qu'on retrouve notre dignité comme professionnel même. » (Professionnel 2)

### 5.3.2.3 Valeur générée

Quels sont les impacts de l'utilisation des meilleures données probantes ?

---

Les professionnels mentionnent de nombreux impacts entourant l'utilisation des meilleures données probantes. Les impacts peuvent se regrouper selon les catégories suivantes : l'exercice réflexif, la satisfaction professionnelle et l'identité professionnelle.

Il est possible de constater chez les professionnels une grande prise de conscience sur l'importance de l'utilisation des meilleures données probantes. Celle-ci est possible grâce à des moments de recul et un exercice réflexif du professionnel. Des échanges



entretenus avec un professionnel lors des observations participantes reflètent bien cette préoccupation omniprésente de faire la meilleure intervention pour le patient. Cet acteur révèle une grande préoccupation entourant certains incidents, accidents ou situations dangereuses survenus à l'unité de soins qui auraient pu être évités dans la mesure où les pratiques exemplaires auraient été connues, accessibles et appliqués. Cet acteur, soucieux de son exercice et de la qualité de toutes ses interventions, souligne à quel point il est primordial de faire le bien autour de lui et de contribuer au rétablissement des patients. L'utilisation des meilleures données probantes, pour ce professionnel, est un incontournable, et même une responsabilité populationnelle. Un autre acteur soulève cette démarche personnelle entourant l'utilisation des meilleures données probantes.

« C'est très clair que du moment où je me suis rendu compte que je pouvais faire plus et mieux, je me suis mis effectivement à faire plus et mieux. »  
(Professionnel 4)

Un professionnel partage également sa prise de conscience au moment où il a intégré le milieu de travail.

« J'ai l'impression aussi que quand j'ai gradué, je n'étais déjà pas à jour, c'est difficile de suivre le fil même juste si on fait juste un domaine, donc au niveau des connaissances ça facilite de pouvoir partager les connaissances. »  
(Professionnel 8)

Pour continuer, d'autres acteurs ont rapporté des états d'esprit et des émotions étroitement liés à la satisfaction professionnelle. Effectivement, pour eux, la mise en œuvre des meilleures données probantes est liée à des sentiments positifs.

« On se sent aussi beaucoup plus compétent et capable de gérer différents types de pathologies. » (Professionnel 6)

« Ça me conforte dans ma pratique lorsque je suis certain d'avoir appliqué les meilleures connaissances. » (Professionnel 4)

« Je pense aussi qu'il peut y avoir un impact de satisfaction, lorsque tu te rends compte que tu as fait ton changement vers les meilleures pratiques et que ça fonctionne bien et que tu vois des progrès, je pense qu'il peut y avoir un impact positif par rapport à cela. Si le professionnel voit le positif au niveau du patient, ça va clairement lui donner une meilleure expérience. » (Professionnel 1)

« On se sent plus en confiance dans nos interventions. » (Professionnel 7)

Un dernier témoignage en lien avec la satisfaction professionnelle se démarque des précédents. Celui-ci démontre, lors d'un bref échange lors des observations participantes, que plus le temps passe et plus les meilleures données probantes sont utilisées quotidiennement, plus le professionnel développe une vigilance face aux déviations. Il aborde, en exemple, l'utilisation inappropriée de certaines molécules pharmacologiques et de l'impact qu'une simple ordonnance peut avoir sur la vie d'un patient. Somme toute, pour cet acteur, l'impact de l'utilisation des meilleures données probantes au quotidien est de rehausser sa vigilance et son professionnalisme.

Le dernier thème abordé par les professionnels est lié à l'identité professionnelle et au rôle. Effectivement, le fait de mettre en œuvre les meilleures données probantes permet de rehausser son estime professionnelle et de mieux se situer au cœur de l'ensemble des activités de l'organisation. Tout d'abord, lors des observations participantes, un acteur mentionne qu'avant tout, la meilleure pratique doit dégager un certain sens pour le professionnel. Ce dernier doit être en mesure de s'approprier

la pratique avant même de la mettre en œuvre. Suite à cette étape cruciale, le professionnel devient en plein contrôle de son rôle et peut potentiellement maximiser son champ de pratique. Un autre acteur partage également sa vision dans le cadre d'observations participantes. L'application des meilleures données probantes lui procure en premier temps un sentiment de satisfaction professionnelle, mais par ricochet il développe un lien d'appartenance à sa discipline et réussit à mieux concevoir son rôle au cœur de l'équipe soignante. La pratique axée sur l'application des meilleures données probantes devient un véritable point d'ancrage pour cet acteur.

Dans cet ordre d'idée, un professionnel mentionne une idée similaire dans le cadre des entrevues.

« Oui, je reprends ma place et je reprends mon rôle de professionnel, je trouve qu'on retrouve notre dignité comme professionnel. » (Professionnel 2)

Pour terminer le thème, un acteur résume en deux mots l'impact de l'utilisation des meilleures données probantes.

« Pratique augmentée. » (Professionnel 4)

En tout dernier temps, une analyse documentaire permet de juxtaposer certains éléments administratifs pertinents aux propos soulevés par les professionnels. Il devient intéressant de se référer aux fondements organisationnels et à ses grandes lignes directrices. Le dernier rapport annuel de gestion énonce clairement la mission, la vision, les valeurs et la philosophie de gestion (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais, 2020). Afin de réaliser la vision d'offrir des soins et services accessibles et efficaces qui s'adaptent aux besoins de la population, l'organisation mentionne : « nous faisons face aux défis stimulants qui nous attendent en nous appuyant sur le talent et la passion de nos employés et de nos partenaires qui

croient qu'il y a toujours une meilleure façon de faire les choses. » (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais, 2020, p. 9). Au niveau des valeurs, le professionnalisme met de l'avant le développement ainsi que la mise à contribution de l'ensemble des compétences et des expertises dans le souci de réaliser la mission. Les actions sont guidées notamment par la rigueur. Enfin, la philosophie de gestion souligne l'engagement du personnel ainsi que la mobilisation des équipes collaboratives qui assurent une gestion efficiente des ressources. Ces éléments peuvent contribuer à une meilleure contextualisation de la valeur spécifiquement reliée à l'exercice du professionnel de la santé et des services sociaux.

#### 5.3.2.4 Trajectoire de soins et de services gériatriques

En quoi l'utilisation des meilleures données probantes par la communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme wiki évoluée, contribue à l'optimisation du projet ?

---

Les données recueillies dans le cadre de l'observation de la trajectoire de soins et de services révèlent des informations intéressantes. En effet, les professionnels mentionnent à maintes reprises des éléments de temps sous deux facettes. Les éléments de qualité sont également abordés généreusement. Par contre, les éléments touchant les coûts furent timidement soulevés.

Les professionnels attribuent un gain de temps important lorsque les meilleures données probantes sont utilisées par la communauté de pratique virtuelle soutenue par la plateforme wiki évoluée. Les fonctionnalités et la structure de la plateforme récoltent une attention notable. Tout d'abord, l'accès partagé à la plateforme, selon les besoins du professionnel, permet un gain de temps.

« Ça peut prendre parfois même une heure avant d'être capable de mettre la main sur le dossier pour pouvoir rédiger ta note donc parfois on va aller faire autre chose, mais en même temps on ne veut pas aller trop loin... Juste l'idée d'instaurer cela et d'utiliser cette plateforme je trouve ça vraiment génial. C'est vraiment le fun d'écrire dans le dossier en même temps que d'autres personnes et justement l'information que l'autre est en train de rentrer, mais moi je la vois apparaître aussi en même temps dans mon document et je crois que ça peut juste être pertinent. » (Professionnel 5)

« Ça permet d'avoir accès quand on veut. » (Professionnel 6)

Par ailleurs, d'autres professionnels mentionnent le gain de temps entourant l'accès aux meilleures données probantes au moment du soin.

« Les informations qui sont mises à jour sur les guides de pratique et tout ça donc de mon côté, c'est un moyen facile d'avoir de l'information rapide. » (Professionnel 8)

« Quand je ne suis pas vraiment certain, ce que je vais faire, je vais souvent arrêter mon processus et je vais aller chercher l'information sur notre base de données qui peut me ralentir comme tel. Pressé par le temps, je ne prends pas nécessairement toujours le temps de tout complètement bien comprendre, des fois je pense peut-être avoir tout bien compris. Puis là ça crée chez moi un petit peu l'incertitude. Je pense que très clairement outre la qualité de ce que je vais produire, il y a l'efficacité de mes processus. Je suis plus rapide lorsque l'information est déjà préformatée. » (Professionnel 4)

Le gain de temps est également attribuable à l'informatisation du processus clinique et de la documentation clinique. Lors des observations participantes, un professionnel

mentionne que la clarification de ses notes évolutives fut requise plus qu'une fois. En effet, sa calligraphie est plutôt mauvaise et les collègues ont de la difficulté à déchiffrer son écriture. Le professionnel raconte cette histoire sur un ton humoristique, mais finit par avouer que la perte de temps est réellement présente. Il perd du temps, car il doit revenir sur des informations déjà documentées et les collègues perdent du temps à essayer de le comprendre. L'informatisation des notes évolutives est pour ce professionnel un soulagement et représente un gain de temps énorme. Par ailleurs, cet aspect de la plateforme wiki évoluée fut soulevé par un autre acteur.

« Tout le monde après moi est davantage plus rapide parce qu'ils n'ont pas besoin de lire mon écriture. » (Professionnel 4)

Au niveau communicationnel, la communauté de pratique virtuelle permet le rehaussement de l'efficacité lors des rencontres hebdomadaires. Effectivement, un professionnel soulève que l'équipe peut directement discuter des directions cliniques du patient sans devoir s'attarder à la mise en contexte. Les professionnels sont à jour et sont au courant de la condition actuelle du patient.

« Pour les réunions multidisciplinaires, je trouve que ça tend à accélérer davantage le processus et peut-être que ça pourrait alléger les rencontres. » (Professionnel 6)

L'ensemble des constats entourant la notion de gain de temps peuvent se rattacher à des observations participantes où un professionnel partage sa perspective. Ce dernier constate que l'accès en temps réel à l'ensemble des meilleures données probantes ainsi qu'aux données cliniques améliore la fluidité des interventions. Ses outils cliniques sont réunis tout en étant à jour. L'ensemble des connaissances théoriques ainsi que les connaissances entourant l'état de santé du patient améliorent la compréhension globale du professionnel face à la situation. Selon lui, il peut

davantage proposer des traitements cohérents à l'ensemble des constats issus des activités de l'équipe de réadaptation.

Le temps est soulevé sous une autre facette par les professionnels. En prenant le temps de discuter et d'échanger avec le patient et ses proches, il est possible d'obtenir des gains importants.

« Le temps et la communication accordés aux familles et aux patients changent toute l'expérience vécue. » (Professionnel 3)

« Juste d'écouter les craintes et d'être transparent et de verbaliser l'information et de dire bon on est là, on va établir un plan dans les prochains jours, mais on a encore des résultats d'examens et juste de les rassurer et de leur dire qu'on est ici, qu'on est là, d'être présent et d'écouter je pense que ce sont les choses les plus importantes pour une famille. » (Professionnel 3)

D'une part, les professionnels constatent une plus grande efficacité de leur processus clinique en général et du coup, le temps peut être utilisé différemment dans le souci de rehausser l'expérience vécue de la personne âgée et de ses proches tout au long de la trajectoire de soins et de services.

Un dernier constat entourant le temps et la pertinence des interventions cliniques fut soulevé par un participant. L'ajout de ressources documentaires basées sur les meilleures données probantes améliore, selon lui, sa capacité réflexive. Ce professionnel affirme qu'il complète dorénavant les grilles et les outils cliniques avec une plus grande rigueur et en se posant des questions. Cela permet de dresser une vision authentique du patient tout en adressant les bonnes solutions aux problèmes manifestés. Les propos soulevés par le professionnel représentent un gain de temps

puisque la trajectoire de soins et de services se base sur les besoins réels et objectifs du patient.

« Je suis en train de sortir des idées et de me poser des questions ou jour J et non pas attendre tout près du moment du congé pour me dire AH, c'est la nuit que ce patient-là tombe, ce n'est pas dans le jour, donc tout ce que nous avons fait jusqu'à présent n'a pas rapport. On va se donner deux semaines encore pour mieux évaluer la nuit. » (Professionnel 2)

Les éléments touchant la qualité seront abordés ici-bas. Comme abordé précédemment, la communauté de pratique virtuelle, appuyée par la plateforme wiki évoluée, peut aisément mettre en œuvre les meilleures données probantes tout en ayant l'ensemble de l'information clinique accessible. Cet accès à l'information occasionne le rehaussement du niveau de la qualité des soins et des services offerts. Un acteur mentionne lors des observations participantes qu'il se sent davantage appuyé dans son processus de prise de décision et que cela contribue à la fluidité des soins et des services. Dans ce même ordre d'idée, l'accès aux données cliniques antérieures à l'aide de la plateforme ainsi qu'aux données actuelles appuie davantage les décisions cliniques et rassure ce professionnel.

Dans un autre ordre d'idée, la communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme wiki évoluée, permet d'approcher la complexité de la personne âgée plus aisément. Un professionnel mentionne que la plateforme rassemble les connaissances et permet de travailler avec le patient ses objectifs qui sont inévitablement multifacettes. Les soins et les services sont davantage personnalisés et au diapason des besoins réels du patient.

« Une autre chose aussi c'est qu'une personne c'est multifactoriel, par exemple la physiothérapie, il y aura des conditions associées donc ça prend plus qu'une



personne est plus qu'une connaissance impliquée. Ce n'est jamais, à mon avis, ce n'est jamais juste une chose qui est à travailler ou qui est problématique, c'est souvent une multitude de choses qui peuvent être touchées par une petite condition. » (Professionnel 1)

« L'évaluation de la personne âgée est un processus complexe. J'ai vraiment l'impression d'avoir besoin de toute l'aide qu'on est capable de m'apporter et que l'aide apportée par la communauté, à l'intérieur des outils de la plateforme wiki évoluée, vient m'aider dans cette tâche un peu complexe. J'aime beaucoup comparer la pratique clinique qui, dans le contexte de la personne âgée, c'est encore beaucoup plus important, au pilotage d'un Boeing 7-47. Ça doit être grisant de se glisser dans la cabine de pilotage, de fermer tous les ordinateurs puis d'avoir juste le manche à balai dans les mains. J'espère que quand je suis dans l'avion ou quand ma mère qui est âgée est dans l'avion ou quand que les personnes âgées que je connaisse sont aussi dans l'avion, que le pilote utilise, ou ici là pour être plus proche de l'image, que le docteur qui pilote cette relation-là utilise toutes les ressources à sa disposition pour faire un meilleur travail. » (Professionnel 4)

D'autres acteurs parlent explicitement du gain de qualité pour le patient.

« Le patient est gagnant, car il reçoit des soins de meilleure qualité. » (Professionnel 4)

« La qualité des services est optimisée, le délai de prise en charge peut également l'être. Admettons qu'on rêve... la continuité des services. » (Professionnel 7)

Dans un ordre d'idée inversé, un acteur soulève les risques et les impacts négatifs reliés à la déviation des meilleures données probantes. Ces derniers détériorent

grandement la qualité des interventions tout en occasionnant des irrégularités dans la trajectoire de soins et de services.

« Il y a encore des médecins de nos jours qui n'utilisent pas les bonnes pratiques et qui vont par exemple faire des prescriptions inappropriées. Cela a des impacts directs sur la personne en créant des conséquences, des effets secondaires, de la confusion, des risques de chute. Donc ça a un impact direct sur les soins qu'on offre à nos patients. » (Professionnel 8)

Pour continuer, l'amélioration de la communication au cœur de la communauté de pratique virtuelle est également liée au rehaussement de la qualité des soins et services offerts. Rapportée précédemment par le Professionnel 2, l'utilisation des meilleures données probantes amalgamée aux fonctionnalités de la plateforme wiki évoluée a permis d'assurer une communication judicieuse et efficiente auprès d'un médecin spécialiste. L'évaluation complète du professionnel, balisée par une ressource documentaire basée sur les meilleures données factuelles, a dressé un portrait fidèle de l'état de santé d'un patient. La note évolutive fut concise, précise et soulève la préoccupation du Professionnel 2. L'écoute et l'attention portée par le médecin spécialiste occasionnent une prise en charge proactive évitant ainsi une complication potentielle. Appuyée par d'autres témoignages, la communication entre les professionnels devient un incontournable à l'atteinte de haut niveau de qualité.

« Si le patient sait que tout le monde a accès à ses informations cliniques, ça aussi c'est rassurant, il sait que tous les professionnels se parlent ensemble et sont sur la même longueur d'onde. Ce n'est pas un qui va dire quelque chose et l'autre va dire autre chose... Les patients apprécient beaucoup, ils savent que tout le monde travaille dans le même sens pour lui donc ça c'est rassurant. » (Professionnel 6)

« Je pense que lorsqu'on ne répète pas 30 fois les mêmes questions, quand on est capable de trouver l'information et qu'on va voir le patient et qu'on n'a pas besoin de lui demander encore toute son histoire et que l'autre professionnel va encore demander les mêmes questions. Quand on a accès à toute l'information à un endroit plutôt que tout le monde on répète les mêmes questions, je pense que ça l'aide beaucoup l'expérience patient parce que parfois ils nous le disent, et elle m'a déjà demandé et ça fait 4 fois que vous me posez les mêmes questions. Donc d'avoir tout ça à la même place et de se le communiquer, pas juste avec la plateforme wiki évoluée, mais aussi lors des rencontres multi et de ne pas avoir à demander à nouveau, ça améliore l'expérience du patient. » (Professionnel 1)

Dans ce même ordre d'idée, un acteur mentionne également que la communication peut se faire plus aisément avec le patient lorsqu'il s'appuie sur les meilleures données probantes disponibles dans la plateforme.

« Les patients auront droit au meilleur traitement disponible où le plus à jour. On peut discuter avec eux avec des données plus factuelles, plutôt que juste dire j'ai entendu dire de cet expert versus on peut présenter au patient la dernière recommandation donc ça peut faciliter leur décision face aux traitements aussi et prendre des décisions plus éclairées. » (Professionnel 6)

Pour terminer, un seul professionnel mentionne des gains possibles au niveau des coûts de la trajectoire de soins et de services. Son affirmation fait appel à la pertinence et ses impacts sur l'organisation.

« Ça me permet également de mieux utiliser les ressources de mon milieu. »  
(Professionnel 4)

Somme toute, dans la logique du modèle conceptuel de recherche, l'ensemble des données entourant le premier cas sont présentées. La section suivante avancera une première analyse en profondeur du groupe.

#### 5.3.2.5 Analyse en profondeur du groupe – Les professionnels

Les professionnels de la santé et des services sociaux accordent une très grande importance à l'utilisation des meilleures données probantes au cœur de la trajectoire de soins et de services gériatriques. En fait, les données recueillies permettent une excellente compréhension de l'exercice quotidien du professionnel et des différentes relations qu'il peut entretenir avec son environnement. Par ailleurs, il est important de noter que les professionnels sont exposés, directement ou indirectement, à la plateforme wiki évoluée. Ceci permet une meilleure compréhension de l'apport de la plateforme à la communauté de pratique et du vécu quotidien des professionnels. Dans un souci de cohérence méthodologique, il s'avère pertinent de se remémorer la grande question de recherche de ce travail doctoral. En effet, celle-ci permet de prendre du recul sur l'ensemble du contenu partagé par les professionnels tout en dégagant les grandes tendances. La question est la suivante :

*Comment la dynamique collaborative professionnelle virtuelle, soutenue par une plateforme de type wiki évolué, peut créer de la valeur à la trajectoire de soins et services ?*

À la lumière des données partagées et recueillies auprès des professionnels, il est possible d'avancer trois éléments de réponses à la question de recherche. En effet, la création d'un espace partagé, l'épanouissement professionnel et la gestion judicieuse du temps entretiennent positivement la dynamique collaborative professionnelle virtuelle qui, subséquemment, crée de la valeur à la trajectoire de soins et de services.

## La création d'un espace partagé

---

Tout d'abord, les professionnels abordent la communication sous plusieurs facettes lors des activités de recherche donnant ainsi naissance à un espace partagé. Celui-ci permet la cohabitation de la communication de la connaissance clinique ainsi que la communication de la connaissance théorique. Une première emphase sera portée à la communication de la connaissance clinique facilitée par l'appui de la plateforme wiki évoluée.

À la lecture des données recueillies auprès des professionnels, la communication de la connaissance clinique asynchrone est un l'élément qui se démarque. En effet, l'ensemble des professionnels formulent des rétroactions positives à l'égard de la facilité d'accès aux notes évolutives de leurs collègues, toute discipline confondue, et aux notes évolutives antérieures du patient. De surcroît, l'informatisation du dossier évolutif du patient permet son utilisation et sa consultation à la demande du professionnel de la santé et des services sociaux. Ce dernier n'a plus à attendre son tour pour ajouter une note évolutive ou pire encore, à chercher le dossier traditionnel papier qui est entre les mains d'un autre collègue. Dans cette optique, le processus clinique gagne définitivement en efficacité. Par ailleurs, les professionnels apprécient cet accès à l'information clinique. Cette dernière procure une certaine réassurance quant aux impressions et directions cliniques que le professionnel envisage ou planifie. Dans cet ordre d'idée, la réflexivité du professionnel est également au rendez-vous. Cette prise de conscience de l'ensemble du travail réalisé par les collègues et de leurs propres réalisations antérieures permet un moment de recul et d'analyse plus poussée de leur contribution à la trajectoire de soins et de services gériatriques.

La littérature entourant la communication virtuelle des professionnels de la santé et des services sociaux via une plateforme de documentation clinique est encore timide

(Park, Lee, & Chen, 2012 ; Taylor, Ledford, Palmer, & Abel, 2014). Toutefois, à cet effet, Naik and Singh (2010) avancent une taxonomie des processus communicationnels dans le domaine de la santé. Les éléments soulevés par les acteurs entourant la plateforme wiki évoluée peuvent être associés à une communication asynchrone implicite puisque les notes évolutives n'ont pas de destinataire spécifique (Naik & Singh, 2010). Cette communication est particulièrement pertinente dans le sens où les professionnels ont accès à la documentation selon leurs besoins (Parker & Coiera, 2000) au rythme de leur processus clinique (Weiner, Barnet, Cheng, & Daaleman, 2005). Les données recueillies dans le cadre du projet de recherche actuel tendent vers ces mêmes constats. À l'inverse, d'autres études associent les dossiers cliniques informatisés à une augmentation du temps accordé à la documentation (Park et al., 2012) et à une diminution des communications synchrones entre le personnel médical et infirmier (Taylor et al., 2014). Ces résultats mitigés peuvent être reliés au fait que le succès d'implantation d'une plateforme technologique dans le domaine de la santé est étroitement lié à son arrimage avec les utilisateurs, les processus et l'essence de la technologie elle-même (Brault, Therriault, St-Denis, & Lebel, 2015). À la lumière de ces informations, il est possible d'avancer que la plateforme wiki évoluée appuie bel et bien les professionnels et facilite le processus communicationnel de la connaissance clinique entourant l'état de santé du patient ainsi que les directions de traitement préconisées.

Par ailleurs, la littérature entourant le déploiement de projets technologiques dans le domaine de la santé et des services sociaux est tout de même généreuse (Afzal & Gauthier, 2017). Le présent travail doctoral s'est initialement penché sur la contribution de la mise en œuvre des meilleures données probantes par les professionnels de la santé et des services sociaux. Toutefois, les données recueillies soulèvent une grande utilité attribuée aux fonctionnalités de dossier médical informatisé. Au Canada, le besoin d'informatisation du réseau de la santé et des

services sociaux fut initialement soulevé au courant des années 1990 (Health Canada, 2012). Des investissements officiels ainsi que des plans d'action ont guidé de nombreuses initiatives d'informatisations des dossiers électroniques en soins primaires en 2010 (Zelmer & Hagens, 2014). Cette stratégie a porté fruit puisqu'en 2014, environ les deux tiers des médecins œuvrant en soins primaires utilisent quotidiennement le dossier médical informatisé (Zelmer & Hagens, 2014). Des retombées positives furent observées au niveau de la productivité du personnel médical et de la qualité des soins offerts à la population (Pricewaterhouse Coopers LLP, 2013). Le projet de recherche permet, indirectement, d'avancer une certaine réflexion entourant la pertinence de l'informatisation des processus documentaires professionnels dans un contexte hospitalier.

Parallèlement, les expériences partagées entourant l'utilisation de la plateforme wiki évoluée dans une optique de communication de la connaissance clinique furent très significatives. Celles-ci dégagent des pistes de réflexions pertinentes entourant l'utilité de la technologie et des gains possibles de son utilisation, notamment, pour la profession infirmière. Contrairement au contexte médical, la recherche entourant le déploiement de la documentation clinique informatisée auprès de la profession infirmière est à un tout autre niveau. La littérature à cet effet annonce une certaine prudence quant à l'adoption et l'utilisation quotidienne de la technologie où des questionnements persistent au niveau de la préservation de la qualité de la relation avec le patient (Arcega et al., 2020 ; Locsin, 2017 ; Misto, Padula, Bryand, & Nadeau, 2019). De leur côté, Archibald and Barnard (2018) adoptent une vision beaucoup plus proactive de la technologie et invitent la profession infirmière à s'y investir et à surpasser les idées préconçues concernant la déshumanisation. Par contre, la pauvre implication de l'infirmière dans la conception de plateformes technologiques de documentation clinique occasionne de nombreuses frustrations (Gephart, Carrington, & Finley, 2015). En effet, des défis entourant la pertinence de la plateforme,

l'adaptation de cette dernière aux besoins professionnels de la discipline infirmière et la conformité de l'environnement ralentissent les différentes initiatives (Topaz et al., 2016). Par ailleurs, Parthasarathy, Steinbach, Knight, and Knight (2018) encourage fortement l'acquisition de connaissances technologiques et informatiques auprès du personnel infirmier afin de rehausser les chances de réussites du changement. Tout compte fait, les constats ainsi que les données recueillies, démontrent que la plateforme wiki évoluée appuie adéquatement l'ensemble des professions médicales et sociales, dont les infirmières, dans un contexte gériatrique d'ordre hospitalier.

Dans cette logique, la communication de la connaissance d'ordre théorique sera abordée par les prochains paragraphes. Celle-ci est bien présente au cœur de la dynamique de la communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme, et contribue à la mise en place d'une pratique clinique augmentée.

À première vue, les professionnels de la santé et des services sociaux accordent une grande importance à la mise en œuvre des meilleures données probantes dans le souci d'offrir le meilleur soin ou service au patient et ses proches. Ces meilleures données probantes sont toutefois nombreuses et le rythme de leur actualisation est rapide. Dans cette optique, la création d'une communauté de pratique virtuelle récolte une importance et pertinence auprès des professionnels. Dans le cadre du projet de recherche, l'ajout de la plateforme wiki évoluée, au cœur de la communauté de pratique gériatrique, rend possible l'instauration d'un espace partagé aux multiples vertus, dont la communication de la connaissance théorique. La plateforme offre à l'ensemble des professionnels la possibilité de créer des ressources documentaires basées sur les meilleures données probantes qui deviennent accessibles à l'ensemble de la communauté de pratique. Les ressources documentaires peuvent adopter plusieurs formats, allant du gabarit de prise en charge à un algorithme décisionnel, et s'appuient sur des références scientifiques crédibles disponibles à la consultation.



Grâce au moteur de recherche ontologique, un professionnel peut également découvrir de nouvelles données probantes en cours du processus clinique. La grande force de la plateforme est ses fonctionnalités intégratrices où les meilleures connaissances théoriques viennent rejoindre le professionnel de la santé et des services sociaux dans son exercice clinique quotidien. Il s'agit d'un véhicule de diffusion de la connaissance théorique sans intermédiaire, où les contenus sont directement liés à l'action du professionnel de la santé et des services sociaux.

Selon ce qui précède, il devient intéressant de se pencher sur les différents processus d'acquisition de connaissances et du possible apport des technologies de l'information. Tout d'abord, les méthodes traditionnelles de transfert des connaissances, utilisées dans le domaine de la santé et des services sociaux, s'avèrent peu fructueuses. Une étude souligne qu'au mieux, 15 % des apprentissages sont transférés de la formation théorique à la pratique clinique (Kontoghiorghes, 2004). Selon une seconde étude, les approches traditionnelles en transfert de connaissance assureront l'implantation des meilleures pratiques aux routines des professionnels au bout d'environ cinq ans (Lomas et al., 1993). Involontairement, le professionnel de la santé et des services sociaux s'éloigne des meilleures données probantes où le risque d'erreur s'accroît. Dans le souci d'utiliser judicieusement les meilleures données probantes, il fut démontré que celles-ci doivent rejoindre les professionnels de la santé et des services sociaux au moment de l'intervention (Bates et al., 2003). Par ailleurs, les travaux de Keasberry, Scott, Sullivan, Staib, and Ashby (2018) soulignent que les systèmes informatisés de support et d'aide à la décision, où les meilleures données probantes sont proposées aux professionnels, améliorent le processus clinique, la qualité des soins et services et renforcent l'adoption durable des meilleures pratiques.

La littérature scientifique permet d'approfondir la réflexion entourant les plateformes de type wiki. Ces dernières fournissent un rafraîchissement rapide des connaissances et fournissent les informations spécifiques et essentielles requises afin de mettre en œuvre un protocole, une procédure ou une intervention (Archambault et al., 2012). De surcroît, de nombreuses forces sont attribuées au wiki dont la philosophie basée sur la démocratisation de la connaissance et la disponibilité accrue de meilleures données probantes (Eysenbach, 2008). Dans ce même ordre d'idée, l'ouverture permise par la structure interprofessionnelle de la plateforme facilite l'instauration de dialogues avec des professionnels de disciplines complémentaires (Stephens, Robinson, & McGrath, 2013). Il est également intéressant de noter que le wiki ne prétend pas remplacer les rapports de recherche ou encore les articles scientifiques (Barsky & Giustini, 2008) ; il peut toutefois devenir un véhicule de vulgarisation de ceux-ci où les dernières lignes directrices et meilleures pratiques sont diffusées (Murray, 2018). Cette littérature entourant l'utilisation de la plateforme wiki dans le domaine de la santé et des services sociaux est au diapason des constats de la recherche. Toutefois, tel que soulevé par certains acteurs, il devient pertinent de s'intéresser davantage au processus de validation du contenu partagé par la communauté de pratique virtuelle gériatrique, soutenue par la plateforme wiki évoluée.

Comme mentionné précédemment, le processus de validation des ressources documentaires disponibles dans la plateforme wiki évoluée occasionne certains questionnements chez les professionnels. En effet, il fut mentionné que dans le doute ou dans le souci de mettre en œuvre une intervention adéquate, un professionnel préfère valider les informations partagées dans la plateforme. Le processus de validation des connaissances partagées au cœur d'une communauté de pratique fut abordé par différents chercheurs. Tout d'abord, la littérature souligne l'importance d'une structure, et même d'une gouvernance, dans la communauté de pratique qui

assure la coordination des rôles des acteurs ainsi que le déploiement de mécanismes nécessaires à son bon fonctionnement (Corso, Martini, Pellegrini, Massa, & Testa, 2006). De plus, la présence d'un leader dédié, particulièrement en phase de démarrage, facilite la mobilisation de la communauté de pratique et l'instauration d'arrangements structurels formels essentiels à son développement (L. Dubé, Bourhis, & Jacob, 2005 ; Probst & Borzillo, 2008). Pour terminer, Kranendonk and Kersten (2007) ajoutent que le leader connaît et comprend davantage les besoins de la communauté de pratique lorsqu'il en fait partie. Dans cette optique, la présence de la chercheuse, au sein de la communauté de pratique gériatrique, s'est avérée particulièrement utile et pertinente au moment de l'appropriation, par certains professionnels, de la plateforme wiki évoluée. Néanmoins, la présence d'un leader clinique, dans la communauté de pratique virtuelle gériatrique, aurait potentiellement pu influencer l'évolution du projet.

Pour continuer, l'appui fourni par la plateforme wiki évoluée à la communauté de pratique virtuelle gériatrique est d'une grande importance. Les professionnels de la santé et des services sociaux bénéficient d'un espace commun où les meilleures données probantes peuvent donner naissance à des échanges significatifs entourant leur application quotidienne. À leur tour, les données probantes contextualisées et traduites en ressources documentaires appuient les professionnels qui les intègrent directement dans leur processus clinique. À cela s'ajoutent les fonctionnalités de documentation clinique informatisées qui facilitent la logistique de rédaction et de consultation des notes évolutives. La littérature mentionne que la fluidité de la communication clinique et sa continuité est associée à l'atteinte des objectifs de la trajectoire de soins et de services (Hébert, 2003 ; Levesque et al., 2007). Par ailleurs, ces conditions sont également véhiculées par des modèles reconnus (Wagner, 1998) et des instances gouvernementales (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). Parallèlement, la littérature mentionne que l'acquisition ou la consolidation de

la connaissance dans l'action sont étroitement liées aux succès des communautés de pratique (Brown & Duguid, 1991 ; L. Dubé et al., 2005 ; Schwen & Hara, 2003). Les professionnels, œuvrant dans la communauté de pratique virtuelle en gériatrie, bénéficient donc des conditions gagnantes à l'instauration d'un canal communicationnel efficient et au développement de leurs connaissances qui permet l'optimisation la trajectoire de soins et de services.

En dernier lieu, il est intéressant d'aborder les différentes natures d'interactions et les logiques disciplinaires observées dans le cadre de l'étude des professionnels. En concordance aux énoncés proposés par le modèle de E. Careau et al. (2018), les interactions entre les professionnels adoptent différentes natures. Plus la situation se complexifie, plus les professionnels se rapprochent et tendent vers une décision éclairée à la lumière de la condition clinique du patient. Contrairement à l'étude de Perroux et al. (2020) où la pratique clinique demeure cloisonnée eu égard la présence de situation de santé complexe, la présente étude tend vers une plus grande flexibilité et ouverture au cœur de la communauté de pratique virtuelle gériatrique soutenue par la plateforme wiki évoluée. À cet effet, le témoignage d'un intervenant ayant fait appel à un spécialiste est particulièrement touchant. L'écoute et la compréhension accordée aux préoccupations ont potentiellement évité le pire. Toutefois, il est possible de constater, à la lumière des témoignages recueillis auprès des professionnels, que la pratique indépendante peut définitivement être rehaussée. Effectivement, la communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme, accompagne le professionnel dans l'exercice de sa profession et ses initiatives d'acquisition de connaissances. Le professionnel n'est plus seul et peut compter sur les membres de la communauté de pratique interprofessionnelle au besoin sans nécessairement avoir un patient concerné par ses demandes. Parallèlement, les professionnels abordent la logique disciplinaire, multidisciplinaire et interdisciplinaire à l'aide de plusieurs exemples issus des communications virtuelles

et en présentesielles. Les professionnels naviguent plutôt équitablement entre ces trois logiques selon la situation et le contexte de soins.

Dans le souci de répondre adéquatement et judicieusement aux besoins des patients et de leurs proches, la communauté de pratique virtuelle gériatrique, appuyée par la plateforme wiki évoluée, dispose des meilleures données probantes et des informations cliniques en temps réel. Cet espace partagé regorge d'opportunités d'acquisition et de consolidation de connaissances entourant les soins et les services gériatriques en plus de faciliter leur mise en œuvre dans un contexte réel clinique. Les différentes fonctionnalités de la plateforme sont au diapason des conditions technologiques gagnantes énoncées par la littérature scientifique et démontrées à l'aide des témoignages des professionnels. À la lumière de l'ensemble de ces données recueillies, il est possible d'avancer que l'espace partagé créé par la communauté de pratique virtuelle gériatrique, soutenue par la plateforme, rehausse la fluidité, la qualité et facilite la continuité de la trajectoire de soins et de services.

#### L'épanouissement professionnel

---

Dans un autre ordre d'idée, il est intéressant de traiter de l'épanouissement professionnel encouragé par la communauté de pratique virtuelle gériatrique, appuyée par la plateforme wiki évoluée. Dotés d'un grand souci à la qualité de leur exercice clinique et de leurs interventions, les professionnels vivent à certains moments des craintes et de l'incertitude. Dans le cadre de la recherche, le professionnel en situation de pratique indépendante peut valider ses pratiques ou acquérir de nouvelles connaissances grâce à la communauté de pratique virtuelle. Tel que mentionné précédemment, il n'est plus seul face aux défis de sa profession. En effet, il fut démontré que la communauté de pratique est un environnement propice au développement d'un climat de confiance d'équipe où le professionnel peut grandir (Andrew, Ferguson, Wilkie, Corcoran, & Simpson, 2009). Les acteurs se soutiennent

authentiquement où la préoccupation première est la mise en œuvre des meilleures données probantes en gériatrie et l'acquisition de connaissances. L'attitude générale des professionnels est positive et leur procure un certain sentiment de bien-être. Or, il fut démontré que la satisfaction du personnel soignant est étroitement liée aux différentes initiatives environnementales où un soutien authentique est offert à la mise en œuvre des meilleures données probantes (Spence Laschinger, Zhu, & Read, 2016 ; M. Tremblay, Chênevert, & Hébert, 2012). De plus, une étude a démontré que la satisfaction professionnelle des médecins est associée à la perception qu'ils ont de prodiguer des soins et services de haute qualité, de la collégialité et de la complémentarité qu'ils peuvent entretenir avec les leaders cliniques et les disciplines alliées (Friedberg et al., 2014). Somme toute, le sentiment de détenir des compétences professionnelles et l'entretien d'une estime de soi positive contribuent grandement à l'épanouissement des professionnels de la santé et des services sociaux. L'ensemble de ces éléments alimentent un engrenage qui motive le professionnel à faire plus, puisqu'il détient les outils et les moyens lui permettant d'en faire plus.

À la lumière de ce qui précède, il devient intéressant d'explorer l'acquisition, par le professionnel, d'une vision plus large des soins et services où il prend conscience de la contribution et du rôle de ses collègues. En entrée de jeu, le domaine de la santé et des services sociaux est un milieu rigide où chacun détient un champ de pratique et une portée prédéterminée aux interventions (Finn et al., 2010 ; Mintzberg, 2017). En d'autres mots, chacun détient son expertise, utilise des outils cliniques propres à sa profession et est maître de sa pratique professionnelle. Or, les experts s'entendent sur le fait que les conditions de santé des personnes âgées, dont bon nombre sont chroniques, nécessitent une coordination des efforts de l'ensemble des professionnels de la santé eu égard leur profession d'appartenance (Covinsky et al., 1998). Aux termes des données recueillies auprès des professionnels, la communauté de pratique interprofessionnelle, soutenue par la plateforme wiki évoluée, facilite l'appréciation

de l'exercice clinique et de la contribution des collègues intra et interdisciplinaires. Les professionnels peuvent aisément consulter les meilleures données probantes associées aux disciplines complémentaires tout en lisant, à l'aide du dossier clinique informatisé, les différentes notes cliniques évolutives. D'une part, le professionnel développe sa compréhension de l'apport des disciplines complémentaires et d'une autre, il se fait reconnaître par ses collègues qui font à leur tour le même exercice. La communauté de pratique se développe davantage par cette mise en commun des savoirs et expertises de tous. Il devient intéressant de continuer la réflexion en abordant le rôle joué par le professionnel au cœur de la trajectoire de soins et services gériatriques.

La littérature soulève de multiples enjeux et tensions en ce qui a trait à l'exercice clinique des professionnels de la santé et des services sociaux. En effet, la profession infirmière se trouve fréquemment au cœur de ces préoccupations. Il fut démontré que les infirmières éprouvent une grande difficulté à mettre en œuvre les différentes activités et actes de soins qui relèvent directement de leur propre rôle professionnel (Déry, Clarke, D'Amour, & Blais, 2016). Au final, le personnel infirmier consacre une grande partie de son temps à l'exécution de tâches sans valeur ajoutée pour l'équipe soignante et le patient (Déry, 2019). Cette situation déplorable, aux yeux des méthodologies Lean, est associée à un gaspillage dans le sens où la profession infirmière met en œuvre des pratiques sous-optimales (Bergeron & Gaudet, 2020). D'un autre côté, un déséquilibre s'installe où, dans le cas de l'infirmière, des conflits de rôle et une perception d'absence de latitude décisionnelle au travail deviennent des constituants du quotidien (Déry, 2019). À la longue, les professionnels qui subissent cette tension peuvent vivre une détresse psychologique ainsi que de l'épuisement (Costantini, Solano, Di Napoli, & Bosco, 1997; Konstantinou, Bonotis, Sokratous, Siokas, & Dardiotis, 2018; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). La littérature suggère des directions et des stratégies ayant comme but le plein déploiement du rôle de

l'infirmière. Or, ce problème complexe nécessite la mobilisation de l'ensemble des parties prenantes impliquées, dont les organisations soignantes (Frenk et al., 2010).

En considération de ce qui précède, la littérature affirme que les plateformes de type wiki permettent une meilleure cohésion et complicité au sein de l'équipe interprofessionnelle (Stephens et al., 2013). Également, tel que démontré par D'Amour (2004), le rehaussement de la connaissance des rôles mutuels au sein d'une équipe est lié au déploiement de collaborations fructueuses dans le domaine de la santé. Les données recueillies dans le cadre de l'étude apportent une certaine lumière sur le développement du rôle du professionnel. En effet, le processus de création, de consultation et d'utilisation de ressources documentaires basées sur les meilleures données probantes apporte l'enrichissement de la conception de son propre rôle professionnel et de celui de ses collègues. Les ressources documentaires de la plateforme wiki évoluée proposent un gabarit harmonisé dans le respect des standards disciplinaires tout en permettant une flexibilité à l'utilisateur. Le professionnel peut aisément ajouter de l'information complémentaire manuscrite ou ajouter une autre ressource documentaire qu'il juge pertinente. Ces conditions ont contribué à l'instauration d'une pratique axée sur la réflexivité. Cette prise de conscience redonne au professionnel une certaine marge de manœuvre et la possibilité d'aller au-delà des formulaires organisationnels et outils cliniques dans le but de documenter et de rapporter fidèlement ses observations sans devoir quitter son processus clinique. Cette démarche permet au professionnel de remettre en valeur ses compétences, son expertise, sa profession et, par ricochet, de se faire entendre au sein de la communauté de pratique gériatrique. Ce constat fut particulièrement significatif auprès d'un acteur appartenant à la profession infirmière. L'exemple mentionné par ce dernier soulève la plénitude entourant le fait de tout simplement se faire considérer par ses collègues de profession médicale et par des parties prenantes émergentes lors d'un épisode de complications d'un patient ; un médecin spécialiste. Cela fut



démontré également par Green and Thomas (2008) qui rapporte l'importance que les médecins accordent à la documentation infirmière dans l'optique où la note narrative est complète, reflète fidèlement le contexte et détaille judicieusement les interventions mises en œuvre. Ce rehaussement documentaire permet une meilleure complémentarité disciplinaire où le patient bénéficie de soins et de services où la sécurité et la qualité sont bonifiées. Somme toute, les ressources documentaires et recommandations de la plateforme wiki évoluée accompagnent le professionnel dans un parcours de développement disciplinaire et facilitent, de manière asynchrone, le partage judicieux des connaissances cliniques au sein de l'équipe interdisciplinaire. Ceci permet définitivement l'optimisation de la trajectoire de soins et de services gériatriques.

Aux termes de ce qui précède, une dernière attention sera portée aux notes cliniques évolutives et de l'impact qu'elles détiennent au niveau de l'épanouissement professionnel. Dans le projet de recherche, les acteurs soulèvent à maintes reprises l'intérêt porté aux notes évolutives de leurs collègues et de leur importance dans le processus clinique. Effectivement, ces notes assurent la continuité des soins et des services et leur considération est essentielle à la mise en œuvre d'interventions cohérentes. Les professionnels mentionnent à plusieurs reprises que la lecture des notes de leurs collègues, de même profession ou de profession complémentaire, facilite grandement la mise en contexte de la situation de santé du patient tout en permettant l'adoption d'une vision plus globale de celle-ci. De plus, les notes évolutives cliniques peuvent rassurer un professionnel dans le cas où l'opinion clinique d'un collègue peut aisément être consultée. En lien avec ces affirmations, une étude menée par Bardach, Real, and Bardach (2017) s'est penchée sur les répercussions engendrées, auprès des professionnels, par l'absence de la lecture de leurs notes évolutives. En effet, plusieurs professionnels mentionnent leur inquiétude face à leurs collègues qui ne lisent pas les notes évolutives. Cette ambiguïté contribue

à de multiples incompréhensions et surtout des doutes quant à la considération de leur point de vue dans les orientations médicales et sociales (Bardach et al., 2017). Néanmoins, en ce qui concerne le projet de recherche, les notes évolutives informatisées, bâties à partir des ressources documentaires basées sur les meilleures données probantes, sont d'une grande valeur aux yeux des professionnels. Il s'agit d'une composante qui contribue grandement à l'instauration d'une dynamique interprofessionnelle transparente où les informations cliniques sont bien connues par l'ensemble des parties prenantes et guident les directions thérapeutiques. Du coup, le professionnel se sent considéré et écouté. Ce gain de confiance et d'assurance contribue à son épanouissement professionnel et devient une condition gagnante à l'optimisation de son rôle au cœur de la trajectoire de soins et de services.

Somme toute, les professionnels partagent cette passion et ce dévouement à la mise en œuvre des meilleures données probantes dans le souci d'offrir le meilleur soin ou service au patient. La communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme wiki évoluée, facilite l'épanouissement du professionnel. Ce dernier développe ses connaissances tout en gagnant une confiance en soi où sa contribution à la trajectoire de soins et de services est reconnue. L'environnement ouvert de la communauté de pratique interprofessionnelle permet également de propulser ces apprentissages au-delà de son rôle professionnel donnant lieu à une vision holistique où l'état du patient et la contribution des collègues sont en lumière. Ces avantages sont étroitement liés à l'amélioration de la continuité, de la fluidité, de la cohérence et de la qualité de la trajectoire de soins et services gériatriques.

#### La gestion judicieuse du temps

---

En troisième lieu, il s'avère essentiel d'aborder les données partagées par les professionnels qui se rattachent directement au temps. En effet, le temps est une composante essentielle de la gestion de projet et sa gestion judicieuse est associée à

de nombreux avantages (Project Management Institute, 2017a). Puisque le temps est un élément qui demeure invariable, c'est-à-dire qu'une journée comporte un nombre fixe de minutes, le professionnel doit définitivement maximiser et optimiser l'utilisation de son temps. Tel que mentionné précédemment, l'ajout des technologies de l'information dans le domaine de la santé et des services sociaux peut parfois être associé à une mauvaise utilisation du temps (Park et al., 2012) (Taylor et al., 2014). Néanmoins, les données recueillies auprès des professionnels tendent à des conclusions différentes. À cet effet, l'ajout de la plateforme wiki évoluée au cœur de la communauté de pratique gériatrique a contribué à la création d'un espace partagé où les meilleures données probantes ainsi que l'information clinique des patients sont partagées, disponibles et accessibles en temps réel. En d'autres termes, le professionnel consulte et documente à l'aide de la plateforme selon ses disponibilités et ses besoins. Cet espace partagé permet tout d'abord un gain de temps pour le professionnel qui peut accéder librement, selon ses disponibilités, aux différentes ressources documentaires et recommandations qui l'accompagnent dans son processus clinique. De plus, les professionnels mentionnent que les échanges en présentiel avec leurs collègues sont davantage pertinents. En fait, puisqu'ils ont préalablement pris connaissance des notes évolutives interprofessionnelles du patient, il est possible d'aller droit au but en évitant les mises en contextes ou le rattrapage clinique. L'ensemble de la pratique clinique devient en temps réel. Ce synchronisme et cette intégration, à l'échelle de la communauté de pratique gériatrique, facilite l'unification des interventions médicales et sociales tout en prévenant les erreurs et la duplication des actions (Brailer, 2005). À la lumière des témoignages et des observations obtenus auprès des professionnels où le gain de temps est mis de l'avant, il est possible d'affirmer que la plateforme wiki évoluée, en soutien de la communauté de pratique virtuelle gériatrique, s'arrime bien aux différents profils d'utilisateurs ainsi qu'aux processus cliniques qu'ils exercent quotidiennement (Brault et al., 2015).

Par ailleurs, compte tenu de la nature et le contexte parfois urgent entourant la prise de décisions dans le domaine de la santé, l'accès instantané à la documentation clinique courante et antérieure en temps réel est primordial (Chen et al., 2016). Effectivement, des acteurs mentionnent leur mécontentement face au temps accordé à la recherche d'informations cliniques dans les dossiers traditionnels en papier. Les résultats de la présente étude démontrent clairement le rehaussement de la qualité et de la pertinence du dialogue entre les professionnels de la santé appartenant à la communauté de pratique virtuelle gériatrique. Ceux-ci entretiennent des échanges significatifs entourant le moment présent, évitant ainsi les mises en contexte ou le rattrapage chronophage. Par ailleurs, plusieurs études furent réalisées entourant la gestion du temps et ses répercussions sur les professionnels de la santé, mais peu impliquent le travail collaboratif et les technologies de l'information (Oandasan, 2009). La présente recherche permet une meilleure compréhension de l'apport possible de la communauté de pratique virtuelle, soutenue par une plateforme wiki évoluée, à l'amélioration de la gestion du temps par les professionnels. Somme toute, l'ensemble de la connaissance accessible en temps réel à l'ensemble de la communauté de pratique améliore la qualité des échanges asynchrones et synchrones entre les professionnels donnant naissance à une gestion judicieuse du temps.

Dans une autre optique, ce gain de temps et d'efforts peut définitivement encourager les professionnels de la santé et des services sociaux à s'investir dans d'autres initiatives. En effet, la diminution du temps accordé à des tâches administratives peut se transformer en activités diverses. Tout d'abord, la littérature mentionne que face à une telle situation cette, des professionnels seront tentés de s'investir davantage dans des initiatives de nature collaboratives (Hansson, Friberg, Segesten, Gedda, & Mattsson, 2008). Ceci peut aisément se juxtaposer aux différents enjeux entourant le déploiement de plateformes de type wiki où les professionnels doivent disposer de temps dans le souci de s'y investir et d'en tirer le maximum (Giordano, 2007). Dans

cette logique, le temps peut être redirigé vers la communauté de pratique virtuelle afin de bonifier et de mettre à jour les contenus. Cette venue ne fut pas particulièrement abordée par les professionnels dans la présente étude, mais pourrait s'avérer une piste de réflexion intéressante.

Dans un autre ordre d'idée, les professionnels mentionnent l'importance de prendre le temps nécessaire avec les patients et leurs proches tout au long de la trajectoire de soins et de services. En effet, il fut soulevé que par manque de temps, plusieurs infirmières omettent de faire certaines activités qui ironiquement leur reviennent (Déry et al., 2016 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2006). Cette situation porte atteinte inévitablement à la qualité des soins et des services en plus d'affecter la santé mentale de l'infirmière (Allard, Frego, Katz, & Halas, 2010). Dans le cadre du projet de recherche, les professionnels insistent sur l'importance de la relation entretenue avec le patient et ses proches et la pertinence de prendre le temps nécessaire pour les accompagner, au meilleur de leur connaissance, tout au long de la trajectoire de soins et de services. L'ajout de la plateforme wiki évoluée, au cœur de la communauté de pratique interprofessionnel, contribue au rehaussement de l'efficacité des initiatives d'acquisition de connaissances, de la réalisation des tâches axées sur la documentation clinique et de différentes communications synchrones et asynchrones. Or, les professionnels ne mentionnent pas explicitement qu'ils peuvent désormais passer plus de temps auprès des patients et des familles grâce à la communauté de pratique virtuelle soutenue par la plateforme. Néanmoins, les travaux de Voyer et al. (2014) soulèvent que l'optimisation du processus de documentation clinique de l'infirmière est associée au rehaussement du temps accordé aux patients et leurs proches. Il s'agit d'une venue à explorer plus spécifiquement dans le cas de la communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme wiki évoluée.

Un dernier point se doit d'être abordé. Le temps est une composante précieuse tant pour le professionnel de la santé et des services sociaux que pour les patients et leurs proches. La gestion judicieuse du temps peut se transformer en opportunité d'investissement de temps dans des activités à valeur ajoutée pour le patient. Dans le cadre de la trajectoire de soins et de services gériatriques, la communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme wiki évoluée, rend possibles la coordination des efforts et l'instauration de canaux communicationnels améliorant ainsi sa fluidité, sa qualité et son efficacité.

En guise de conclusion à la section dédiée à la présentation et l'analyse des données du groupe des professionnels de la santé et des services sociaux, le tableau 5.4 propose une synthèse des expériences et perspectives recueillies.

Tableau 5.4 : Synthèse des expériences et perspectives des professionnels

<b>Comment la dynamique collaborative professionnelle virtuelle, supportée par une plateforme de type wiki évolué, peut créer de la valeur à la trajectoire de soins et services gériatriques ?</b>			
<b>Professionnels</b>	La création d'un espace partagé <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clinique</li> <li>• Théorique</li> <li>• Appui technologique</li> <li>• Validation des connaissances</li> </ul>	L'épanouissement professionnel <ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfaction, confiance, réassurance</li> <li>• Rôle professionnel</li> <li>• Ouverture aux disciplines complémentaires</li> </ul>	Gestion judicieuse du temps <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pratique clinique en temps réel</li> <li>• Efforts coordonnés</li> <li>• Gagner du temps — investir du temps</li> </ul>

### 5.3.3 Questionnaires gériatriques

#### 5.3.3.1 Plateforme wiki évoluée

Quelle est l'utilité perçue de la plateforme wiki évoluée ?

---

En premier temps, les gestionnaires abordent l'utilité sommaire de la plateforme wiki évoluée plutôt brièvement. Plus de détails entourant la pertinence de la plateforme seront partagés dans les deux autres sous-questions. Lors des observations participantes, un gestionnaire s'est penché sur la forme et les fonctionnalités de la plateforme. Selon ce dernier, celle-ci est utile dans la mesure où son utilisation est balisée, reconnue et surtout si elle est bien gérée. Pour continuer, un entretien avec un autre gestionnaire a permis de récolter une utilité différente à la plateforme. En effet, ce dernier reconnaît que la plateforme est un outil qui pourrait potentiellement rehausser la proactivité. Ce dernier permet d'aller de l'avant plus rapidement avec le déploiement des meilleures données probantes dans l'organisation. Cet exercice permet également d'adapter les meilleures données probantes aux réalités des milieux. Or, dans le passé, ce gestionnaire a dû faire face à de nombreuses mesures ministérielles où certaines pratiques cliniques sont imposées occasionnant ainsi une tension au cœur des équipes soignantes.

« Le Ministère nous dit de l'implanter partout, mais en même temps, la réalité est différente dans chaque milieu, donc il faut avoir un niveau d'adaptabilité pour chacun des milieux. » (Gestionnaire 5)

Pour terminer, la plateforme wiki évoluée contribue à l'émergence des initiatives individuelles et à la reconnaissance des employés qui excellent. En effet, un dernier témoignage attribue une grande utilité à la plateforme dans l'optique où elle offre l'occasion à tous de rayonner. En d'autres mots, elle permet l'émergence et la

valorisation des employés qui participent à la diffusion des meilleures données probantes.

« Valoriser les gens qui partagent leurs connaissances. » (Gestionnaire 1)

L'utilité de la plateforme sera abordée de manière plus spécifique à la mise en œuvre des meilleures données probantes et à l'appui aux interactions dans les sections qui suivront.

En quoi la plateforme wiki évoluée permet la mise en œuvre des meilleures données probantes ?

---

À la lumière de cette question, différents volets sont abordés par les gestionnaires. En premier temps, lors des observations participantes, un gestionnaire affirme que la plateforme wiki évoluée facilite le suivi des pratiques réelles des intervenants de son équipe. Il affirme passer beaucoup de temps à faire des révisions de dossiers évolutifs de patients dans le souci de dresser des portraits statistiques de l'utilisation de certaines pratiques cliniques. Par exemple, régulièrement, il doit assurer qu'un outil clinique axé sur l'évaluation du risque de chute du patient soit complété et joint au dossier. La plateforme peut, en temps réel, afficher le niveau d'utilisation des ressources documentaires basées sur les meilleures données probantes. Le gestionnaire peut déterminer rapidement si les meilleures données probantes sont mises en œuvre par son équipe et rectifier son approche au besoin. Pour continuer, la communauté de pratique virtuelle est mise en évidence dans l'optique où elle facilite la diffusion des meilleures données probantes. En effet, des gestionnaires mentionnent quelques caractéristiques et possibilités offertes par cette dernière.

« La communauté de pratique peut nous aider à avoir un accès rapide aux pratiques exemplaires et aux données probantes. » (Gestionnaire 3)



« Je pense que c'est quelque chose d'extrêmement stimulant. Savoir que tu peux toujours te retourner vers cette communauté de pratique pour poser des questions et obtenir des données probantes et rester à jour le plus possible parce qu'inévitablement, ça change beaucoup dans le domaine de la santé. »  
(Gestionnaire 1)

Parallèlement, la connaissance issue du domaine de la santé et des services sociaux est très vaste. Dans une spécialité comme la gériatrie, des gestionnaires mentionnent que la quantité d'information demeure imposante et que la mise en place de mécanismes de validation de l'information est nécessaire.

« Lorsqu'on cherche de l'information sur un sujet en particulier et qu'on se réfère à différentes bibliothèques et outils disponibles, c'est extrêmement large et varié. On peut facilement en perdre son latin ! Il y a trop de volume ; trop c'est comme pas assez. Donc dans une situation de communautés de pratique, quand on a un intérêt commun, ça aide à être capable de cibler davantage les meilleures informations et arriver plus rapidement à une solution pertinente. » (Gestionnaire 3)

« Je dois aller chercher la source de mes données et je ne peux pas juste dire que quelqu'un a écrit ça dans notre blogue ou dans notre communauté de pratique. Qui a dit cela, il se base sur quoi ? Il faut valider avant de débiter un traitement. Ça, c'est vraiment un risque à mon avis à chaque fois que l'on consulte des données, il faut valider quelque part. » (Gestionnaire 1)

En complément du témoignage ici haut, un gestionnaire partage son avis entourant une fonctionnalité de la plateforme wiki évoluée qui facilite grandement la discrimination des connaissances. Lors des observations participantes, le gestionnaire accorde une grande importance à la possibilité d'apporter un sceau d'approbation

visuel reconnu aux différentes ressources documentaires disponibles dans la plateforme. Effectivement, lorsque les ressources documentaires sont conformes à une recommandation issue d'un organisme normatif ou accréditéur reconnu, il est possible d'y ajouter le logo. Pour ce gestionnaire, les meilleures données probantes doivent être utilisées et il est important que ces dernières soient aisément repérées par les professionnels.

Dans cette même logique, lors des observations participantes, deux gestionnaires accordent une grande importance à la conformité des ressources documentaires créées dans la plateforme wiki évoluée aux directives organisationnelles. Soucieux d'assurer la qualité et surtout la conformité de la documentation clinique du personnel soignant, ces gestionnaires se sont penchés sur une ressource documentaire amalgamant deux formulaires organisationnels basés sur les meilleures données probantes. Les conclusions de cette analyse furent positives. La plateforme permet de créer des ressources documentaires ainsi que des notes évolutives cliniques conformes aux attentes organisationnelles. Dans cet élan, les gestionnaires reconnaissent que la plateforme diffuse adéquatement la connaissance, facilite la mise en œuvre des meilleures données probantes et appuie judicieusement le professionnel dans la rédaction de notes évolutives pertinentes.

Toutefois, un gestionnaire apporte une nuance au concept de communauté de pratique. Sans sous-estimer sa pertinence dans le domaine de la santé et des services sociaux gériatriques, ce gestionnaire soulève que cette organisation du savoir mérite d'être démystifié auprès des différentes équipes et même auprès de la haute gestion.

« C'est quoi la communauté de pratique et quels sont les objectifs ? Je pense que nous avons un petit bout à faire pour continuer à utiliser cela est à la promouvoir. On a eu beaucoup, je vais le dire, on a de la sensibilisation à faire.

Qu'est ce que c'est, quels sont les attendus, et quel sens les pratiques cliniques récoltent dans notre organisation? Il y a un bout à faire et il y a de bonnes pratiques qui ne sont pas bien comprises, mais qui ne sont pas encore mises suffisamment de l'avant. » (Gestionnaire 2)

Par la suite, les gestionnaires accordent une place intéressante à l'apprentissage appuyé par la plateforme. Effectivement, la mise en œuvre des meilleures données probantes est étroitement liée à la capacité d'apprentissage des professionnels. D'un côté, la plateforme offre à ces professionnels un environnement différent qui favorise l'apprentissage en continu. Une certaine emphase est tout d'abord accordée à l'apprentissage des employés qui débutent dans la profession.

« Nous avons des CEPI (Candidate à l'exercice de la profession infirmière) qui ont commencé aussi, il me semble aussi que la plateforme wiki évoluée devient une source de référence supplémentaire et je trouve cela intéressant. Jusqu'à un certain point, pour les CEPI, ça peut devenir gênant d'appeler 3 fois dans la même journée la monitrice clinique. Donc, ce n'est pas la fin du monde, elles peuvent se renseigner d'une autre façon également. Je trouve cela très intéressant. » (Gestionnaire 1)

Par la suite, la plateforme peut soutenir l'acquisition de connaissances hétéroclites basées sur les meilleures données probantes auprès de professionnels.

« Les gens se forment par le partage avec les pairs, donc ils peuvent acquérir des connaissances et des compétences qu'ils n'auraient pas s'ils ne faisaient que pratiquer avec leur clientèle respective. » (Gestionnaire 5)

Également, l'adoption d'un outil partagé peut ouvrir à différentes possibilités pour l'organisation. Un gestionnaire aborde la possibilité de devenir une organisation

apprenante grâce à la mise en place d'un climat basé sur l'apprentissage en continu où les meilleures données probantes sont disponibles et mises à jour régulièrement.

« Je souhaiterais très bien voir notre organisation vers une organisation apprenante, un partage de connaissances ne fait que contribuer à être toujours en mode apprentissage, être toujours en mode de me remettre en question et demeurer en questionnement face à ma pratique, si j'ai utilisé la bonne pratique. » (Gestionnaire 4)

Avant de passer à la prochaine question, des analyses documentaires peuvent contribuer à une meilleure compréhension des informations recueillies entourant la mise en œuvre des meilleures données probantes, par les professionnels, à l'aide de la plateforme wiki évoluée. Tout d'abord, le Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services révèle une information intéressante à la lumière des différentes analyses effectuées. En effet, en conclusion au rapport, un défi de taille fut soulevé en ce qui a trait à la contribution des gestionnaires.

« Un autre défi est le manque de connaissance des gestionnaires quant aux meilleures pratiques attendues de leur personnel. Un encadrement adéquat et compétent permet de rehausser la qualité et la sécurité des soins et des services. L'implication des équipes de soutien à la pratique est primordiale pour aiguiller les équipes vers les pratiques de pointe et innovante. » (Carrière, 2020, p. 36)

Par ailleurs, un document interne entourant l'encadrement et le soutien clinique fut publié en mars 2018. Ce document effectue le recensement de différentes modalités d'encadrement et de soutien clinique tout en indiquant les contextes favorables à l'atteinte de tout leur plein potentiel. La communauté de pratique est reconnue au

cœur de l'organisation et peut s'épanouir pleinement dans un environnement virtuel. Selon les lignes directrices reliées à l'application de la communauté de pratique, les participants doivent détenir un niveau d'expérience de type avancé. En d'autres mots, les gestionnaires qui optent pour un encadrement et un soutien clinique basé sur la communauté de pratique doivent être à la tête d'une équipe où les membres qui la forme possèdent treize ans ou plus d'expérience clinique. Bref, la communauté de pratique s'adresse à des professionnels dotés d'un statut d'expert au cœur de l'organisation.

En quoi la plateforme wiki évoluée appuie les interactions de la communauté de pratique virtuelle ?

---

Pour commencer, les gestionnaires abordent les interactions de la communauté de pratique virtuelle lors des observations participantes. Lors des périodes de démonstration de la plateforme wiki évoluée, un gestionnaire confirme que la structure ainsi que les fonctionnalités de celle-ci rehaussent la communication clinique au quotidien entre les membres de l'équipe soignante. Effectivement, la plateforme est dotée de modules communicationnels qui peuvent appuyer les échanges à la fois synchrones et asynchrones. À cela s'ajoute le module de documentation clinique informatisé qui permet aux professionnels de prendre connaissance des notes évolutives de leurs collègues en temps réel. Le gestionnaire accorde donc une grande pertinence à ces fonctionnalités et considère qu'elles peuvent effectivement appuyer, et même rehausser la quantité et la qualité des communications.

Dans cette même optique, un second gestionnaire partage sa vision des interactions de la communauté de pratique virtuelle. Une nuance doit se faire et une certaine vigilance entourant la nature réelle des interactions doit se faire. Selon lui, échanger

de l'information n'est pas nécessairement synonyme d'interaction où un dialogue s'installe entre les acteurs.

« C'est une opinion là-dessus, car je n'ai pas travaillé directement là-dessus... ça permet des échanges, mais je ne sais pas si on a assez de connaissances sur l'utilisation des communautés de pratique pour dire que ça permet un dialogue. Je pense que ça permet plus un échange d'informations ou un partage d'information, mais de là à dire un dialogue, je pense que nous sommes encore trop nouveaux là-dedans. Je parle de l'expérience que j'ai au moins, ce que j'ai vu et il y a eu d'autres communautés de pratique dans d'autres projets de recherche que j'ai vu et dans d'autres forums, j'ai l'impression que c'est plus un échange d'informations qu'un vrai dialogue. » (Gestionnaire 2)

Pour continuer, un gestionnaire aborde la notion de communauté de pratique lors des observations participantes. Selon lui, l'idée et le fondement sont excellents dans le domaine de la santé et des services sociaux. Il souligne que l'appui des technologies, dont la plateforme wiki évoluée, peut en effet rehausser les interactions entre les professionnels. Toutefois, ces interactions sont possibles dans la mesure où le professionnel doit avoir la volonté d'échanger. La communauté de pratique regroupe souvent plusieurs catégories de participants où certains s'investissent pleinement et d'autres adoptent un rôle d'observateur. En bref, pour que des interactions significatives s'opèrent au cœur de la communauté de pratique, une motivation intrinsèque du professionnel doit accompagner les moyens technologiques offerts.

Parallèlement, le sujet plus large de la technologie mérite d'être abordé brièvement. En effet, les gestionnaires mentionnent que la venue d'outils technologiques, comme la plateforme wiki évoluée, est la clé à l'instauration de communautés de pratique dans l'organisation.

« Je pense que les technologies vont nous permettre justement de pouvoir établir ces communautés de pratique là à l'intérieur de nos organisations. »  
(Gestionnaire 5)

Un gestionnaire aborde spécifiquement les fonctionnalités de la plateforme où le module de prise de note clinique informatisé est mentionné. En effet, il mentionne que l'accès aux données antérieures est facile pour les professionnels, rehaussant ainsi l'efficacité du processus clinique.

« Tu as accès très facilement à tes données antérieures ce qui n'est pas le cas dans le dossier écrit ; tu dois aller les chercher, ça a été classé dans le dossier antérieur, bon c'est moins accessible c'est moins facile d'y avoir accès. »  
(Gestionnaire 1)

Dans un autre ordre d'idée, la plateforme peut aisément appuyer les interactions de la communauté de pratique étant donné que celle-ci est interprofessionnelle. En effet, elle regroupe plusieurs disciplines médicales et sociales et assure un mode de communication équitable où la gériatrie est le sujet central. Il est donc possible d'assister à l'enrichissement d'une discipline par une autre discipline alliée grâce aux différentes interactions soutenues par la plateforme wiki évoluée.

« Quand je partage mes connaissances dans ma discipline, il est possible que je contribue à l'amélioration de quelqu'un dans une autre discipline alors pour moi, tout ce partage là des connaissances est essentiel et un impact majeur. »  
(Gestionnaire 4)

Ce même gestionnaire ajoute que les avantages des interactions interprofessionnelles peuvent potentiellement occasionner des répercussions plus grandes et faciliter l'apprentissage à plus haut niveau.

« De plus, ça encourage aussi qu'on devienne une organisation apprenante où les gens vont pouvoir se remettre en question en équipe pas juste seulement tout seul dans leur coin. » (Gestionnaire 4)

En guise de conclusion de la section dédiée à la recension des données recueillies entourant la plateforme wiki évoluée auprès des gestionnaires, il serait pertinent de rapporter des témoignages qui révèlent une vision macroscopique du phénomène. Il s'agit de données émergentes qui peuvent enrichir et nuancer les analyses. En effet, les gestionnaires abordent certains enjeux, soulèvent des défis et des difficultés vécus en ce qui a trait à la mise en place et l'adoption des meilleures données probantes.

« Je crois que sein de l'organisation, on n'a pas encore pris d'orientation vraiment formelle de soutenir et de nourrir les communautés de pratique, à l'adhésion aux pratiques innovantes et à la mise en place du processus de changement pour qu'on ait des pratiques exemplaires. Je ne crois pas que nous sommes à la hauteur comme organisation, c'est encore soit individu dépendant ou encore freiné plus tard par le volet financier ou le manque de ressources disponibles. Je pense que pour devenir une organisation apprenante, une organisation qui mise sur l'utilisation des connaissances et des données probantes, pour améliorer notre offre de service et l'expérience client, il faut aller un tour de roue de plus. » (Gestionnaire 4)

« Malheureusement, dans les dernières années, on a eu beaucoup de changements dans nos organisations et on s'est rendu compte que les meilleures pratiques sont implantées à géométrie variable. » (Gestionnaire 5)

« On veut les meilleures pratiques, se partager les données probantes et avoir un bon dialogue pour faire de l'interdisciplinarité, mais nous n'avons pas les outils informatiques et les employés n'ont pas la connaissance pour le faire.



Nous ne sommes pas à la même vitesse et pour moi c'est ce qui bloque beaucoup. » (Gestionnaire 2)

« Lorsqu'on fait un changement de pratique et qu'on a à mettre les familles et le comité de résidents dans le coup, ça peut facilement devenir du sable dans l'engrenage. » (Gestionnaire 5)

Sur une autre note, un gestionnaire soulève un grand défi vécu dans l'organisation où des initiatives technologiques dotées d'une grande pertinence finissent par être éphémères.

« Souvent, on fait des projets pilotes de plus petit volume. Il faut déjà planifier l'étape B qui est dans un plus grand volume. Par exemple, si on donne un bonbon à quelqu'un pendant 3 mois avec deux ordinateurs, il faut déjà avoir un plan de match pour en avoir 20 et être capable de déployer à plus grande échelle parce que sinon, le projet fini, on attend d'avoir les fonds pour déployer plus grand, on attend trop longtemps, le projet est oublié et c'est à recommencer. » (Gestionnaire 3)

### 5.3.3.2 La dynamique collaborative de la communauté de pratique virtuelle

De quelles natures sont les interactions entre les professionnels de la communauté de pratique virtuelle ?

---

Tout d'abord, il est important de mentionner que les gestionnaires apportent un nombre limité d'exemples concrets d'interactions survenus entre les professionnels de la santé et des services sociaux au cœur d'une communauté de pratique. Ils partagent par contre leur pensée et leurs croyances face aux différentes interactions qui peuvent survenir entre les professionnels au cœur d'une communauté de pratique. En premier temps, des rapprochements peuvent s'effectuer à la pratique indépendante en premier

temps. Lors des observations participantes, un gestionnaire mentionne que la communauté de pratique virtuelle procure une certaine sécurité pour le professionnel. Effectivement, ce dernier peut aisément aller chercher de nouvelles connaissances à sa guise et se sentir mieux outiller dans sa pratique. Contrairement à l'approche indépendante où un patient est la source des recherches supplémentaires du professionnel, l'expérience notée par le gestionnaire illustre l'appui que peut fournir une communauté de pratique virtuelle dans les démarches d'acquisition de connaissances en continu. Dans cette même logique, un second gestionnaire mentionne que la communauté de pratique permet aux professionnels d'acquérir des connaissances plus diversifiées qui enrichissent sa pratique.

« Les gens se forment par le partage des pairs, donc ils peuvent acquérir des connaissances et des compétences qu'ils n'auraient pas s'ils ne faisaient que pratiquer avec une certaine clientèle. » (Gestionnaire 5)

Toutefois, un gestionnaire dénonce l'approche indépendante qui est observable dans l'organisation. Selon lui, c'est la technologie qui permet l'éloignement de ce modèle qui est à son avis plus ou moins adéquat en situation complexe.

« En ce moment, on découvre de plus en plus de nouvelles situations et de nouvelles problématiques et tout le monde gère au meilleur de leur connaissance dans leur coin, alors qu'avec la technologie, on est capable de se partager des problématiques. » (Gestionnaire 3)

Des témoignages se rapportent également à la pratique par consultation ou référence. En effet, un gestionnaire soulève que la communauté de pratique virtuelle peut contribuer à la solidification des impressions cliniques d'un professionnel face à un cas particulier.

« On cherche à établir le bon diagnostic et on veut valider si d'autres ont vécu des situations pareilles dans d'autres secteurs. Parfois, il y a des symptômes et des signes qui sont différents ou qu'on n'est pas habitué et on peut se dire bof... si on a déjà vécu des choses semblables (...) si on a essayé de nouvelles pratiques et s'il y en a qui ont eu de bons succès et d'autres vécus des situations plus difficiles, nous pouvons les partager pour arriver à produire des données probantes sur le meilleur traitement disponible. » (Gestionnaire 3)

De son côté, un gestionnaire soulève adéquatement bien le fait que le professionnel doit être en mesure de reconnaître ses limites avec humilité. Dans le souci d'offrir le meilleur soin ou service au patient, il peut faire appel à un collègue plus expérimenté qui peut valider le traitement envisagé.

« Lorsqu'on est dans des zones moins connues, dans des zones qu'on est moins habitué, on est hors de la zone de confort. De valider avec des collègues qui sont un peu intéressés dans le même sujet c'est rassurant. » (Gestionnaire 3)

Dans le même ordre d'idée, un gestionnaire ajoute l'importance de l'échange d'informations à double sens qui s'effectue entre les professionnels qui appartiennent à la communauté de pratique virtuelle.

« Je pense que souvent c'est un échange, une communauté de pratique, ce n'est pas juste de mettre ses connaissances et là l'autre les lit et il les applique, c'est plus de se challenger et de se poser des questions, c'est plus une communication bilatérale, à double sens, le partage de connaissances c'est en discutant qu'on peut statuer sur des améliorations quelconques ou des changements de pratique. » (Gestionnaire 1)

Toujours en lien avec la pratique de consultation et de référence, un gestionnaire donne un bon exemple où la juxtaposition des expertises de l'équipe interprofessionnelle peut faciliter l'étude de faisabilité des nouvelles données probantes et analyser la possibilité de mise en œuvre. Dans son témoignage, où une comparaison au football américain illustre son idée, le gestionnaire dénonce en quelque sorte les approches plutôt individuelles au profit d'une approche de consultation et de référence.

« Pour la personne qui veut partir comme un joueur de football, qui part avec le ballon et qui court et qui dit : oui, je le sais, je le sais les choses vont bien aller ! Mais celle-ci n'a pas prévu qu'il y aurait 12 joueurs devant lui qui peuvent l'accrocher. Oui, ça devient frustrant pour lui et ça fait définitivement réfléchir. Donc, il faut prendre ce petit-bout-là et c'est un rôle que la gestion de l'organisation a intérêt de jouer. Il faut coacher et accompagner son personnel : c'est super, tu as trouvé une nouvelle manière, une nouvelle pratique, voici les unes deux trois prochaines choses que je vais te demander qu'on fasse ensemble. Par exemple, consulter les collègues, aller voir dans la littérature si cette pratique a déjà été mise en œuvre et/ou que ça peut échouer. Il y a définitivement certaines étapes qu'on doit mettre en place. »  
(Gestionnaire 4)

Dans une autre logique d'interaction, la pratique de soins et de services partagés fut également soulevée à quelques reprises. Un gestionnaire aborde le partage de responsabilité et la prise de décision en équipe.

« On se sent un peu moins seul dans le processus de décision donc c'est moins lourd à porter aussi. » (Gestionnaire 3)

Dans le même ordre d'idée, un gestionnaire mentionne la richesse apportée par l'ouverture et la connaissance des autres disciplines dans le souci de mieux cibler les interventions et d'arriver à une cible commune. Ces propos se rapprochent de la pratique de soins et de services partagés.

« Lorsque tu travailles dans une profession particulière, avec un profil de clientèle spécial, on met de l'avant l'approche globale. On ne met pas juste nos connaissances dans un champ de compétence et je vais parler par exemple je suis infirmière, où je suis physiothérapeute. Il faut avoir l'ensemble des données probantes et ça fait de toi un meilleur professionnel et ce qu'on peut voir, et je suis quelqu'un qui est vraiment centré sur le patient, ce sont des soins aux patients beaucoup plus optimaux et beaucoup plus efficaces, et on arrive au but, l'objectif commun beaucoup plus rapidement pour moi c'est là que ça fait une différence. » (Gestionnaire 2)

À l'opposé des propos partagés ici haut, des gestionnaires partagent des expériences où les interactions de la communauté de pratique s'éloignent du modèle de Careau (2018). Effectivement, ce modèle place le patient au centre des préoccupations alors que les propos des gestionnaires soulèvent le contraire.

« Parfois je trouve qu'il y a encore beaucoup de décisions qui se prennent et que la personne âgée malheureusement fait juste subir. Je pense que ce n'est pas monsieur et madame tout le monde qui posent énormément de questions et qui s'intéressent nécessairement à leur traitement. Est-ce que j'ai des choix ? Parfois, j'ai l'impression que d'emblée, avec la personne âgée, on les prend en charge au lieu de les faire participer à leur plan de traitement. Par exemple, le matin le patient apprend qu'il déménage, mais ne savait même pas qu'il avait

été référé sur une autre unité de soins. Ça, je le vis pour ceux qui ont des demandes d'admission, plusieurs ne le savent même pas. » (Gestionnaire 1)

« La clé est d'impliquer la personne âgée et ses proches. C'est surprenant comment on n'implique pas ces personnes, ça me frappe tous les jours, ils ne font pas partie du plan d'intervention ce n'est pas vrai qu'on les consulte autant et ce n'est pas vrai qu'on implique la famille tant que ça. » (Gestionnaire 2)

« Dans l'idéal, le patient participerait à la rencontre multi, car il faut lui présenter son plan et ses objectifs. » (Gestionnaire 1)

Un autre témoignage rapporte des faits similaires à ceux mentionnés ici haut. Le gestionnaire fut interpellé dans une situation où le patient, jugé inapte, n'a pas été consulté dans le processus de demande d'hébergement. Effectivement, cette demande fut formulée par un travail social suite à une demande de la famille qui vivait de l'épuisement. Lorsque la place en hébergement fut libérée pour ce patient, l'annonce fut plutôt mal accueillie. Personne ne lui avait parlé de la demande d'hébergement. L'incompréhension et la frustration du patient demeurent présentes jusqu'au moment où un membre de l'équipe prend le temps de discuter avec le patient et d'échanger sur les différents enjeux liés à cette demande d'hébergement.

« Je ne peux pas envoyer la police pour aller chercher le patient ! Et là, tout le monde a fait ok. Même si le patient est inapte, il faudrait sûrement lui en parler et c'est là où je reviens, le patient est expert... en fin de compte, le patient a été hébergé, ne sois sans crainte, on ne l'a pas laissé ! Mais on a travaillé avec la travailleuse sociale pour accompagner le patient dans la prise de conscience suivante : vous comprenez que vos enfants ont lâché leur travail, et quand on est allé là pour recentrer la conversation sur le patient et de lui

expliquer les impacts, les risques et les inconvénients, ça va! »  
(Gestionnaire 4)

Pour terminer, des analyses documentaires peuvent porter une lumière complémentaire sur les éléments soulevés ici haut entourant l'implication du patient et de ses proches au cœur de la trajectoire de soins et de services. En effet, des rapports émanent par Agrément Canada en lien avec des visites, dont le but était d'observer les normes relatives à l'ensemble de l'organisme et l'excellence des services. En 2017, un rapport soulève le niveau insuffisant d'implication du patient et de la famille au sein des processus cliniques et administratifs (Agrément Canada & Conseil québécois d'agrément, 2017). Les principes de partenariat avec l'utilisateur et ses proches sont à promouvoir et des activités de formation, de soutien et de perfectionnement sont fortement suggérées. Par ailleurs, un cadre de référence à l'implantation du partenariat avec l'utilisateur et ses proches est en processus de rédaction par l'organisation soignante. En 2019, un autre rapport soulève des lacunes au niveau du partenariat avec le patient et ses proches. Au niveau de la planification et de la conception des services, l'organisme accréditéur détecte un critère non respecté entourant l'offre de soins centrés sur l'utilisateur et sa famille (Agrément Canada, 2019). En réalité, l'adoption d'une approche de soins centrés sur les personnes et leurs proches n'est pas formellement véhiculée par l'organisation par l'entremise des énoncés de mission et vision. Le principe de collaboration, grande valeur organisationnelle, peut inclure dans sa définition le patient et ses proches (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais, 2020). Ces deux rapports, où deux années les séparent, indiquent un manque à gagner entourant la philosophie et la mise en place de processus et pratiques favorisant le partenariat entre les prestataires de soins et de services ainsi que les patients et leurs proches.

Quelles sont les logiques disciplinaires observables de la communauté de pratique virtuelle ?

---

Pour ouvrir sur le sujet des logiques disciplinaires, débutons avec un témoignage qui soulève une logique plutôt disciplinaire. En effet, le gestionnaire mentionne que la communauté de pratique virtuelle peut faciliter l'acquisition de connaissances propres à la discipline d'appartenance du professionnel où les expertises peuvent être partagées.

« Un partage vers les intervenants qui ont le même emploi donc des travailleurs sociaux avec des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes. D'avoir ce partage permet justement d'avoir une ouverture et d'évoluer même s'il ne travaille pas avec la même clientèle. »  
(Gestionnaire 5)

Un gestionnaire aborde la communauté de pratique comme la juxtaposition de connaissances qui permet l'adoption d'une vision enrichie d'une problématique donnée.

« Ça serait intéressant de les mettre dans une communauté de pratique, ça devient un grand volume. Et on partage la richesse et l'expérience, donc pour moi c'est un passage obligatoire. » (Gestionnaire 3)

D'autres propos sont en quelque sorte à mi-chemin entre la logique multidisciplinaire et interdisciplinaire. Un gestionnaire mentionne que les soins et les services offerts à la personne âgée nécessitent une vision globale et holistique dans le but d'atteindre des objectifs visés. La communauté de pratique virtuelle gagne à s'appuyer sur une logique interdisciplinaire.



« Lorsque tu travailles dans une profession particulière avec un profil de clientèle spécial, on met beaucoup de l'avant l'approche globale. On ne met pas juste nos connaissances dans un champ de compétence. Je vais parler par exemple je suis infirmière, où je suis physiothérapeute, mais il faut avoir l'ensemble des données probantes et ça fait de toi un meilleur professionnel. »  
(Gestionnaire 2)

Un second témoignage soulève le partage des expertises dans un contexte de soins gériatriques.

« Chacun va faire profiter son expertise et ses connaissances à ses collègues et aux autres. En fait, au-delà du fait que je veux approfondir mes connaissances par rapport à mes besoins individuels, je pense que lorsque c'est moi qui partage les miennes, ça va être valorisant pour les employés aussi donc je pense que ce serait quelque chose d'extrêmement stimulant et à savoir que tu peux te retourner vers cette communauté de pratique toujours pour poser des questions et obtenir des données probantes et de rester à jour. »  
(Gestionnaire 1)

Néanmoins, un gestionnaire aborde de manière plus spécifique la notion de logique interdisciplinaire à l'aide de la comparaison entre la communauté de pratique et la discussion entre deux personnes.

« Je le vois plus comme une communication en continu et de savoir que ça va toujours être là. On entame une discussion et la discussion ne dure pas juste 5 minutes, comme lorsque je raccroche mon téléphone. La conversation va se poursuivre dans le temps et c'est un peu comme ça que je le vois. »  
(Gestionnaire 1)

Pour continuer, cette logique interdisciplinaire est également mise de l'avant par ce gestionnaire qui voit les multiples opportunités d'apprentissages issues de celle-ci en plus d'y voir une harmonie entre les professionnels.

« C'est aussi de favoriser l'interdisciplinarité. Quand je partage mes connaissances dans ma discipline, il est possible que je contribue à l'amélioration de quelqu'un dans une autre discipline alors pour moi tout ce partage-là des connaissances est essentiel et un impact majeur sur un travail qui serait de cohésion. » (Gestionnaire 4)

Pour terminer cette section, une donnée émergente mérite d'être soulevée. Un gestionnaire discute de la portée et surtout de la reconnaissance accordée aux communautés de pratique. Ce gestionnaire souhaiterait une plus grande valorisation organisationnelle des échanges effectués au cœur des communautés de pratique. En outre la pertinence des découvertes et des avancées effectuées par la communauté de pratique, la mise en œuvre de changements à plus grande échelle demeure très ardue.

« Où on bonifie et on apporte des articles et on requestionne actuellement sans jumeler avec un retour sur certaines questions qui pourraient être, il faudrait en parler, il faudrait faire des changements, est-ce qu'on procède maintenant à un changement de procédure ou de trajectoire ou de services donc ce type de choses là. Présentement, on a des communautés de pratique qui ont été mises en place, je pense que seulement elles sont peut-être limitées dans leur utilité, leur utilisation ou leur portée. Une partie est en lien, je crois avec une orientation. On aurait intérêt à, je dirais dédouaner, ou donner un peu plus d'autorité aux participants des communautés de pratique à remettre en question quelque chose qui se fait et que la portée n'est pas juste : c'est de la recherche. Mais plutôt : voici ce qu'on propose, cette procédure-là c'est

comme ça qu'on la faisait et c'est comme ça qu'on devrait maintenant procéder et peut-on enclencher le changement sans avoir à passer à travers plein de détails administratifs? Ça, c'est un des éléments que je vois qui pourraient être amenés. » (Gestionnaire 4)

Au sujet des analyses documentaires, les gestionnaires sont interpellés à la réalisation de la mission en adoptant la vision ainsi que les valeurs de l'organisation. La collaboration est une valeur essentielle énoncée par l'organisation où les interventions se basent sur un esprit d'entraide, de partage, de cohérence et de cohésion (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais, 2020).

Également, dans ce même document, il fut mentionné qu'une grande priorité organisationnelle était de créer des communautés de pratique. Ces communautés de pratique devraient être présentes à l'interne et à l'externe ainsi que toucher les domaines cliniques et administratifs. Le but de cette mobilisation à la création de ces communautés de pratique est de favoriser les meilleures pratiques. Dans le même ordre d'idée, la lecture plus approfondie du document administratif révèle que des sessions de travail auprès des gestionnaires ont permis d'identifier des priorités, dont la création de communautés de pratique, telle que mentionnée dans les priorités organisationnelles. Aucune mention supplémentaire entourant un plan d'action ou de démarrage de projet entourant la mise sur pied des communautés de pratique n'est mentionnée.

### 5.3.3.3 Valeur générée

Quels sont les impacts de l'utilisation des meilleures données probantes ?

---

Cette question aborde de manière spécifique les impacts de la pratique clinique basée sur les meilleures données probantes auprès des professionnels de la santé et des

services sociaux. Tout d'abord, les gestionnaires reconnaissent les impacts entourant la satisfaction professionnelle et le bien-être que peut procurer la mise en œuvre des meilleures données probantes.

« Ça augmente la confiance dans notre traitement. » (Gestionnaire 3)

« Les professionnels sont beaucoup plus à l'aise dans le choix de plan d'intervention qu'ils mettent en place. » (Gestionnaire 3)

« Valorisant pour les employés. » (Gestionnaire 1)

« Les professionnels vont avoir le goût de se surpasser oui, au lieu de rester dans leurs vieilles pantoufles et de faire les choses de cette manière parce que c'est toujours comme cela qu'on les a faites. C'est de vouloir innover la pratique, innover les services qu'on rend. » (Gestionnaire 1)

« Ça amène une fierté pour les intervenants d'avoir le sentiment d'avoir bien fait le travail. » (Gestionnaire 5)

« Le professionnel se sent à la fine pointe et il se sent valorisé. Il se sent à jour dans ces connaissances. » (Gestionnaire 2)

« Être proactif à la place d'être réactif nous amène je te dirai à diminuer la pression. » (Gestionnaire 5)

Un témoignage apporté par un gestionnaire soulève que l'utilisation des meilleures données probantes est une question de valeur professionnelle et d'obligation. Selon lui, le professionnel doté des valeurs de l'organisation doit mettre en œuvre les

meilleures données probantes. Cela devient en quelque sorte une question d'équilibre émotionnel.

« Je pense que tout le monde n'est pas contre la vertu d'être meilleur et d'utiliser les meilleures pratiques. Donc c'est sûr que si tu as des valeurs professionnelles qui sont la qualité des soins et des services et la sécurité des soins et des services, tu n'es pas contre les meilleures pratiques. »  
(Gestionnaire 2)

Pour continuer, l'approche réflexive est également soulevée par un gestionnaire. Selon lui, la mise en œuvre des meilleures données probantes enclenche un mécanisme où le professionnel demeure en questionnement.

« Je suis toujours en mode apprentissage, je suis toujours en mode de me remettre en question et demeuré questionné si j'ai utilisé la bonne pratique. »  
(Gestionnaire 4)

Ces propos peuvent se rattacher aux paroles utilisées par un autre gestionnaire à cet effet. L'approche réflexive du professionnel peut s'arrimer aux fondements de l'amélioration continue où le statu quo est inexistant.

« J'ai le souhait d'arrêter de parler du changement, mais de parler plutôt d'amélioration continue, il faut changer la culture. » (Gestionnaire 2)

Pour terminer, lors des observations participantes, un gestionnaire soulève que l'utilisation quotidienne des meilleures données probantes instaure une ambiance favorable et sereine. Les professionnels s'investissent dans leur travail et à la réalisation de leurs tâches. Sans être en mesure de bien cibler le phénomène, le

gestionnaire affirme que dans l'ensemble, les professionnels semblent plus confiants et plus détendus au quotidien.

#### 5.3.3.4 Trajectoire de soins et de services gériatriques

En quoi l'utilisation des meilleures données probantes par la communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme wiki évoluée, contribue à l'optimisation du projet ?

---

Les données recueillies auprès des gestionnaires soulèvent des éléments d'optimisation sous forme de temps, de qualité et de coûts. En premier temps, les éléments de gain de temps sont abordés à maintes reprises par les gestionnaires. Pour eux, la communauté de pratique virtuelle permet un gain de temps sous plusieurs facettes. Notamment, la pertinence et la spécificité des connaissances diffusées sur celle-ci permettent la détermination de la meilleure intervention plus rapidement.

« Ça permet d'arriver plus rapidement à une solution pertinente. »  
(Gestionnaire 3)

Parallèlement, la communauté de pratique peut également contribuer à un gain de temps puisque les professionnels peuvent bénéficier de recherches préalablement effectuées.

« Ça nous permet justement d'éviter tout le temps de réinventer la roue. »  
(Gestionnaire 5)

« C'est que chacun travaille sur ses propres outils et le fait de ne pas les partager fait qu'on a plusieurs bonnes têtes qui travaillent sur le même projet. En même temps, on se rend compte que le fait de partager nos outils et nos

façons de faire, ça nous amène à aller plus rapidement plus loin. »  
(Gestionnaire 5)

Le temps est également abordé selon une perspective du patient. En fait, l'utilisation des meilleures données probantes au cœur d'une communauté de pratique virtuelle permet l'atteinte du but visé par la trajectoire de soins et de services plus rapidement. Du coup, le patient peut retourner plus rapidement dans son environnement.

« Les soins aux patients sont beaucoup plus optimaux et beaucoup plus efficaces, et on arrive au but et l'objectif commun beaucoup plus rapidement. »  
(Gestionnaire 2)

« La qualité du séjour de l'utilisateur risque d'en être améliorée et même chose si on parle de qualité de soins et de qualité de séjour, une diminution du temps de séjour est une bonne chose à mon avis pour tout patient, ils ne veulent pas nécessairement passer plus de temps qu'il faut à l'hôpital. » (Gestionnaire 1)

Le témoignage ici haut aborde entre autres le temps de séjour. La durée du séjour est un élément plutôt incontournable dans un contexte hospitalier. À première vue, la durée de séjour se réfère tout d'abord au temps. Toutefois, les notions de coûts ainsi que de qualité peuvent aisément s'y greffer. Un séjour efficace rassemble des interventions coordonnées et fluides où le patient reçoit des soins et des services de qualité lui permettant d'atteindre son objectif visé. Par ricochet, les autres patients qui naviguent dans le système de santé seront gagnants de cette diminution du temps de séjour.

« Diminution du temps de séjour. » (Gestionnaire 1)

« On veut que les soins soient de la plus haute qualité possible parce que justement, si la personne n'a pas besoin de rester deux semaines et que nous pouvons régler ses bobos dans une semaine, tant mieux pour lui et tant mieux pour celui qui attend à l'urgence qui attend son lit pour monter à l'étage. »  
(Gestionnaire 1)

Dans un autre ordre d'idée, les gestionnaires abordent également des éléments de qualité. L'utilisation des meilleures données probantes par les professionnels de la santé et des services sociaux peut définitivement éviter des erreurs selon leurs dires.

« Éviter des événements regrettables. » (Gestionnaire 5)

« Si on adopte des pratiques exemplaires, c'est qu'on veut offrir les meilleurs soins possibles aux patients et quand je dis meilleurs soins, c'est selon les données probantes, les soins les plus sécuritaires, les soins les plus, tu sais les meilleurs, ceux qui fonctionnent. » (Gestionnaire 1)

De plus, les erreurs sont étroitement liées à la sécurité des soins et des services. La spécificité de la clientèle gériatrique et les manifestations parfois diffuses de certaines pathologies peuvent porter à confusion. Des gains importants entourant l'accessibilité aux soins et services sont attribuables à la qualité des interventions où les meilleures données probantes sont mises en œuvre.

« Donc, les données probantes et la connaissance des signes et symptômes à surveiller permettent de s'assurer qu'on fournit aux patients l'ensemble des soins médicaux qu'ils ont besoin et qu'on n'attribue pas toujours des choses à leur âge. Je pense que ce serait vraiment aidant pour les aînés. Souvent, ce qu'on entend le plus lors des visites à l'urgence c'est que le patient a visité 3 fois et que ces 3 fois on l'a retourné à la maison. Finalement, il avait une



infection urinaire, pour dire n'importe quoi. Mais juste de s'assurer que les symptômes importants ne sont pas manqués et qu'on n'attribue pas toujours ça à leur âge. » (Gestionnaire 3)

De plus, les gestionnaires accordent une importance à la qualité perçue des soins et des services par le patient. Le rehaussement de la satisfaction de l'expérience du patient au cœur de l'organisation soignante occupe une place importante. L'utilisation des meilleures données probantes par une communauté de pratique virtuelle peut définitivement y contribuer.

« Pour moi, c'est beaucoup l'expérience du patient qui est améliorée, il y a une meilleure atteinte des résultats. » (Gestionnaire 3)

« En appliquant les meilleures pratiques, je pense qu'on aurait un meilleur taux de satisfaction, l'utilisateur pourrait recevoir un meilleur traitement, avoir une meilleure qualité de vie. » (Gestionnaire 3)

Un gestionnaire mentionne également que la satisfaction des familles et des proches des patients est un point à considérer.

« Ça amène une satisfaction pour les familles de savoir qu'on a mis en place les meilleures pratiques dans le milieu de soins. » (Gestionnaire 5)

Pour continuer, un gestionnaire soulève un gain important pour le patient lorsque le professionnel de la santé et des services sociaux travaille en communauté de pratique. En effet, ce dernier peut aisément enrichir ses connaissances à l'aide des différents dialogues entretenus avec les pairs. Ceci permet le rehaussement de la qualité et de la pertinence des interventions.

« Pour l'utilisateur, il profite de l'expertise de plusieurs personnes plutôt que d'un seul individu. » (Gestionnaire 3)

Dans une autre optique de la qualité, un gestionnaire mentionne la place accordée aux différents outils managériaux. En effet, les gestionnaires sont imputables pour les activités de leurs services respectifs et le contrôle devient une activité indispensable. Une cohérence entre les indicateurs et les pratiques cliniques souhaitées est de mise dans le souci d'atteindre de hauts niveaux de qualité. L'indicateur, lorsqu'il se réfère aux meilleures données probantes, est un outil de gestion qui permet de mesurer la qualité. L'indicateur comme tel ne contribue pas à l'optimisation de la trajectoire de soins et de services gériatrique, mais permet définitivement de se situer et de diriger les efforts avec efficacité.

« On vit dans un monde de reddition de compte donc de pouvoir contrôler et d'avoir des indicateurs de qualité qui nous indiquent de voir à quel point les meilleures pratiques ont été mises en place en tout cas pour moi ça me permet de faire parler les indicateurs de qualité à titre de gestionnaire. » (Gestionnaire 5)

Dans un autre ordre d'idée, les gains entourant les coûts sont peu abordés par les gestionnaires. Néanmoins, un témoignage soulève la gestion judicieuse des ressources lorsque les meilleures données probantes sont utilisées.

« Une meilleure qualité de soins et une meilleure efficacité de soins pour le patient ; l'organisation ne peut que retirer du positif, car on sait qu'on est dans la gestion des lits, on manque de personnel oui, il y a plus de besoins que de ressources disponibles, je crois que l'organisation par la bande serait récompensée de cela. » (Gestionnaire 2)

Pour terminer les propos soulevés par les gestionnaires, deux extraits d'entrevue affirment que l'adoption d'une vision plus large s'impose à la lumière du vieillissement démographique. En effet, au-delà du temps, de la qualité et des coûts, la trajectoire de soins et de services bénéficie grandement de l'utilisation des meilleures données probantes et du partage de connaissances rendu possible par la communauté de pratique virtuelle.

« On a une responsabilité populationnelle et on sait ce qui s'en vient pour la personne âgée. On va voir beaucoup de demandes dans notre réseau et ce dernier ne sera pas capable de soutenir cela. Donc il faut passer par les meilleures pratiques et les données probantes pour être à la fine pointe, faire les bonnes actions et pas juste financièrement être plus efficace, ce n'est pas ça que je veux dire, c'est vraiment pour rendre le service au plus de personnes possible. Je pense qu'on n'a pas le choix, l'impact est là. Il faut que tout le monde le comprenne cet impact-là et on doit y croire et embarquer là-dedans au-delà des impacts individuels pour les usagers qui auront de bons soins, une bonne qualité et une bonne sécurité. » (Gestionnaire 2)

« Avoir une qualité de soins est bénéfique pour tout le monde. »  
(Gestionnaire 5)

En guise de conclusion à la présentation des données entourant la trajectoire de soins et de services gériatriques, il est important de porter un regard sur le rapport annuel de gestion qui aborde l'organisation des soins et des services (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais, 2020). La mission de l'organisation repose sur l'accessibilité des soins et de services sociaux qui sont à la fois intégrés et de qualité. Dans ce sens, l'optimisation de la trajectoire de soins et services est de toute évidence pertinente et les gestionnaires ont intérêt à déployer les efforts nécessaires à la

réalisation de cette mission. Au niveau de la vision de l'organisation, il est mentionné que les soins et les services doivent être en mesure de s'adapter aux besoins de la population. Ceci peut être aisément juxtaposé aux préoccupations entourant l'expérience du patient ainsi que son implication tout le long de la trajectoire de soins et de services. Pour continuer, les valeurs de l'organisation qui sont la bienveillance, le professionnalisme, la collaboration et l'engagement peuvent être perceptibles dans l'ensemble de la trajectoire de soins et de services. Pour terminer, la philosophie de gestion aborde l'accessibilité, la fluidité, la qualité et l'efficacité. Ces grands fondements contribuent, tout comme les valeurs organisationnelles, à la mise en place d'un environnement où une attention réfléchie est portée à l'ensemble des interventions. Les gestionnaires ont le mandat d'intégrer tous ces principes et de les faire rayonner au quotidien au cœur de leurs équipes.

Dans ce même rapport, l'organisation souhaite moderniser le réseau et ses approches par la mise en place de services numériques de santé au sein du réseau (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais, 2020). Plus particulièrement, l'établissement de santé souhaite rehausser les données recueillies entourant les coûts par parcours de soins et services. La mise en place et l'adoption d'un nouveau logiciel pourront permettre d'appuyer le processus de prise de décision du professionnel dans un souci d'amélioration de l'efficacité des soins et services.

Pour terminer, ce document dresse également un résumé des différents rapports de coroner reçus pour l'année 2019-2020. La révision ou l'instauration d'une trajectoire de soins et de services furent des mesures mises en place dans 3 des 14 rapports reçus (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais, 2020). Ceci démontre que les situations évoluent et que l'attention portée à l'optimisation de la trajectoire de soins et de services est indispensable.

### 5.3.3.5 Analyse en profondeur du groupe — les gestionnaires

Les gestionnaires accordent également une très grande importance à l'utilisation des meilleures données probantes au cœur de la trajectoire de soins et de services gériatriques. Les données ainsi que les témoignages recueillis démontrent un souci imposant relié à la qualité des soins et des services et à l'expérience vécue du patient et de ses proches. Les gestionnaires abordent une perspective davantage macroscopique que les professionnels de la santé et des services sociaux, mais soulèvent tout de même des éléments similaires. Néanmoins, leur vision permet l'ajout d'informations essentielles à la compréhension globale du phénomène à l'étude. Dans un souci de cohérence méthodologique, il s'avère pertinent d'énoncer la question de recherche de ce travail doctoral. En effet, celle-ci permet de prendre du recul sur l'ensemble du contenu partagé par les gestionnaires tout en dégagant les grandes tendances. La question est la suivante :

*Comment la dynamique collaborative professionnelle virtuelle, soutenue par une plateforme de type wiki évolué, peut créer de la valeur à la trajectoire de soins et services ?*

À la lumière des données partagées et recueillies auprès des gestionnaires, il est possible d'avancer deux éléments de réponses à la question de recherche et une réflexion. Premièrement, l'émergence du savoir au cœur de la dynamique professionnelle virtuelle crée de la valeur à la trajectoire de soins et de services. Deuxièmement, la dynamique professionnelle virtuelle peut créer de la valeur à la trajectoire de soins et de services dans la mesure où ses activités sont contrôlées. Pour terminer, la réflexion porte sur les tensions vécues par les gestionnaires face aux enjeux de mise en œuvre des meilleures données probantes.

## L'émergence du savoir

---

Tout d'abord, les gestionnaires voient en la communauté de pratique virtuelle un levier important à la valorisation, le partage et l'acquisition de savoir spécifique à un domaine. En effet, celle-ci facilite les échanges entre les professionnels qui peuvent par la suite acquérir des connaissances ainsi que partager leurs expertises. Or, à la lecture des témoignages recueillis auprès des gestionnaires, deux éléments se démarquent particulièrement entourant la gestion de la connaissance : l'apprentissage social et l'orientation du professionnel novice.

Selon les gestionnaires, la communauté de pratique virtuelle peut devenir une occasion, pour le professionnel, d'acquérir des connaissances à l'aide des différentes interactions qu'il entretiendra auprès des pairs. L'apprentissage social est un concept abordé initialement par Bandura (1977) et donna lieu, quelques années plus tard, à la théorie sociale cognitive (Bandura, 1986). En quelques mots, l'apprentissage peut se faire notamment par l'observation d'un pair qui met en œuvre le comportement à acquérir. De plus, une personne peut, suite à l'exposition à des situations similaires, articuler une réponse par raisonnement à une situation donnée. Malgré une certaine ambiguïté entourant la notion d'apprentissage social et de cohérence à la théorie mère (Reed et al., 2010), les propos des gestionnaires sont justes et adéquats. En effet, les deux exemples de stratégie d'acquisition de connaissances mentionnés précédemment peuvent se rapporter aux différents témoignages entourant la communauté de pratique. De plus, la littérature spécifique entourant la communauté de pratique énonce clairement que le but visé par cette dernière est d'articuler une réponse aux préoccupations de partage ou de transfert des connaissances (Li et al., 2009 a ; E. Wenger, 2005).

Dans cette optique, les professionnels appartenant à la communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme wiki, peuvent bénéficier d'un ensemble de

connaissances basées sur les meilleures données probantes. Celles-ci permettent le rehaussement de la qualité de leur exercice clinique tout en contribuant à l'épanouissement et au bien-être du professionnel. Les gestionnaires sont conscients de l'importance accordée, par les professionnels, à la qualité de leurs interventions. La communauté de pratique virtuelle permet de tisser des liens avec les professionnels de même discipline et de disciplines complémentaires dans le but d'adopter une vision plus globale et holistique de la gériatrie. À cet effet, peu d'interactions directes d'intervenants sont rapportées par les gestionnaires, mais une logique disciplinaire et collaborative, où la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité sont amalgamées, est notable. En revanche, la passion commune de la gériatrie, au cœur de la communauté de pratique, permet de conserver une pertinence et une cohérence des échanges entretenus entre les professionnels (Raymond et al., 2010 ; Webler, Kastenholz, & Renn, 1995).

Également, les gestionnaires détectent un gain intéressant entourant la gestion des expertises par la communauté de pratique. Effectivement, les connaissances contextualisées et les recherches d'un professionnel, une fois partagées, peuvent éviter les démarches similaires des collègues. En d'autres termes, lorsqu'un professionnel effectue une démarche d'acquisition de connaissances entourant une meilleure donnée probante, il peut désormais partager son savoir auprès de ses collègues à l'aide de la communauté de pratique. Ce partage, par ricochet, permet d'éviter des doublons. Cette situation se réfère à un gaspillage où les activités sont excessives et les processus inutiles (Bergeron & Gaudet, 2020). Tout compte fait, les démarches d'acquisition de connaissances et de recherche de meilleures données probantes, partagées dans une communauté de pratique virtuelle, permettent la création de valeur où l'expertise des participants est exploitée de manière efficiente, équitable à son meilleur.

En deuxième temps, les gestionnaires soulèvent l'importance de l'orientation du professionnel novice qui intègre la spécialité de la gériatrie. Effectivement, l'organisation assure néanmoins une période d'accueil et d'intégration où l'ensemble des protocoles et procédures sont présentés. Cette orientation, davantage théorique, est suivie d'une brève période de jumelage aux unités de soins. Selon la littérature, l'intégration au milieu de soins est une période aux multiples défis (Halpin, Terry, & Curzio, 2017). Dans le cas du personnel infirmier, des doutes peuvent également s'installer dans la mesure où il juge sa préparation inadéquate à l'accomplissement de son rôle (Regan et al., 2017) dans un environnement au soutien insuffisant (Flinkman & Salanterä, 2015). Comme mentionné par un gestionnaire, certaines ressources sont mises à disposition des novices, mais la sollicitation répétée d'un moniteur clinique peut engendrer un certain malaise du nouvel employé. À cet effet, la venue de la plateforme wiki évoluée semblait un moyen supplémentaire, doté d'une plus grande flexibilité, pouvant appuyer les nouveaux employés à la réalisation de leurs exercices cliniques.

À la lumière des informations partagées précédemment, les soucis entourant l'intégration des nouveaux employés aux équipes existantes nécessitent une attention. Tout d'abord, la littérature souligne que les plateformes wiki peuvent rehausser le niveau de cohésion et de complicité dans les équipes interprofessionnelles (Stephens et al., 2013). Dans un contexte pédagogique, il fut démontré que les fondements interactifs, collaboratifs et virtuels du wiki contribuent à l'acquisition de connaissances chez les apprenants (Boulos, Maramba, & Wheeler, 2006). Du côté de la communauté de pratique, il est intéressant de constater qu'à la base, Lave and Wenger (1991) soutiennent que les novices peuvent aisément acquérir des connaissances en étant entourés d'experts. En effet, les experts deviennent des mentors et des figures de rôles pouvant influencer positivement les novices. Depuis ce temps, le terme communauté de pratique a évolué et amena un certain lot de



confusion quant à son utilisation et sa signification profonde (Buckley, Steinert, Regehr, & Nimmon, 2019). Malgré tout, un élément fondamental doit demeurer au cœur de la communauté de pratique : l'apprentissage (Tummons, 2018).

Néanmoins, un paradoxe s'installe à la lumière de ces constats. En effet, selon un document interne de l'organisation soignante, la communauté de pratique s'adresse plutôt à des professionnels experts dotés de 13 ans d'expérience clinique dans une spécialité. Ces propos dévient de la conception à la fois des gestionnaires, mais également de la littérature proposée ici haut. La confusion citée par Buckley et al. (2019) entourant le terme communauté de pratique prend tout son sens suite à cette prise de conscience. Malgré une certaine ambiguïté, cet élément devient pertinent à la compréhension profonde du phénomène à l'étude.

Dans le but d'accompagner judicieusement les novices à l'appropriation de leurs nouveaux rôles au cœur des organisations soignantes, l'adhésion et la participation à une communauté de pratique virtuelle, soutenue par une plateforme wiki évoluée, peuvent définitivement être une venue pertinente. La plateforme est disponible en tout temps pour les participants et ils peuvent l'utiliser selon leurs besoins à tout moment. Ils peuvent bénéficier des meilleures données probantes et peuvent solliciter la collaboration de professionnels appartenant à la même discipline ou à une discipline complémentaire. De plus, cet environnement supporte l'apprentissage par les pairs où les professionnels s'influencent positivement à la mise en œuvre des meilleures données probantes.

La mise en place d'une communauté de pratique virtuelle gériatrique, supportée par la plateforme wiki évoluée, devient un levier important aux yeux des gestionnaires qui ont le souci d'assurer un niveau élevé de qualité des interventions où les meilleures données probantes sont utilisées. À cet effet, la trajectoire de soins et de services

gériatrique gagne en pertinence et en efficience puisque l'ensemble des professionnels détiennent les outils et les moyens nécessaires à la mise en œuvre des meilleures données probantes. Par ailleurs, les gestionnaires voient dans cette utilisation des meilleures connaissances une diminution de la durée du séjour du patient et une réduction des erreurs. Somme toute, la venue d'une communauté de pratique supportée par une plateforme wiki évoluée est plutôt souhaitée et voulue par les gestionnaires.

### Le souci du contrôle

---

En deuxième temps, il est intéressant de soulever l'importance du contrôle auprès des gestionnaires gériatriques. Les activités de contrôle font en effet partie du quotidien d'un gestionnaire. Par définition, le contrôle est une fonction de gestion qui consiste à porter un regard sur les activités réalisées et de s'assurer qu'elles atteignent les objectifs souhaités (Dessler, 2009). À l'aide de lignes directrices préalablement élaborées, les gestionnaires doivent assurer que les pratiques cliniques réelles sont harmonisées aux pratiques cliniques voulues. À titre d'exemple, dans le domaine de la santé et des services sociaux, des organismes accréditeurs de haut niveau identifient un certain nombre de pratiques et de normes de qualité et de sécurité qui doivent être mises en œuvre dans le but d'assurer le meilleur service à la population (Accreditation Agrément Canada, 2021). De plus, le MSSS du Québec dresse régulièrement une liste des objectifs prioritaires et des indicateurs de mesure dans le souci de réaliser sa mission auprès de la population (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019a). Au diapason de ces orientations s'ajoutent également les engagements locaux traduits également en indicateurs de mesure (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais, 2020). Dans le cadre de son exercice, le gestionnaire doit donc mesurer le rendement à la lumière de ces orientations et balises établies, comparer le rendement réel aux normes établies et procéder, dans la mesure du possible, à la mise en œuvre de mesures correctrices au besoin.

Dans le cadre du projet de recherche, les gestionnaires entretiennent un intérêt face aux pratiques cliniques et à leur suivi. Afin d'assurer le contrôle de ces dernières, certains gestionnaires optent pour l'étude et la revue des dossiers des patients. L'ajout de la plateforme wiki évoluée serait une venue intéressante pour les gestionnaires. En effet, l'étude de dossiers traditionnels est une opération très chronophage et par conséquent, se fait à certains moments seulement. La plateforme permet l'appréciation de la pratique clinique en temps réel et facilite le suivi des interventions mises en œuvre par les professionnels. Les ajustements peuvent être effectués immédiatement où les ressources documentaires, basées sur les meilleures données probantes, peuvent être améliorées dans le souci d'atteindre les cibles visées. Cette démarche, beaucoup plus efficace, permet d'approcher la philosophie de l'amélioration continue, mentionnée notamment par certains acteurs. Or, le projet de recherche, s'appuyant sur l'intégration de la plateforme wiki évoluée auprès d'une communauté de pratique virtuelle gériatrique, n'a pas exploré son utilisation auprès des gestionnaires. Néanmoins, à la lumière des témoignages recueillis, de la compréhension de leur rôle au cœur des pratiques cliniques et de leurs besoins, il est possible d'avancer que les fonctionnalités de traçabilité de la pratique clinique en temps réel seraient très bénéfiques pour ce groupe.

Dans un ordre d'idée similaire, les gestionnaires s'investissent et s'impliquent dans le contrôle et la surveillance des pratiques cliniques exercées à leur unité de soins à l'aide d'indicateurs et de balises déterminées. Dans cette optique, les gestionnaires ont le devoir d'assurer la conformité de la documentation clinique des professionnels aux normes organisationnelles. En effet, cette documentation est le reflet à caractère légal des interventions effectuées auprès d'un patient par le professionnel. Cet exercice est souvent appelé audit de qualité (Donabedian, 1988). Les analyses documentaires ont également révélé des informations plutôt intéressantes entourant l'exercice de contrôle des gestionnaires. D'une part, les gestionnaires détiennent un

niveau de connaissances limité de l'exercice clinique réalisé par leurs employés et d'une autre, plusieurs lacunes furent soulevées entourant la qualité de la documentation clinique produite et la non-conformité aux actions professionnelles réelles (Carrière, 2019). Confrontés à ces préoccupations, les gestionnaires s'intéressent à la documentation clinique produite à l'aide de la plateforme wiki évoluée. À ce sujet, la fusion d'un formulaire infirmier et d'un formulaire axé sur l'évaluation de la personne âgée attira l'attention des gestionnaires. Ces derniers se sont assurés que l'information ainsi recueillie, à l'aide de la ressource documentaire de la plateforme wiki évoluée, demeurerait conforme aux pratiques exigées par l'organisation. De toute évidence, la documentation clinique électronique peut simplifier et accélérer le processus clinique du professionnel, mais en revanche peut créer une dynamique potentiellement malsaine. En effet, la documentation clinique électronique banalise, jusqu'à un certain point, la surveillance de la conformité du travail des professionnels (Dillard - Wright, 2019). Par ailleurs, ce regard managérial peut créer des précédents étant donné qu'il peut désormais se faire à tout moment et à l'insu du professionnel qui devient le point de mire de cet examen. Au final, les gestionnaires concluent que la fusion des deux formulaires organisationnels est pertinente, apporte de la richesse à la note évolutive clinique et résulte à une efficience du processus du professionnel.

Pour continuer, les gestionnaires mentionnent également à plusieurs reprises que la communauté de pratique virtuelle est un milieu favorable au développement professionnel et à la découverte des meilleures données probantes. Toutefois, certains gestionnaires soulèvent l'enjeu de la qualité du contenu et des échanges entretenus et du processus nécessaire à la sélection judicieuse et la validation de la connaissance. Comme mentionné précédemment, la communauté de pratique est un environnement neutre où les échanges, le partage et le dialogue sont de mise. Effectivement, la littérature soulève ce défi de cohérence où la connaissance véhiculée doit être

porteuse de sens pour l'organisation (Casson, 1997). Certains mécanismes et une structure reconnue peuvent s'avérer utiles dans le souci d'assurer le fonctionnement optimal de la communauté de pratique (Corso et al., 2006). Par ailleurs, la cohésion entre les membres de la communauté de pratique assure une plus grande signification des connaissances partagées facilitant ainsi leur compréhension et une mise en œuvre éventuelle adéquate (Brown & Duguid, 1998). Somme toute, la préoccupation des gestionnaires est légitime et justifiable dans un domaine où le rythme de production de connaissances est extrêmement rapide.

Selon les constats mentionnés ici haut, il s'avère pertinent d'observer de plus près les données recueillies auprès des gestionnaires entourant la gestion de la connaissance. Tout d'abord, les gestionnaires apprécient le concept de la communauté de pratique dans le sens où elle permet de raffiner la connaissance partagée à un domaine bien précis. De plus, un gestionnaire, ayant côtoyé d'un peu plus près la plateforme wiki évoluée, mentionne avec enthousiasme la possibilité de joindre un sceau d'approbation d'organismes reconnus et même de l'organisation lorsque la ressource documentaire est conforme. Cette fonctionnalité facilite le contrôle de la qualité des ressources documentaires tout en appuyant le professionnel dans ses choix.

En conclusion, les gestionnaires ont le devoir d'exercer le contrôle des activités qui se déroulent au cœur de leurs unités respectives. Il est possible de comprendre, à la lumière des données partagées par les gestionnaires, que les activités de contrôle découlent également d'une responsabilité professionnelle et du souci d'offrir des soins et des services de qualité à la population. Dans la mesure où la communauté de pratique virtuelle gériatrique, soutenue par la plateforme wiki évoluée, est bien balisée et fait appel à des mécanismes de régulation, elle peut définitivement contribuer au rehaussement de la qualité de la trajectoire de soins et de services. Les

meilleures données probantes sont mises en œuvre aisément par les professionnels et les gestionnaires peuvent également assurer un suivi plus rigoureux de celles-ci.

#### Les tensions de la mise en œuvre des meilleures données probantes

---

Ce dernier point de l'analyse des données recueillies auprès des gestionnaires est davantage axé sur une réflexion. En effet, des données émergentes portent une lumière davantage macroscopique sur le phénomène à l'étude. Des tensions sont soulevées par les gestionnaires qui voient en la communauté de pratique virtuelle une réelle opportunité de rehausser la qualité des soins et des services, mais sont incapables d'obtenir les conditions gagnantes à son plein déploiement. Afin de permettre une réflexion adéquate, trois points seront abordés : les moyens, la reconnaissance et la culture de la trajectoire de soins et services gériatriques.

En premier temps, les gestionnaires sont d'accord et encouragent l'utilisation judicieuse des technologies de l'information au cœur de leurs équipes. En effet, tel que mentionné précédemment, les meilleures données probantes sont désormais publiées et disponibles sur des bases de données web et à l'aide de plateformes dont celle visée par la présente étude. L'apport des technologies de l'information devient intrinsèque aux yeux des gestionnaires. Toutefois, la tension s'installe dans la mesure où les ressources informationnelles et technologiques sont réparties de manière inéquitable ou voire même difficilement accessible pour les professionnels. De plus, l'accompagnement à l'appropriation et à l'utilisation des outils technologiques est timide et repose grandement sur les capacités acquises des professionnels ou les initiatives isolées. La littérature mentionne que les projets technologiques du domaine de la santé nécessitent certaines conditions gagnantes à leur plein déploiement. C'est sans surprise que les équipements technologiques performants, les infrastructures ainsi que leurs entretiens réguliers sont mentionnés par Gericke, Kurowski, Ranson, and Mills (2005). De plus, les difficultés d'accès et les ennuis techniques sont des

freins importants à la mise en œuvre des communautés de pratique virtuelles et à la participation active des membres (Maloney-Krichmar, Abras, & Preece, 2002). Les gestionnaires doivent faire face à cette tension où ils souhaitent atteindre un niveau irréprochable de qualité des soins et des services sans toutefois avoir les conditions gagnantes pour y parvenir.

Dans un autre ordre d'idée, les gestionnaires soulèvent également le besoin de reconnaissance organisationnelle à l'égard de la communauté de pratique virtuelle. Certains gestionnaires soutiennent qu'il existe des nuances entourant la définition attribuée à la communauté de pratique et qu'une attention judicieuse s'impose. Il s'agit d'une préoccupation justifiée dans le sens où des chercheurs avancent qu'aucune définition claire et partagée n'existe en lien avec la communauté de pratique virtuelle (De Souza & Preece, 2004). Néanmoins, Preece, Abras, and Maloney-Krichmar (2004) énoncent trois grandes caractéristiques détenues par une communauté de pratique virtuelle : détenir une mission, être supportée par la technologie et être règlementée. La documentation interne de l'établissement énonce clairement la définition, les objectifs et les différentes modalités de la communauté de pratique. Or, ces informations ne sont pas partagées auprès des gestionnaires à la lumière du paradoxe soulevé précédemment entourant la composition de la communauté de pratique. Pour continuer, les gestionnaires affirment qu'un encadrement de cette communauté de pratique virtuelle est nécessaire dans le souci de lui attribuer un plus grand pouvoir au cœur de l'organisation soignante. En effet, les gestionnaires reconnaissent le potentiel et surtout la valeur ajoutée par la communauté de pratique virtuelle. Toutefois, les échanges et les prises de conscience entourant les meilleures données probantes sont coincés au niveau de la communauté de pratique pénalisant ainsi le reste de l'organisation qui pourrait potentiellement en bénéficier. En lien avec ce constat, la littérature mentionne que le soutien aux petites initiatives innovantes est crucial à leur développement. Dans un souci de faire vivre et

grandir ces petites initiatives, des manœuvres de développement à la verticale sont nécessaires (J. Shaw, Tepper, & Martin, 2018). Dans cette optique, les directions des sphères stratégiques pourront notamment modifier certaines politiques internes et fournir un support structurel au diapason de ces initiatives (Desveaux, Soobiah, Bhatia, & Shaw, 2019). D'une part, les gestionnaires aspirent au développement d'une organisation apprenante, mais doivent se résigner à patienter. Toujours en lien avec la reconnaissance de la communauté de pratique virtuelle, des gestionnaires souhaitent améliorer la proactivité de la prise en charge des projets, dont celui de la communauté de pratique virtuelle gériatrique, soutenue par la plateforme wiki évoluée. En effet, des initiatives pertinentes et bénéfiques pour l'organisation reposent uniquement sur une poignée d'individus occasionnant ainsi une pérennité fragile. Dans de telles circonstances, la littérature démontre l'importance du soutien managérial concernant les communautés de pratique. Il s'agit d'un changement où l'implication des gestionnaires est primordiale (Liberati et al., 2017 ; N. C. Shaw, DeLone, & Niederman, 2002). Du côté des projets technologiques, Amoako-Gyampah et al. (2018) démontre l'importance d'une implication active des sphères managériales qui se démarque largement de la simple disponibilité au besoin. Un investissement d'énergie et de temps, via une participation dans les différents comités et rencontres, contribue à l'atteinte des objectifs du projet. Cette présence marquée par un leadership engagé envoie également un message fort aux équipes qui prennent conscience de l'importance du projet et de la place qu'il occupe au sein de l'organisation (Amoako-Gyampah et al., 2018). Malgré la volonté organisationnelle d'intégrer les communautés de pratique (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais, 2020), les gestionnaires doivent s'armer de patience et de tolérance à l'ambiguïté en ce qui a trait à l'accompagnement des initiatives comme la communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme wiki.



Troisièmement, il est important d'aborder la perspective des gestionnaires en ce qui attrait la place occupée par le patient et ses proches dans la trajectoire de soins et de services. Selon les énoncés de l'organisation, la participation du patient et de ses proches est un élément implicite de la collaboration; l'une des quatre valeurs organisationnelles (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais, 2020). De manière plus spécifique, l'approche adaptée à la personne âgée, véhiculée par la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées de l'organisation, favorise l'implication de la famille au cœur de son offre de soins et de services en unité gériatrique (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais, 2020). Cependant, les gestionnaires dénoncent clairement que le patient et ses proches sont consultés, impliqués et même informés de manière mitigée tout au long de la trajectoire de soins et de services. Les témoignages des gestionnaires peuvent se juxtaposer aux conclusions des rapports rédigés suite à aux visites de l'organisme accréditeur en qualité. Le patient ainsi que ses proches ne sont pas suffisamment impliqués dans la trajectoire de soins et de services et l'adoption de cette culture, cette manière de faire, est plutôt ardu. Les gestionnaires doivent régulièrement faire des rappels aux équipes soignantes ou encore réparer les pots cassés par une intervention mise en œuvre trop rapidement. Selon la littérature, le patient et ses proches sont au cœur même de la trajectoire de soins et de services (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2019) et sont considérés comme des parties prenantes à part entière. De plus, la pleine participation du patient et de ses proches, dans un contexte de maladie chronique, est primordiale dans le souci de mieux connaître la maladie, de gérer les différentes manifestations, de comprendre les interventions et d'apprendre à vivre avec la condition de santé (Chappuis, Rivier, Pasche, & Cordonier, 2002 ; Pariel, Boissières, Delamare, & Belmin, 2013). Somme toute, les gestionnaires partagent cette valeur d'impliquer de manière continue le patient et ses proches, mais se heurtent à des discours contradictoires organisationnels et à des équipes soignantes qui appliquent difficilement cette approche.

À la lumière de cette réflexion, il est possible de constater une certaine similitude entre les tensions vécues par les gestionnaires de la présente étude et les travaux de Bolduc (2017). En effet, les différentes intégrations structurelles du réseau de la santé et des services sociaux occasionnent des disparités où l'allocation des ressources, la priorisation des initiatives et la détention du pouvoir exercent une pression accrue sur les gestionnaires. Cette situation partagée par les gestionnaires du projet de recherche apporte une certaine profondeur aux enjeux de mise en œuvre des meilleures données probantes. Eu égard leur bonne volonté et leur dynamisme à l'appui de la mise en œuvre des meilleures données probantes, d'autres éléments, hors de leur atteinte directe, influencent le déploiement. Dans un souci d'optimiser la trajectoire de soins et de services gériatriques, une période de recul s'impose où, entre autres, l'attribution des ressources technologiques, la reconnaissance de la communauté de pratique et l'implication du patient et de ses proches seront à l'honneur.

En guise de conclusion à la section dédiée à la présentation et l'analyse des données du groupe des gestionnaires en gériatrie, le tableau 5.5 propose une synthèse des expériences et perspectives recueillies.

Tableau 5.5 : Synthèse des expériences et perspectives des gestionnaires en gériatrie

<b>Comment la dynamique collaborative professionnelle virtuelle, supportée par une plateforme de type wiki évoluée, peut créer de la valeur à la trajectoire de soins et services gériatriques ?</b>			
<b>Gestionnaires gériatriques</b>	L'émergence du savoir <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diffusion judicieuse</li> <li>• Application réfléchie</li> <li>• Soutien aux novices</li> <li>• Valorisation professionnelle</li> <li>• Apprentissage social</li> </ul>	Le souci du contrôle <ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveillance</li> <li>• Indicateurs</li> <li>• Tendre à l'amélioration continue</li> </ul>	Les tensions de la mise en œuvre des meilleures données probantes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frein technologique</li> <li>• Frein organisationnel</li> <li>• L'implication difficile du patient et ses proches</li> </ul>

### 5.3.4 Acteurs clés en gestion de la qualité

#### 5.3.4.1 Plateforme wiki évoluée

Quelle est l'utilité perçue de la plateforme wiki évoluée ?

---

Tout d'abord, en vue d'alléger le texte, les acteurs clés en gestion de la qualité seront nommés tout simplement acteurs clés dans la présente section.

Les acteurs clés abordent l'utilité perçue de la plateforme wiki évoluée sous des facettes complémentaires aux deux prochaines sous-questions. Tout d'abord, les acteurs clés accordent une certaine utilité à la plateforme. En effet, celle-ci peut facilement et rapidement rejoindre un bassin de professionnels selon leur communauté de pratique respective et selon leur disponibilité. Ce véhicule de connaissance permet d'adresser un certain soulagement à plusieurs tensions vécues par les acteurs clés. Ils accordent une grande importance à la qualité des soins et des services offerts par l'organisation sans toutefois bénéficier d'outils permettant la réalisation de leur mandat. Par ailleurs, la plateforme wiki évoluée est dotée d'une présentation visuelle attrayante où il est facile d'y naviguer.

« C'est un média user-friendly qui pousse l'information au moment où la personne en a besoin et qu'elle est disposée à recevoir cette information-là oui.  
» (Acteur 5)

Parallèlement, la plateforme devient utile dans la mesure où elle est bien gérée, balisée et surtout reconnue. Lors des observations participantes, un acteur clé soulève l'importance de cette structure qui doit graviter autour de la plateforme. Une mobilisation à la fois des équipes de gestion et des professionnels de la santé doit être perceptible. Selon lui, il s'agit d'un outil innovateur qui modifie la logique actuelle de diffusion des meilleures données probantes. L'implication et la reconnaissance sont

essentielles à son utilisation et surtout son éventuel déploiement. Il est important d'être aussi en mesure d'en faire la promotion et de diriger les personnes intéressées à sa participation.

« Si un stagiaire veut participer à une communauté de pratique, il doit avoir accès à cette communauté, il doit savoir où s'adresser, il doit savoir où trouver l'information que cette communauté-là existe. » (Acteur 2)

Pour terminer, un acteur clé mentionne que la plateforme wiki évoluée peut potentiellement appuyer les différentes normes provenant d'ordres professionnels traitant de l'obligation de formation continue. Effectivement, de multiples disciplines médicales et sociales exigent un certain nombre d'heures de formation continue annuellement. L'acteur clé soulève que souvent, l'organisation est dans l'impossibilité d'offrir des formations continues à tous les professionnels faute de budget. Néanmoins, l'accessibilité à une plateforme partagée comme le wiki évolué peut contribuer à diffuser les nouvelles données probantes acquises en formation avec l'ensemble des professionnels potentiellement visés par celles-ci. Jusqu'à un certain point, la plateforme contribue, selon cet acteur clé, à la formation continue et pourrait potentiellement récolter une reconnaissance en vue de distribuer des accréditations.

En quoi la plateforme wiki évoluée permet la mise en œuvre des meilleures données probantes ?

---

Dans une concordance d'idées, la sous-section se penchera spécifiquement sur la mise en œuvre des données probantes appuyées par la plateforme wiki évoluée. Tel que mentionné précédemment, le contenu de la plateforme wiki évolué rejoint le professionnel dans son processus clinique. En effet, l'ensemble des meilleures données probantes sont traduites en ressources documentaires qui, à leur tour, se traduiront en note évolutive clinique. Toutefois, dans un contexte où le professionnel

ignore la présence d'une pratique exemplaire, la plateforme wiki évoluée peut pousser des ressources documentaires en s'appuyant sur le moteur de recherche ontologique. Selon un acteur clé, cette caractéristique du wiki évolué crée définitivement des conditions gagnantes à la mise en œuvre des meilleures données probantes.

« Ça pousse l'information au moment où la personne en a besoin et qu'elle est disposée à recevoir cette information-là. Oui, ça serait vraiment facilitant surtout pour nous au soutien à la pratique. » (Acteur 5)

Par ailleurs, un autre acteur clé soulève ces mêmes caractéristiques en portant toutefois une emphase sur l'intégration des données probantes au processus clinique et à la fluidité de la plateforme wiki évoluée. Les meilleures données probantes peuvent aisément se glisser au quotidien du professionnel lors de leurs interventions quotidiennes.

« Or un article scientifique, il faut prendre le temps de le lire et ça prend une réflexion et ce n'est pas ça que les praticiens ont de besoin. Ils ont besoin, comme les infirmières, les psychologues, tout le monde, des algorithmes, des choses qui sont pertinentes immédiatement dans la pratique, qui s'appliquent et qui suivent le raisonnement qu'ils sont en train de faire. Ça s'interface dedans et ils ne sont pas complètement déconnectés, ça ne nécessite pas de switcher dans ton cerveau. Le clinicien n'a pas le temps, ou alors il doit le faire à un autre moment, et du coup il y a encore ce décalage, et est-ce qu'il va s'en rappeler le lendemain face à la même situation. C'est la grande question. » (Acteur 1)

« La plateforme wiki évoluée est la seule plateforme qui, selon moi, a la seule réponse, le seul moyen qui selon moi a la chance de donner un résultat. Il y a

certainement des facteurs qui vont faire en sorte que ça va plus ou moins marcher, mais en tout cas dans son concept, dans son approche, si elle s'intègre bien dans les outils qu'utilisent déjà les cliniciens et ça c'est un point très important. La plateforme doit s'intégrer, ça ne doit pas être quelque chose à côté, c'est la force de la plateforme wiki évoluée. » (Acteur 1)

Pour continuer, un acteur clé soulève la mobilité de la plateforme. En effet, un professionnel, doté d'un ordinateur portable, peut aisément l'utiliser où bon lui semble, et même au chevet du patient où les meilleures données probantes gagnent à être disponibles.

« Au chevet du patient c'est le meilleur et c'est pour ça que j'aime beaucoup la plateforme wiki évoluée, justement parce que c'est au chevet du patient. C'est-à-dire que tu n'as pas à faire une démarche à l'extérieur de l'épisode de soins pour justement avoir accès aux données probantes. » (Acteur 3)

Dans un ordre d'idée parallèle, il est intéressant de constater qu'un acteur clé accorde une importance à la mise en œuvre des données probantes, mais également au renforcement de leur utilisation. En effet, la forme adoptée par la plateforme wiki évoluée rappelle aux professionnels la meilleure pratique exemplaire au moment du soin. Dans le cas d'une intervention effectuée occasionnellement, la plateforme devient un filet de sûreté pour le professionnel en le guidant vers la meilleure donnée probante.

« Pour une pratique exemplaire, si c'est sur une activité qui est rarement faite, il y a un risque. La plateforme wiki évoluée est très importante pour rappeler à ce moment-là, car on oublie qu'on avait changé. Ça nous arrive même dans notre vie quotidienne. Exemple quand je fais mes impôts et j'oublie la dernière bonne pratique que j'ai utilisée la dernière fois, je recommence

comme s'il y a 10 ans, c'est juste pour dire que quand on fait quelque chose qu'on ne fait pas souvent, il doit y avoir un rappel que ce n'est pas comme ça.  
» (Acteur 1)

Pour continuer, face à la vitesse de production des meilleures données probantes et l'actualisation régulière des pratiques exemplaires, un acteur clé soulève l'importance d'avoir un outil qui permet de suivre ce rythme et d'adopter une optique basée sur l'amélioration continue. La plateforme wiki évoluée peut aisément remplir ce mandat tout en permettant le travail collaboratif en vue d'actualiser et de mettre en œuvre les meilleures données probantes.

« Un outil comme ça c'est qu'il t'amène à toujours changer, mais tu ne t'en rends pas compte, ça devient et ça fait partie de ton travail de t'assurer que tu es toujours dans la bonne pratique. Ce n'est pas comme je fais une bonne pratique, je suis peinard pour 10 ans, il n'y aura pas de chose nouvelle pendant 10 ans. C'est là où ça provoque un gros changement et que c'est difficile. Donc c'est qu'on appelle l'amélioration continue. » (Acteur 1)

« Pour moi un outil comme la plateforme wiki évoluée devrait nous aider à suivre l'évolution plus vite et de ne pas être comme ça décalé de 10 ans. » (Acteur 1)

« Au niveau intellectuel tu vas avoir plus tendance à aller chercher l'information et l'appliquer dans ta pratique et d'être plus ouvert et d'être habitué à avoir cette ouverture. » (Acteur 5)

« Il y a certaines pratiques qui ne sont pas adéquates et on peut se mettre ensemble pour retravailler une pratique donnée. » (Acteur 2)

En ce qui concerne l'autonomie professionnelle, un bon nombre d'acteurs clés se sont prononcés face à la disponibilité des meilleures données probantes accordée par la plateforme wiki évoluée. En fait, la plateforme est disponible à la demande du professionnel détenteur d'un accès web dans l'organisation. Selon ses propres disponibilités, il peut créer des ressources documentaires, commenter les ressources documentaires des pairs, consulter les meilleures données probantes et utiliser la plateforme dans un contexte clinique. Lors des observations participantes, un acteur soulève l'importance de cette autonomie professionnelle. Ceux-ci effectuent de longues études et détiennent la rigueur nécessaire à la prise en charge de leur développement professionnel ainsi que leur exercice clinique. L'acteur clé ajoute également que l'utilisation de la plateforme se fait indépendamment des activités des collègues. Souvent le professionnel doit attendre la disponibilité du dossier papier du patient ou noter ses interrogations dans l'espoir d'être en mesure de trouver des réponses dans les plus brefs délais. En d'autres termes, les points forts de la plateforme wiki évoluée sont sa disponibilité et sa facilité d'utilisation qui expose le professionnel aux meilleures données probantes et l'encourage à les mettre en œuvre.

Pour continuer, le processus de création de ressources documentaires fut également abordé par un acteur clé lors des observations participantes. Selon lui, la plateforme wiki évoluée rend le partage des connaissances facile par sa forme et ses fonctionnalités. La création d'une ressource documentaire peut se faire rapidement et aisément par un professionnel ou toute personne détentrice d'une expertise dans un domaine. Il devient également intéressant de partager les résultats de recherches obtenus localement dans le souci de faire rayonner les initiatives et de fournir des données contextualisées. Dans la mesure où la base de données de la plateforme est enrichie sur une base régulière, la mise en œuvre des meilleures données probantes devient un incontournable et l'intégration au processus clinique rend plutôt impossible pour le



professionnel d'outrepasser les meilleures pratiques. Du coup, le professionnel est confronté aux meilleures données probantes et se met inconsciemment en mode apprentissage à la fois de manière individuelle, mais également en s'appuyant sur ses collègues.

« Ça oblige les gens qui sont moins connaissant à rehausser le niveau de connaissance. » (Acteur 3)

« Tout le monde pourra bénéficier des connaissances de chacun dans la mesure où elles sont partagées. C'est donc plus facile, ça donne une plateforme aux gens afin qu'ils puissent partager leurs connaissances. Les connaissances peuvent être écrites, des formulaires, des vidéos. » (Acteur 2)

« Déjà de bénéficier de l'expérience de tous et de chacun dans l'applicabilité des nouvelles pratiques, ça fait sauver du temps. » (Acteur 5)

« C'est beaucoup plus facile d'implanter le changement à tous lorsque ça vient des pairs comparativement à une provenance top-down. Parce que les gens voient une plus-value et ce n'est pas quelqu'un qui souhaite changer leur travail. » (Acteur 2)

Pour continuer, ce processus d'apprentissage par les pairs est également mentionné dans une optique de validation des ressources documentaires de la plateforme wiki évoluée.

« La plateforme wiki évoluée peut identifier l'auteur de la ressource documentaire. Si je connais l'auteur et comment cela a été fait, je suis capable d'aller vérifier un peu quand même. Mais je me dis c'est une personne de ma région, de mon contexte, de mon établissement, donc du coup ça m'amène à

prouver plus facilement, à créditer cette connaissance et du coup à m'inciter à l'appliquer dans ma pratique. » (Acteur 1)

En raison de ce qui précède, un acteur clé bonifie les arguments entourant la pertinence et l'utilité de la plateforme wiki évoluée à la mise en œuvre des meilleures données probantes. Selon lui, le fait que les ressources documentaires partagées doivent être appuyées de documentation scientifique ou d'une référence crédible facilite la mise en œuvre des meilleures données probantes. Cela oblige le professionnel à s'investir dans le travail de création de ressources documentaires et à prendre le temps de bien assimiler le contenu scientifique partagé.

« Je crois que l'avantage c'est de rehausser le niveau. Le fait de partager une forme d'argumentation, du fait que tu es obligé de soutenir ton idée, donc tu es obligé de l'appuyer sur des données probantes. » (Acteur 3)

Pour terminer la recension des données directement obtenues auprès des acteurs clés, des informations furent partagées en lien avec des activités de gestion entourant le contrôle. En effet, les fonctionnalités de traçabilité des pratiques réelles de la plateforme wiki évoluée permettent d'obtenir rapidement un portrait authentique des activités cliniques. Un acteur clé mentionne que plusieurs indicateurs utilisés ne sont pas pertinents et aucunement liés à la pratique réelle, rendant impossible l'appréciation de l'utilisation des meilleures données probantes dans l'organisation. La plateforme facilite le suivi des pratiques cliniques et peut fournir aux personnes intéressées des données significatives en vue d'assurer la mise en œuvre des meilleures données probantes.

« La plateforme wiki évoluée me permet d'avoir accès à des données pour voir si au fond l'application des bonnes approches est bien faite alors qu'actuellement, on regarde seulement les moyens, est-ce que les employés

ont une formation sur je ne sais pas quoi ? On regarde certains moyens, mais pas les résultats. » (Acteur 1)

En quoi la plateforme wiki évoluée appuie les interactions de la communauté de pratique virtuelle ?

---

En premier temps, les acteurs clés se penchent plutôt sur les avantages du format virtuel comparativement à une approche traditionnelle en présentiel. Tout d'abord, lors des observations participantes, il est mentionné que le format virtuel facilite la communication entre les professionnels, mais également entre les différents sites géographiques de l'organisation. En effet, la dernière réforme ministérielle occasionna un changement radical à cet effet. Le territoire couvert fut revu à la hausse et la mise en œuvre d'outils technologiques est plus que nécessaire pour assurer des interactions significatives entre les professionnels. Cette ouverture est également bénéfique pour la diversification des interactions et la richesse apportée par le partage des expertises centralisées.

« Bien en fait les professionnels ne sont plus connectés simplement au patelin, mais ils sont connectés à un groupe d'experts quand ils exposent leurs enjeux où leurs problématiques, donc dans le fond tu n'as plus accès à juste un cerveau, mais plutôt 50 cerveaux. » (Acteur 4)

« Ça peut aider des petits endroits isolés à se sentir moins isolé parce qu'ils font partie d'une communauté plus grande qu'eux, ils ont accès aux dernières pratiques même s'ils sont à Shawville. » (Acteur 1)

Dans le même ordre d'idée, la plateforme wiki évoluée facilite les échanges entre les professionnels et peut plus aisément trouver des réponses à leurs interrogations puisque la communauté de pratique en entier est sollicitée.

« Moi je ne comprends pas le présentiel. Je pense que les communautés de pratique doivent vivre en ligne et je ne devrais pas avoir des rencontres en face à face. Je pense qu'à la base ça devrait être de partager de l'information, d'envoyer des questions à l'univers puis que ça revienne avec de la littérature, ça se poursuit et ça fait boule de neige. » (Acteur 3)

En lien avec le côté virtuel de la communauté de pratique, un acteur clé discute des avantages de la plateforme wiki évoluée entourant la sécurité des échanges. Effectivement, certains véhicules virtuels ou plateformes de réseaux sociaux peuvent potentiellement présenter une brèche à la confidentialité et rapidement devenir un problème pour le professionnel et l'organisation. Lors des observations participantes, des acteurs clés rapportent les préoccupations entourant la sécurité des différentes plateformes web et outils virtuels qui sont proposés depuis quelques années. Dans le cas de la plateforme wiki évoluée, l'organisation lui accorde un espace sur les serveurs internes limitant ainsi l'exposition de son contenu. Cet aspect rehausse la confiance des utilisateurs et encourage les professionnels à interagir sur la plateforme.

Aux termes de ce qui précède, il devient intéressant de continuer en abordant la structure de la plateforme wiki évoluée. En fait, les fonctionnalités et la structure de cette dernière permettent le rapprochement des membres de la communauté de pratique virtuelle et facilitent les échanges.

« Comment le partage se fait ? C'est l'outil qui facilite le partage et je pense que même si je peux mettre ça en pratique, ça me parle vraiment et ça respecte l'esprit scientifique dans lequel nous sommes formés pendant des années. Donc l'outil permet le partage à cause de sa structure. » (Acteur 1)

Dans ce sens, la plateforme wiki évoluée peut contribuer à l'émergence d'experts de contenu clinique bonifiant ainsi les interactions au cœur de la communauté de

pratique virtuelle. En effet, la formule démocratisée du wiki constitue un terrain accessible aux professionnels qui souhaitent partager et échanger avec leurs collègues.

« Faire émerger des gens qui ont des choses à dire, mais qui actuellement n'ont pas la place parce qu'on n'est pas dans l'organisation de soins, ils sont dans la pratique, ils ont découvert quelque chose d'intéressant. Même faire émerger des idées de recherche. Ça fait émerger de nouvelles personnes et ce n'est pas toujours les mêmes qui sont les leaders des milieux. » (Acteur 1)

Dans cette logique, la plateforme wiki évoluée soutient également les interactions entre les professionnels de disciplines complémentaires. En d'autres mots, cette plateforme permet de rassembler les expertises tout en diversifiant les différents champs de pratique dans un domaine particulier. Des interactions intra et interprofessionnelles peuvent survenir.

D'un autre point de vue, une certaine nuance est également apportée par les acteurs clés qui attribuent certaines catégories d'interactions possibles dans une communauté de pratique virtuelle. Cette nuance est notamment attribuable aux différents profils d'utilisateurs et des motivations entretenues par ceux-ci.

« En fait je crois que ça va être dépendant un peu des profils intellectuels des gens. Donc il va y avoir un dialogue avec certains, il va y avoir des gens qui vont appliquer sans dialogue, qui vont aller chercher les outils et appliquer et ça finit là, car ils ont une confiance inébranlable à quelque chose qu'on ne comprend pas vraiment. Il y en a d'autres que ça va permettre des échanges. Par exemple moi j'étais à un tel endroit et on pourrait échanger sur l'outil ou mon expérience me dit je conteste ces guides. Ce qui n'est pas fou non plus parce que l'humain étant l'humain, ce n'est jamais aussi canné, jamais noir ou

blanc. Et donc je pense que c'est ça qu'une pareille plateforme va permettre. »  
(Acteur 1)

« Il y a une différence très franche que je fais entre les deux, car la communauté de pratique t'amène à te dépasser et ça va faire avancer toute la profession et ta manière de travailler tandis qu'une communauté de partage, qu'on voit plus et qu'on appelle aussi parfois des communautés pratiques, c'est plutôt : envoie-moi ta procédure je vais m'en inspirer et je vais en faire une pareille et je vais te citer. Dans le fond, c'est plus une communauté de partage de documentation basée sur des données probantes. » (Acteur 4)

« Des personnes seront plus membres observateurs ou d'autres utilisateurs de données des autres et qui ne s'investissent pas autant. Ça va faire en sorte que dans le give and take, ces personnes vont juste prendre, prendre et prendre. Donc elles ne sont pas très contributives à l'avancée donc ça fait en sorte que ça te prend une communauté qui a de tout, qu'il y a différents niveaux d'implication dans les communautés de pratique. » (Acteur 4)

Dans le but d'enrichir les données partagées précédemment, des analyses documentaires seront rapportées. Tout d'abord, il devient intéressant de répertorier les prises de position de différentes directions qui soutiennent la pratique clinique face à l'utilisation des meilleures données probantes ainsi qu'aux approches collaboratives. Dans un cadre de référence interne entourant la collaboration interprofessionnelle, trois directions prennent position face aux conditions gagnantes à la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle. La première direction mentionne que la coordination des expertises de tous et de chacun est un point essentiel à la construction conjointe d'un plan d'intervention où les objectifs de la trajectoire de soins et de services peuvent plus aisément être atteints. La deuxième

direction débute en affichant son aspiration à la qualité et la sécurité des soins et des services. Pour y arriver, elle encourage les meilleures pratiques en assurant un contrôle accru de la qualité dans un souci d'amélioration continue. La troisième direction dit s'assurer de la qualité et de la performance de l'ensemble des soins et services de l'organisation. Les principes d'interdisciplinarité et de partenariat sont mis de l'avant en vue de réaliser son mandat.

Dans ce même document interne de l'organisation, il est mentionné qu'une condition gagnante à la mise en place d'une collaboration interprofessionnelle est l'ajout d'un support technologique. Effectivement, celui-ci facilite l'accès ainsi que la diffusion rapide des informations. Les outils technologiques deviendront des incontournables au cœur des équipes de soins et de services.

En lien avec la mise en œuvre des meilleures données probantes, tel que mentionné précédemment, le dernier rapport annuel sur l'étude des plaintes révèle une préoccupation entourant directement les soins et services dispensés (Carrière, 2019). En effet, une augmentation constante de ce motif de plainte est observable depuis les quatre dernières années. La direction des soins infirmiers, considérée comme un acteur clé dans le présent travail, est ciblée par la majorité des plaintes compte tenu de nombreux écarts persistants au niveau de la rigueur, de la surveillance, de l'application de protocoles et de procédures, de la continuité des soins et du respect des ordonnances médicales. La direction des soins infirmiers, enclenchent de nombreuses révisions, met en œuvre des formations auprès du personnel infirmier et rédige de nombreux plans d'action en vue d'adresser une solution à ce problème. Eu égard les bonnes intentions et la volonté, les résultats demeurent insatisfaisants, les écarts au niveau de la qualité des soins persistent, l'intégration des meilleures pratiques demeure difficile et aucune pérennité des changements n'est assurée.

### 5.3.4.2 Dynamique collaborative de la communauté de pratique virtuelle

De quelles natures sont les interactions entre les professionnels de la communauté de pratique virtuelle ?

---

À la lumière des données recueillies auprès des acteurs clés, il est possible de constater des natures variées d'interactions au cœur de la communauté de pratique virtuelle. En premier temps, des témoignages se rapprochent de la pratique indépendante. En effet, ces exemples, rapportés par des acteurs clés, soulèvent les faiblesses possibles de ce type de pratique.

« Je pense que de travailler seul dans ton coin est la meilleure manière de faire des erreurs et de ne pas être efficace, ne pas être pertinent, rester dans tes vieux souliers et puis de rester dans ta zone de confort. » (Acteur 3)

« Tout seul on peut être très fort dans certaines choses, entre autres en santé dans les domaines qui nous intéressent, mais dans les domaines qui nous intéressent moins, c'est rare qu'on aille faire des formations et qu'on aille chercher des informations, donc du coup on garde nos faiblesses à ces endroits-là. » (Acteur 1)

Dans ce même ordre d'idée, la pratique indépendante, rehaussée par l'apport de la communauté de pratique virtuelle, est abordée par les acteurs clés. Les propos partagés soulèvent la valeur ajoutée au professionnel qui peut propulser ses apprentissages grâce à la présence de la communauté de pratique virtuelle ou tout simplement obtenir un accès aux meilleures données probantes. Avant d'aborder le contenu des entretiens, un constat pertinent fut recueilli lors des observations participantes. Le rehaussement de la pertinence de la collaboration professionnelle est possible grâce à la communauté de pratique virtuelle soutenue par la plateforme wiki



évoluée. Effectivement, lors de rencontres stratégiques, il est mentionné que plusieurs demandes de références aux spécialistes pourraient être évitées si les meilleures pratiques étaient connues. Par exemple, un dermatologue reçoit un nombre important de consultations qui ne nécessitent pas toujours son expertise. Dans ce cas, la plateforme peut rendre disponible une ressource documentaire créée par le dermatologue permettant ainsi au professionnel d'être mieux outillé lors d'une évaluation physique d'un patient. Dans ce cas, il sera porté à référer le patient seulement lorsque c'est vraiment nécessaire.

« Les professionnels ne sont plus connectés simplement au patelin, mais ils sont connectés à un groupe d'experts quand ils exposent leurs enjeux où leurs problématiques donc dans le fond tu n'as plus accès à juste un cerveau, mais plutôt 50 cerveaux où ça qui t'aide en même temps. » (Acteur 4)

« Au niveau intellectuel tu vas avoir plus tendance à aller chercher l'information et l'appliquer dans ta pratique » (Acteur 5)

« Tu te sens peut-être un peu plus grande ou tu as des réflexions que tu n'aurais pas eues avant parce que tu n'avais pas accès à ces informations-là. » (Acteur 2)

« Il va y avoir des gens qui vont appliquer sans dialogue, qui vont un peu comme disait qui vont chercher les outils et appliquent et ça finit là. Car ils ont une confiance inébranlable à quelque chose qu'on ne comprend pas vraiment. » (Acteur 1)

« Tu as accès à un réseau complet de personnes qui ont le même champ d'intérêt et qui se sont développées dans différents niveaux donc ça peut

amener un surdéveloppement de la pratique en soi ce qui peut être très intéressant » (Acteur 4)

« Le fait d'être plus ouvert et d'être habitué à avoir cette ouverture à comment les autres font les choses contrairement à quand tu travailles seul, pour toi tout seul. C'est vraiment l'ouverture. » (Acteur 5)

« Tu n'es plus seul » (Acteur 4)

« Bénéficiaire de l'expérience de tous et de chacun dans l'applicabilité des nouvelles pratiques. » (Acteur 5)

Pour continuer, d'autres propos se réfèrent davantage à la pratique par consultation et de référence. Effectivement, les acteurs clés avancent que la communauté de pratique virtuelle peut rendre disponible un bassin de personnes reconnues pour leur expertise dans un domaine. Il devient possible, pour le professionnel humble, de consulter, de poser des questions ou d'échanger avec ce collègue détenteur d'un plus haut niveau de connaissances.

« Ça va entraîner aussi, et c'est ce que j'espère, une ambiance interprofessionnelle, une place à la reconnaissance du travail des autres. » (Acteur 1)

« Ça va permettre certainement de découvrir des gens qui ne savaient même pas qu'ils étaient experts ou que leurs collègues étaient experts. » (Acteur 1)

Dans le cadre de cet exemple amené par un acteur clé, le patient est également impliqué dans le processus de consultation.

« Ça doit donner conscience à la personne et la rassurer quand on dit par exemple juste un instant, je vais envoyer la question à mes collègues pour m'assurer qu'on est dans le bon plan de traitement, je pense que ça peut aider énormément le patient. » (Acteur 4)

Toujours sur ce point, un acteur clé mentionne l'importance des interactions de consultation et de référence du point de vue des professionnels novices ou des stagiaires. Lors des observations participantes, ce dernier affirme que la communauté de pratique virtuelle permet de rapprocher les personnes et apporte un certain niveau d'aisance aux nouveaux professionnels. Selon cet acteur clé, l'apprentissage en se référant aux personnes plus expérimentées est important dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Dans un autre ordre d'idée, un nombre de données recueillies auprès des acteurs clés se réfère à la pratique de concertation. Ces échanges sont caractérisés par l'interaction bidirectionnelle et l'implication partagée dans les soins et services dans le souci de répondre aux besoins.

« Donc le fait d'échanger ensemble, on va se rendre compte qu'on a des patients qui sont usés et qui n'ont pas de symptômes. Il faut aller vers quelle direction pour être plus pertinent pour cette clientèle-là. » (Acteur 3)

D'autres idées partagées par les acteurs clés sont difficilement catégorisables à la lumière du modèle de Careau (2018). Effectivement, les exemples sont plutôt issus des démarches d'acquisition de connaissances dans un contexte de communauté de pratique virtuelle. Toutefois, le dialogue entretenu se rapproche de la pratique de concertation puisqu'un souci de bienveillance envers les soins et services est présent.

« Ça va permettre des échanges ; moi j'étais à un tel endroit et on pourrait échanger sur l'outil ou mon expérience ou contester ces guides. » (Acteur 1)

« Il y a certaines pratiques qui ne sont pas adéquates et on peut se mettre ensemble pour retravailler une pratique donnée. » (Acteur 2)

« C'est rehausser le niveau. Le fait de partager premièrement une forme d'argumentation du fait que tu es obligé de soutenir ton idée, donc tu es obligé de l'appuyer sur des données probantes. » (Acteur 3)

Des données émergentes méritent d'être partagées dans cette section. En effet, la place du patient et de ses proches est impérative dans le continuum des pratiques de collaboration. Des propos soulèvent d'une part la difficulté à intégrer ce concept au quotidien, et de l'autre la nécessité de le faire. Ces données permettent de mieux comprendre la place du patient et de ses proches au cœur des soins et services offerts.

« L'implication de l'utilisateur et de ses proches dans la mise en place du plan des traitements est un gros facteur. En fait, lorsque je reçois des plaintes, c'est presque toujours dû à cette raison. C'est presque toujours un problème de partage d'information, l'inclusion dans la prise de décision. Si nous étions plus transparents et qu'on laissait plus de place à l'utilisateur et ses proches, je pense que nous aurions beaucoup moins de plaintes. » (Acteur 5)

« Je pense que la personne âgée n'a pas seulement un vécu, elle a aussi un plan de match, elle a un projet de vie. C'est comme ça qu'on appelle ça, un projet de vie. Il faut être à l'écoute du projet de vie en question donc elle doit être entendue. Le proche doit être partie prenante. Un proche n'est pas juste là pour donner 3 cuillères à soupe de gruau, il est là aussi pour prendre des décisions, il est là pour appuyer la personne, il est là pour entendre ce qu'on a

à dire et nuancer auprès du patient ce qu'elle a compris. C'est un facteur de changement. Le proche, on doit le considérer comme tel. On doit considérer le proche comme étant une partie intégrante de l'équipe de soins avec un rôle qui est beaucoup plus large qu'un simple exécutant. Il est aussi une partie réflexive de la trajectoire de soins et services. » (Acteur 3)

Pour terminer cette sous-question, un document interne de l'organisation, traitant de la collaboration interprofessionnelle, aborde la nature des interactions. En fait, il est mentionné que les interactions, entre les professionnels, s'intensifient en collaboration selon la complexité du cas clinique. En d'autres mots, aucune nature d'interaction n'est favorisée par l'organisation. L'important est de demeurer à l'affût des besoins du patient et de reconnaître, en tant que professionnel, les situations où la collaboration est essentielle. Dans ce même document, un fait intéressant est partagé en lien avec les impacts de la collaboration interprofessionnelle. Souvent, la profession médicale supporte de lourdes charges entourant l'atteinte des objectifs visés par la trajectoire de soins et de services. La collaboration peut devenir un facteur de protection contre l'épuisement professionnel des médecins puisque la responsabilité devient partagée entre les membres de l'équipe soignante. Somme toute, selon ce document, la collaboration rehausse le sentiment de sécurité des médecins.

Quelles sont les logiques disciplinaires observables de la communauté de pratique virtuelle ?

---

En tout premier temps, abordons les propos qui se réfèrent à la logique disciplinaire. Un acteur clé perçoit la communauté de pratique comme étant axé sur le regroupement de professionnels appartenant à la même discipline. En effet, ce partage porte une emphase sur la spécialisation du professionnel dans sa propre discipline permet un développement d'expertise et de savoir.

« La mise en commun des concepts, des forces de tout le monde et l'avancement plus rapide des connaissances qui va amener une meilleure qualité de soins et de pratiques. Si on parle en termes de soins infirmiers, on parle vraiment du savoir, les connaissances, le savoir-faire au niveau de la technique de travail et le savoir-être. » (Acteur 4)

« Car la communauté de pratique t'amène à te dépasser et ça va faire avancer toute la profession et ta manière de travailler » (Acteur 4)

« Je vais envoyer la question à mes collègues pour m'assurer qu'on est dans le bon plan de traitement. » (Acteur 4)

« Tu as accès à un réseau complet de personnes qui ont le même champ d'intérêt et qui se sont développées à différents niveaux, donc ça peut amener au développement de la pratique en soi ce qui peut être très intéressant. Le fait d'avoir cette base par la suite peut être amené à ouvrir d'autres champs en pédiatrie, en santé mentale et bien d'autres. Donc quand ta base, de novice à expert, est beaucoup plus solide, tu peux avancer plus loin. » (Acteur 4)

Un bref témoignage d'un acteur clé mérite d'être apporté en lien avec la logique disciplinaire. Ce dernier mentionne la présence de silos dans l'organisation. De toute évidence, les silos peuvent prendre diverses formes et être de différente nature dans le réseau de la santé et des services sociaux. Or, l'ajout d'un outil technologique au cœur des communautés de pratique peut certainement faire bouger les choses, mais potentiellement créer de nouvelles frontières.

« C'est un nouveau truc (la plateforme wiki évoluée), ça va créer de nouveaux silos, mais ça va défaire les silos actuels. » (Acteur 1)

Pour continuer, il est plutôt difficile de catégoriser les propos entourant la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité. Effectivement, les acteurs clés discutent plutôt vaguement de cette diversité disciplinaire sans entrer dans les détails des amalgames disciplinaires. D'une part, il y a une reconnaissance des changements entourant l'état de santé de la population et de la complexité de la prise en charge. Selon les acteurs clés, la connaissance doit se diversifier également.

« Or notre clientèle étant variée, à un moment donné on doit évoluer dans tout et puisque tout va très vite je pense que c'est une façon de s'assurer un partage et en plus l'intérêt avec les communautés c'est que souvent les communautés sont des zones qui sont dans le même environnement que nous donc souvent l'apport de la connaissance est mieux adapté. » (Acteur 1)

En continuité, cet acteur clé soulève les différentes portées d'interventions qui peuvent se référer aux expertises complémentaires des disciplines.

« Donc en faisant des communautés de pratique on va peut-être ouvrir un peu les perspectives et passer du mode je traite au mode je préviens. Je parle donc d'un mode qui élargit un peu plus l'efficacité de ce qu'on fait. Donc la pertinence pour moi devient un incontournable pour tout ça si on veut survivre aussi en tant que profession. Il faut être pertinent. Une autre chose que j'aime dans la communauté de pratique c'est qu'on peut aussi aller vers le partenariat de soins et de services. » (Acteur 3)

À un autre point de vue, un acteur clé affirme que certaines spécialités sont plus susceptibles à partager. Cela peut devenir un levier à aller plus loin dans les approches collaboratives.

« En gériatrie ça peut être un bel endroit pour ça, car c'est quand même déjà un endroit où il y a du partage traditionnellement. » (Acteur 1)

En dernière analyse du contenu des entrevues, l'appui d'outils technologiques peut propulser les initiatives de partage et de transfert de connaissances. Effectivement, il est possible de repousser les limites et d'explorer de nouvelles possibilités.

« Les technologies vont faciliter l'échange d'informations, ça va faciliter le transfert d'informations, ça va également ouvrir les horizons de pratiques de certaines personnes qui n'avaient pas ça du tout. Parfois nous sommes trop proches de ce que nous faisons et nous ne voyons plus ce qui se fait ailleurs. Donc je pense que le fait d'avoir des outils nous permet d'aller chercher ces choses-là. » (Acteur 2)

Somme toute, les propos recueillis auprès des acteurs clés peuvent être enrichis par des observations participantes. En entrée de jeu, la plateforme wiki évoluée, qui soutient la communauté de pratique virtuelle, propose une formule démocratisée où tous les professionnels détiennent les mêmes accès, les mêmes outils, les mêmes possibilités. Ils peuvent tous créer des ressources documentaires basées sur les meilleures données probantes en vue de les partager avec la communauté de pratique et de les utiliser dans un contexte clinique. Selon l'utilisation préconisée du professionnel, il peut aisément devenir un leader ou un champion. Pour continuer, les ressources documentaires, eu égard leur discipline d'appartenance, sont disponibles pour tous. De toute évidence, les ressources documentaires sont plutôt d'ordre disciplinaire, mais leur partage rend possible la multidisciplinarité où un professionnel peut prendre conscience de ce que fait son collègue appartenant à une discipline complémentaire et les échanges subséquents peuvent aller dans diverses directions dont l'interdisciplinarité. En fin de compte, selon les données recueillies, la



communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme wiki évoluée, peut aisément naviguer entre les différentes logiques disciplinaires en assurant un support adéquat aux professionnels.

En dernier temps, un document interne de l'organisation, traitant de la collaboration interprofessionnelle, mérite une certaine attention. Ce document, rédigé par une direction qui soutient la pratique professionnelle, se positionne face à l'importance du partenariat dans le but de soutenir de manière optimale le patient et ses proches. Afin d'y parvenir, les auteurs se positionnent face à une logique de savoir disciplinaire et expérientielle qui varie selon la situation vécue par le patient ou ses proches. À titre d'exemple, une situation peut être très bien adressée à l'aide des connaissances disciplinaires et expérientielles d'un seul professionnel alors qu'une autre, plus complexe, nécessitera plusieurs professionnels appartenant à des disciplines complémentaires.

Pour continuer, un second document administratif interne mérite une attention. Effectivement, ce document traitant des différentes modalités d'encadrement et de soutien clinique dresse une définition et des particularités de la communauté de pratique. En entrée de jeu, la communauté de pratique est un regroupement de personnes dotées d'un intérêt commun. Ces personnes partagent leur savoir autour d'un projet commun. Un des buts de la communauté de pratique est le développement et l'amélioration des compétences individuelles et collectives des participants. Toutefois, il est mentionné que les professionnels, qui interagissent dans la communauté de pratique, doivent partager les mêmes pratiques dans le but que les échanges soient fructueux. Dans le souci de mieux comprendre ces propos, deux exemples sont avancés dans le document. Tout d'abord, une communauté de pratique disciplinaire qui aborde un sujet spécifique à leur champ de pratique. Le deuxième exemple cible une pratique clinique spécifique auprès d'une clientèle donnée où

plusieurs professionnels, dotés de fonctions complémentaires, échangent en vue de partager leurs connaissances et expertises. À la lumière de cette prise de position, il est possible d'affirmer que la communauté de pratique soutient plus d'une logique disciplinaire.

#### 5.3.4.3 Valeur générée

Quels sont les impacts de l'utilisation des meilleures données probantes ?

---

Les acteurs clés reconnaissent l'impact de l'utilisation des meilleures données probantes auprès du professionnel et de son réseau local. Pour débiter, l'utilisation des meilleures données probantes, en début de carrière, peut faciliter la consolidation des acquis chez le professionnel novice. En effet, des témoignages entendus lors des entrevues et lors des observations participantes soulignent l'importance de cette étape auprès des nouveaux employés ainsi que des stagiaires sont recensés. Dès le début, si les pratiques sont basées sur les meilleures données probantes, cela constitue une base solide pour le professionnel où il peut avancer mieux et surtout plus loin.

« Je suis nouveau professionnel, et je veux me joindre à une communauté de pratique qui est dans mon domaine, à ce moment-là, je peux apprendre beaucoup des expériences des autres. Donc lorsque l'on pense aux stages, ça peut être très bénéfique pour certains stagiaires de faire partie d'une communauté de pratique parce que ça leur permet de voir un éventail de pratiques différentes. » (Acteur 2)

« Au niveau du professionnel ça rejoint la maturité professionnelle, ça lui apporte plus de compétences et de connaissances dans le temps. » (Acteur 4)

Pour continuer, un grand nombre d'impacts furent amenés en lien avec le sentiment de satisfaction du professionnel. En effet, la mise en œuvre des meilleures données probantes permet au professionnel de se sentir utile, efficace et compétent.

« Tu vas te sentir sûr de faire les bonnes choses et tu vas te sentir utile, pas intelligente, mais à la hauteur, tu vas te sentir professionnel. Donc ça donne une certaine confiance supplémentaire aux professionnels. » (Acteur 2)

« Le sentiment d'efficacité personnelle. Je pense que ça aide. Le sentiment d'efficacité personnelle est très important à la fois pour être efficace, autonome, mais aussi satisfait de ton travail. » (Acteur 3)

« C'est stimulant. » (Acteur 5)

« Je pense que ça aide au sentiment d'efficacité personnelle. Je pense que le sentiment d'efficacité personnelle est très important à la fois pour être efficace, autonome, mais aussi satisfait de ton travail. » (Acteur 3)

« Dans cette communauté, nous sommes à jour dans nos pratiques, nous sommes fiers de ce que nous faisons, nous contribuons y tous. » (Acteur 1)

« Les meilleures pratiques contribuent à rendre habilité les intervenants pour qu'ils se sentent compétents et qu'ils développent un sentiment d'efficacité personnelle. » (Acteur 3)

« La communauté de pratique sert à cela également, c'est un levier très grand parce qu'on revient toujours à la même chose, c'est une boucle. Si tu te sens plus compétent est si tu es plus compétent, tu as plus le goût de travailler encore, donc on arrive à la pertinence. » (Acteur 3)

De surcroît, en lien avec les sentiments des professionnels, des acteurs clés mentionnent également que le rôle et la portée des interventions peuvent être touchés par la mise en œuvre des meilleures données probantes. Les professionnels peuvent plus facilement se développer, évoluer et surtout adopter un rythme constant d'épanouissement.

« Ça pourrait vraiment mettre l'accent sur des utilisations de nos professionnels à plus grand, plus poussé et une reconnaissance de leur expertise. » (Acteur 1)

« Il faut arriver à donner le meilleur soin de la meilleure manière possible. Je pense que déjà, lorsque tu fais partie d'une communauté de pratique, c'est stimulant donc au niveau intellectuel, tu vas avoir plus tendance à aller chercher l'information et l'appliquer dans ta pratique est d'être plus ouvert et d'être habitué à avoir cette ouverture. » (Acteur 5)

Par ailleurs, des impacts au niveau de la réflexivité du professionnel sont également amenés par les acteurs clés. Effectivement, le fait d'être en mouvement et de mettre en œuvre les meilleures données probantes facilite la remise en question du professionnel. Il peut plus facilement porter un regard sur ses interventions dans le souci d'offrir le meilleur soin ou service.

« Avoir une approche réflexive, et développer une autocritique. À éviter l'erreur. » (Acteur 1)

« Ça permet de poser un regard un peu plus critique sur ce que tu fais. » (Acteur 3)

« Donc cela t'oblige à te confronter avec ta pratique et je pense que ça augmente la pratique réflexive. Moi je suis très en faveur de tout ce qui augmente la pratique réflexive, le raisonnement clinique et je pense que la communauté de pratique sert à cela également. » (Acteur 3)

De plus, il est intéressant de constater que les impacts peuvent s'élargir au cercle de professionnels appartenant à la même discipline. Lors d'observations participantes, un acteur clé utilise l'optique du réseau. Dans le cas où un professionnel rehausse sa pratique par l'utilisation des meilleures données probantes, cela risque de faire boule de neige et influencer la pratique de ses collègues. Également, un acteur clé mentionne dans un autre vocabulaire un effet similaire.

« La pratique t'amène à te dépasser et ça va faire avancer toute la profession et ta manière de travailler. » (Acteur 4)

Pour terminer, des analyses documentaires peuvent bonifier la conception et la compréhension des impacts de l'utilisation des meilleures données probantes. Il est intéressant de consulter un document interne traitant de l'encadrement et du soutien clinique rédigé par une direction qui soutient la pratique clinique. De nombreux avantages de la communauté de pratique sont énumérés et un bon nombre concerne le professionnel. En fait, la communauté de pratique permet la négociation du sens et de construction identitaire, le développement et la croissance personnelle (estime de soi), le développement d'un sentiment d'appartenance et l'optimisation de la performance du professionnel. Pour continuer, deux risques sont identifiés. En premier temps, la communauté de pratique peut présenter aucun objectif et relever tout simplement de la convivialité. En deuxième temps, une concurrence peut s'installer entre les individus nuisant à la constitution de la communauté professionnelle.

#### 5.3.4.4 Trajectoire de soins et de services gériatriques

En quoi l'utilisation des meilleures données probantes par la communauté de pratique virtuelle, soutenue par une plateforme wiki évoluée, contribue à l'optimisation du projet ?

---

Les acteurs clés soulèvent un grand nombre d'impacts entourant l'utilisation des meilleures données probantes par la communauté de pratique virtuelle, soutenue de la plateforme wiki évoluée. Ces impacts se réfèrent aisément aux trois sphères de l'optimisation : la qualité, le temps et les coûts. Certains propos se réfèrent directement à l'une des sphères, alors que d'autres les chevauchent.

Tout d'abord, dans le contexte actuel où les organisations soignantes desservent un grand territoire, la communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme, facilite la mise en œuvre des meilleures données probantes de manière équitable assurant ainsi une certaine harmonisation de la qualité des soins et des services. Du coup, la trajectoire de soins et de service est davantage équitable, fluide et de qualité.

« Ça peut soutenir la qualité des soins dans des endroits beaucoup plus reculés qu'il n'y avait pas avant si ces professionnels-là font partie d'une communauté de pratique, car ils sont connectés vers le monde ce qui est bien pour la population. » (Acteur 4)

« L'impact que peut avoir le partage de connaissances est de rapprocher les gens, de créer une certaine manière de travailler, pas nécessairement des outils de travail, mais uniformiser le travail. C'est-à-dire que chacun, avec le temps, avec leur expérience, a développé des méthodes de travail différentes. Elles se sont adaptées à leur pratique, mais personne n'est au courant alors que plusieurs pourraient bénéficier de cette nouvelle manière de travailler qui est

possiblement plus efficace et efficiente. Donc je crois que cela permet de partager les informations, d'améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficience du travail de chacun. » (Acteur 2)

« Je vais rester dans la trajectoire hôpital parce qu'ils vont dans plein d'endroits et pour moi c'est une manière de s'assurer qu'on utilise les mêmes pratiques un peu partout et qu'il y ait une cohérence... il y a une incohérence actuellement en gériatrie qui fait que nous sommes contre-productifs donc je pense que la plateforme wiki évoluée, par sa capacité de diffuser les choses, de transmettre les pratiques et de diffuser partout, ça aiderait. » (Acteur 1)

Par ailleurs, de nombreux témoignages touchent directement le patient. En effet, l'utilisation des meilleures données probantes résulte à de nombreux avantages pour celui-ci et ses proches. Tout d'abord, un professionnel bien informé et au parfum des meilleures données probantes pourra offrir un soin ou un service de manière convaincue. Il pourra également répondre aisément aux différentes questions du patient et de ses proches. Selon les acteurs clés, les résultats des interventions gagneront en richesse.

« Les impacts sur la clientèle les impacts sur la clientèle sont à mon avis incommensurables parce que premièrement tu vas aller vers les meilleures choses, tu vas pouvoir bien argumenter et si tu es capable d'argumenter avec les professionnels, tu es capable d'argumenter avec les patients donc ça aide à l'adhésion des traitements. Si tu es capable de bien expliquer si tu as de la difficulté dans l'adhésion ça peut devenir une question pour la communauté de pratique dans quelque part tu es tout le temps win-win car à la fois les clients et la communauté de pratique gagnent à travailler cette manière-là. » (Acteur 3)

« La crédibilité est un grand facteur contributif au traitement des gens. C'est-à-dire que les gens guérissent mieux si elles croient en ce qu'on leur propose. Donc à partir de ce moment où on a les meilleures pratiques, on est plus confiant, on augmente la crédibilité auprès des patients et leur adhérence et ça contribue à leur guérison, donc c'est win-win. » (Acteur 3)

« Il faut convaincre le patient, car lui aussi on l'a brainwasher pendant des années. Par exemple, j'ai une amie qui se fait faire un pap test tous les ans. On n'est plus là, mais elle ne sait pas. Il y a des petits réflexes qu'il faut refaire. La plateforme wiki évoluée l'aide normalement. » (Acteur 1)

Un élément pertinent amené par un acteur clé lors des observations participantes concerne la contribution des stagiaires au cœur de la trajectoire de soins et de services gériatriques. En effet, l'intégration systématique des stagiaires à la communauté de pratique, soutenue par la plateforme wiki évoluée, facilite la mise en œuvre des meilleures données probantes et peut aisément rejoindre ce groupe qui est parfois difficile à atteindre. Les stagiaires évoluent à mi-chemin entre la santé et l'éducation. Souvent, ce sont les initiatives de recherche qui peuvent adresser judicieusement les stagiaires. Somme toute, l'organisation est gagnante dans la mesure où les interventions sont harmonisées et de très haute qualité eu égard le profil du professionnel qui la met en œuvre. Du coup, l'organisation contribue à la formation des stagiaires en les soutenant dans leurs démarches d'acquisition de connaissances et de développement de savoir-faire. À la lumière de ces constats, l'acteur clé croit que le patient et ses proches bénéficient, avec une plus grande constance, de soins et de services de qualité. La contribution de cet acteur clé peut aisément être juxtaposée à un enjeu ciblé dans un document interne entourant la collaboration interprofessionnelle. En effet, un comité de travail axé sur la détermination des enjeux à la réalisation et à l'implantation de la collaboration interprofessionnelle



soulève la pertinence d'intégrer, dans les formations initiales des professionnels, les compétences nécessaires à sa mise en œuvre.

Pour continuer, certains propos recueillis traitent plutôt des coûts. Les acteurs abordent ce sujet sous plusieurs facettes. D'un côté, la pertinence de certaines dépenses peut être revue sous un autre angle lorsque les meilleures données probantes sont connues. De plus, le côté collaboratif peut élargir le champ de vision et envisager des possibilités nouvelles. Les sommes reliées à la mise en œuvre de a trajectoire de soins et de services peuvent être répartis différemment contribuant ainsi à son optimisation.

« Moi je ne suis pas convaincue que dans le réseau de la santé il manque de l'argent, je pense qu'on a de l'argent mal utilisé, en gardant en tête que 94 % de notre argent est utilisé dans le curatif, il faut peut-être déplacer des choses dans le préventif un peu. Donc en faisant des communautés de pratique on va peut-être ouvrir un peu les perspectives et passer du mode je traite au mode je préviens, je rappellerai donc un mode qui élargit un peu plus l'efficacité de ce qu'on fait. Donc la pertinence pour moi devient un incontournable. »  
(Acteur 3)

Un acteur clé partage une réflexion entourant l'utilisation des fonds publics en vue de produire les meilleures données probantes. D'un côté, l'État investit dans les meilleures données probantes par l'entremise de diverses subventions en recherche. L'utilisation de ces données procure un retour sur les investissements. Or, ignorer ou outrepasser les meilleures données probantes occasionne une potentielle perte monétaire tout en compromettant la qualité des interventions.

« Présentement, le niveau d'utilisation des données probantes est très faible, je crois qu'en fait si par exemple je suis très intéressé dans un domaine et j'ai

vécu une situation où ça s'est mal passé, où j'aurais pu faire mieux, c'est sûr que si le guide de référence arrive à ce moment-là dans cette situation, probablement que je vais le lire et je vais probablement apprendre quelque chose parce que je viens de vivre quelque chose. Mais si c'est une situation que je rencontre très rarement ou que je n'ai jamais rencontrée ou j'ai le pressentiment que je le gère relativement bien, je pense que je ne mettrais même pas de temps sur le guide de référence. Donc en fait ces données-là qui coûtent très cher à produire, qui nécessitent beaucoup d'énergie, en fait pour moi c'est de la perte d'énergie et même de la perte d'argent public... c'est sûr qu'on a un problème aujourd'hui, nous sommes dans une société du savoir on a par exemple l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) et d'autres organisations qui émettent des guides, rencontrent des gens, forment de grands experts, étudient des dossiers. Moi je fais confiance à ces organismes, et ils arrivent à des conclusions et en fait elles ne sont pas appliquées et nous avons ce défi de les appliquer. La plateforme wiki évoluée est tout à fait l'outil qui permet de le faire parce qu'il vient amener cette information au moment où on en a besoin. » (Acteur 1)

Pour terminer le volet axé sur les coûts, les propos de cet acteur clé soulèvent non seulement le rehaussement de la qualité des interventions, mais également la diminution des coûts associés à la gestion des ressources humaines. En fait, l'utilisation quotidienne des meilleures données probantes et le soutien offert par une communauté de pratique provoquent des répercussions bénéfiques au niveau de la qualité des soins et des services ainsi qu'au niveau financier.

« Plus que ton personnel et stable, engagé, développé et éduqué au niveau universitaire, plus le taux de mortalité, de morbidité et d'erreurs seront faibles. Plus ton équipe est à la fine pointe et applique les connaissances et les

compétences, ça va diminuer le risque d'erreur et le risque d'accident et probablement diminuer le taux d'assurance salaire. » (Acteur 4)

Pour terminer, un acteur clé aborde son rôle au cœur de la trajectoire de soins et de services avec une certaine amertume. Dans un souci de gestion judicieuse du temps, il admet que le manque de ressources adéquates à la réalisation de son mandat l'empêche de contribuer pleinement à l'amélioration de la trajectoire de soins et de services. L'ajout d'un outil tel la plateforme wiki évoluée peut contribuer à une utilisation réfléchie du temps ainsi qu'au rehaussement de la qualité des soins et des services de la trajectoire de soins.

« Un impact au soutien à la pratique est qu'on aurait plus de temps pour aller chercher les nouvelles pratiques au lieu de constamment être en train de former et de coacher les gens. Donc on serait plus efficace et au niveau des employés comme tel, ça permettrait de meilleurs soins, au moins des soins accrus sur les meilleures pratiques parce qu'on est loin de là. » (Acteur 5)

Ceci se rattache également à un commentaire recueilli auprès d'un acteur clé. Ce commentaire n'est pas nécessairement associé à l'optimisation de la trajectoire de soins et de services, mais provoque une prise de conscience à l'appréciation réelle de la situation actuelle, à la remise en question des indicateurs de qualité, de l'importance de se mobiliser à la mise en œuvre des meilleures données probantes et de fournir des outils adéquats permettant aux professionnels de réussir.

« Il faut arrêter de croire que tout le monde est à jour dans ses pratiques et que tout le monde fait ça super bien. Je crois que tout le monde a la volonté de bien faire, mais on oublie avec les défis des nouvelles approches. Il faut un outil pour aider et c'est tout, il faut analyser ces données et moi comme gestionnaire, je ne demanderais peut-être pas de regarder les données, mais je

demanderais aux établissements à ce moment-là d'analyser les changements de pratiques sur l'approche gériatrique et je ne veux pas savoir combien de personnes ont été formées. En fait je ne veux plus savoir, je m'en fous si la personne a été formée ou non, moi je veux savoir si l'approche a été appliquée.» (Acteur 1)

En vue d'enrichir les données recueillies auprès des acteurs clés, un regard sera porté sur deux documents administratifs internes traitant de la collaboration interprofessionnelle ainsi que de la communauté de pratique. En entrée de jeu, les documents furent produits par une direction qui soutient la pratique clinique. En d'autres mots, cette direction peut aisément prendre la couleur d'un acteur clé. Ces documents énoncent des avantages de la collaboration interprofessionnelle et de la communauté de pratique qui peut directement contribuer à l'optimisation de la trajectoire de soins et de services. Le tableau 5.6 dresse l'ensemble des données pertinentes à cet effet en lien avec le temps, la qualité et les coûts.

Tableau 5.6 : Contribution à l'optimisation de la trajectoire de soins/services de la collaboration interprofessionnelle et de la communauté de pratique

<b>Collaboration interprofessionnelle</b>	
Temps	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution de la redondance lors des cueillettes d'informations</li> <li>• Diminution de la durée de séjour</li> <li>• Resserrement des temps d'attente</li> </ul>
Qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de satisfaction accrus</li> <li>• Meilleure acceptation des soins</li> <li>• Résultats améliorés</li> <li>• Rehaussement de la sécurité</li> <li>• Réduction des erreurs</li> <li>• Réponse plus complète et mieux intégrée</li> <li>• Cohérence des messages véhiculés</li> <li>• Valorisation liée à la reconnaissance des savoirs expérientiels, partage des responsabilités et prise de décisions</li> <li>• Diminution des complications</li> <li>• Diminution du taux de mortalité</li> <li>• Diminution des admissions à l'hôpital</li> </ul>
Coûts	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation appropriée des ressources cliniques spécialisées et ressources rares</li> <li>• Diminution des coûts</li> <li>• Optimisation de l'utilisation des ressources</li> </ul>
Global	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de l'accès</li> <li>• Meilleure coordination des services</li> <li>• Diminution des consultations externes</li> <li>• Réalisation des mandats administratifs</li> <li>• Pouvoir d'attraction accru des milieux cliniques (personnel soignant)</li> <li>• Mobilisation du personnel</li> <li>• Rétention du personnel</li> </ul>
<b>Communauté de pratique</b>	
Temps	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Économiser du temps</li> </ul>
Qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre l'innovation</li> <li>• Identifier les meilleures pratiques</li> <li>• Mener à terme des projets avec succès</li> </ul>
Coûts	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer des connaissances spécialisées à faibles coûts</li> </ul>
Global	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimiser la performance de l'organisation</li> </ul>

#### 5.3.4.5 Analyse en profondeur du groupe — les acteurs clés en gestion de la qualité

Les acteurs clés accordent, tout comme les professionnels et les gestionnaires, une très grande importance à l'utilisation des meilleures données probantes au cœur de la trajectoire de soins et de services gériatriques. Les données ainsi que les témoignages recueillis démontrent connaissance profonde de l'exercice clinique des professionnels. Les acteurs clés abordent avec justesse les spécificités de la plateforme wiki évoluée tout en conservant une perspective macroscopique du phénomène à l'étude. Dans un souci de cohérence méthodologique, il s'avère pertinent d'énoncer la question de recherche de ce travail doctoral. En effet, celle-ci permet de prendre du recul sur l'ensemble du contenu partagé par les acteurs clés tout en dégagant les grandes tendances. La question est la suivante :

*Comment la dynamique collaborative professionnelle virtuelle, soutenue par une plateforme de type wiki évolué, peut créer de la valeur à la trajectoire de soins et services ?*

À la lumière des données partagées et recueillies auprès des acteurs clés, il est possible d'avancer trois éléments de réponse à la question de recherche. Premièrement, l'instauration d'une pratique clinique fructueuse au cœur de la communauté de pratique crée de la valeur à la trajectoire de soins et de services. Deuxièmement, l'utilisation de technologies de l'information au diapason des besoins de la communauté de pratique peut créer également de la valeur à la trajectoire de soins et de services. Pour terminer, les interactions créent un environnement favorable au développement professionnel et du groupe.

### La pratique clinique fructueuse

---

Les acteurs clés partagent des témoignages et des exemples très près de la pratique clinique des professionnels. En effet, ils détiennent une bonne conception du quotidien du professionnel et des différents enjeux de mise en œuvre des meilleures données probantes. En premier temps, l'analyse des propos des acteurs clés révèle que la dynamique engendrée par la communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme wiki évoluée, résulte à une pratique clinique très fructueuse. Les données soutiennent deux venues complémentaires : la disponibilité et la pratique exponentielle.

Premièrement, les acteurs clés attribuent une grande importance à la disponibilité et visibilité des différentes initiatives où le partage des meilleures données probantes est effectué. En effet, dans le cas d'une unité hospitalière de gériatrie, de nombreux professionnels peuvent y œuvrer. D'un côté, les employés peuvent appartenir à des disciplines et détenir des expériences variées. En d'autres mots, des novices, des experts et tout ce qui peut se trouver entre les deux pôles œuvrent ensemble à l'atteinte des buts des trajectoires de soins des patients. De l'autre, les acteurs clés soulèvent la contribution des étudiants qui effectuent des stages en cours de formation générale. Les étudiants participent également à l'offre de soins et de services et sont interpellés, tout comme les professionnels, par la mise en œuvre des meilleures données probantes. Or, un acteur clé soulève qu'il est parfois difficile d'atteindre les stagiaires puisqu'ils relèvent d'une organisation administrative différente. La communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme wiki évoluée, prend tout son sens dans une telle situation où des niveaux variés d'expertises cohabitent, dans la mesure où la présence de cette dernière est signalée, connue et accessible.

Selon la littérature, la communauté de pratique virtuelle est un endroit où la complicité entre un novice et un expert peut s'installer (Johnson, 2001). Certains iront jusqu'à décrire cette relation en utilisant deux niveaux. En effet, les experts constituent le niveau central de la communauté de pratique et les novices au niveau périphérique (Gherardi & Nicolini, 2000). Dans le cas de la présente étude, les novices ainsi que les stagiaires peuvent profiter de cette dynamique où les apprentissages touchent non seulement les meilleures données probantes propres au domaine visé, mais également le développement d'habiletés collaboratives (Johnson, 2001). Du coup, les novices ainsi que les stagiaires peuvent acquérir des expertises diversifiées essentielles à la prise en charge judicieuse des personnes âgées et de leurs proches. Par ailleurs, les experts de la communauté de pratique ont avantage à adopter une approche douce où ils agissent à titre de facilitateur de discussions, guide de développement et gardien du droit chemin (Palloff, Pratt, & Stockley, 2001). Cette dynamique de partage, où les meilleures données probantes sont abordées, contribue à la mise en œuvre d'interventions cohérentes où les pratiques cliniques sont davantage harmonisées (Jørgensen, Edwards, Scarso, & Ipsen, 2020).

Par ailleurs, la promotion de la communauté de pratique et le signalement de sa présence sont des points essentiels à aborder. En effet, la littérature souligne la nécessité de nommer une personne responsable de la communauté de pratique au moment de son déploiement (Jørgensen et al., 2020). Celle-ci a le mandat de présenter les différentes caractéristiques de la communauté de pratique, sa contribution au partage des connaissances ainsi que les différentes ressources nécessaires à sa survie (Jørgensen et al., 2020). Dans la présente étude, la communauté de pratique gériatrique a bénéficié de l'accompagnement de la chercheuse qui a assuré les liens avec les équipes administratives au moment du démarrage. Or, une présence plus soutenue d'un représentant de la communauté de pratique serait une venue intéressante à explorer.



En somme, la communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme wiki évoluée, donne vie aux différentes démarches d'acquisition de connaissances pour les novices et les stagiaires. De plus, ceux-ci peuvent aisément obtenir des rétroactions provenant de différents experts du domaine tout en élargissant leur réseau professionnel. Dans la mesure où la communauté de pratique est accessible et connue, elle peut définitivement faciliter la mise en œuvre des meilleures données probantes et participer à l'harmonisation des pratiques cliniques rehaussant ainsi le niveau de qualité, de cohérence et de fluidité de la trajectoire de soins et de services. Les acteurs clés reconnaissent la valeur ajoutée par la communauté de pratique et perçoivent sa présence comme étant bénéfique pour tous.

Ceci étant dit, une brève attention mérite d'être portée aux différents profils d'utilisateurs dans le cadre d'une communauté de pratique, appuyée par une plateforme wiki évoluée, et aux différents processus d'apprentissages. Outre le niveau de l'expertise clinique des professionnels, certains acteurs clés soulèvent la présence de profils variés d'utilisateurs à la communauté de pratique ainsi que différentes stratégies d'application de la connaissance à la pratique. Tout d'abord, la communauté de pratique, soutenue par une plateforme de type wiki évoluée, regroupe des professionnels aux buts variés. Comme recensé dans les données sociodémographiques de la présente étude, les acteurs entretiennent des relations différentes avec la plateforme. Certains utilisent les ressources documentaires seulement alors que d'autres participent à la création de ressources documentaires qu'ils utiliseront subséquentement. Le profil de champion fut également répertorié où un professionnel s'investit dans la création et l'utilisation des ressources documentaires en plus de faire la promotion de la plateforme. Pour terminer, d'autres se retirent de l'utilisation de la plateforme, mais décident de la soutenir formellement ou plutôt de jouer un rôle de spectateur du déploiement de celle-ci. En effet, la littérature soulève que les niveaux de participation et d'implication au développement

des plateformes wiki sont très variés (O'Shea, Baker, Allen, Curry-Corcoran, & Allen, 2007 ; Page & Reynolds, 2015). Plusieurs facteurs peuvent justifier ces écarts dont la perception de la charge de travail, la motivation et la valeur accordée à la participation ainsi que les récompenses associées (Page & Reynolds, 2015). Bref, le niveau de participation et d'implication répertoriées par le projet de recherche est à première vue cohérent avec la littérature. Pour continuer, les types d'apprentissages associés aux communautés de pratique sont également intéressants à explorer. Lors des entrevues, des acteurs clés affirment que certains professionnels bénéficieront d'apprentissages plus profonds que d'autres. À cet effet, une étude identifie quatre types de processus d'apprentissage dans un contexte de communauté de pratique (Gosselin, Viau-Guay, & Bourassa, 2017). Un professionnel peut ne pas apprendre immédiatement, apprendre de manière non réflexive, apprendre de manière réflexive et pour terminer, apprendre de manière réfléchie où sa personne et l'environnement peuvent être concernés (Gosselin et al., 2017). Les témoignages recueillis auprès des acteurs clés démontrent une bonne connaissance des enjeux pédagogiques liés à la communauté de pratique et de différentes habitudes des professionnels de la santé qui y œuvre. Cette compréhension, détenue par les acteurs clés, de la dynamique de la communauté de pratique virtuelle peut définitivement contribuer à son accompagnement judicieux dans l'organisation.

Deuxièmement, les acteurs clés attribuent un cachet exponentiel à la mise en œuvre des meilleures données probantes dans un contexte de communauté de pratique, soutenue par une plateforme wiki évoluée. Une présentation de leurs propos sera effectuée au en suivant la gradation du professionnel aux patients et leurs proches. Les acteurs clés mentionnent de nombreux impacts positifs à la mise en œuvre des meilleures données probantes. Selon eux, le professionnel est soucieux de la qualité des soins et des services offerts. Sa pratique clinique, basée sur les meilleures données probantes, lui procure des sentiments de satisfaction, de confiance, de fierté

et d'efficacité. L'environnement de travail du professionnel devient extrêmement stimulant selon les acteurs clés occasionnant ainsi une culture de dépassement et d'amélioration continue. Cette exposition aux meilleures données probantes peut aussi encourager le professionnel à adopter une approche réflexive, où les questionnements et les remises en question sont fréquents, dans le souci d'offrir les meilleurs soins et services aux patients et leurs proches. Les acteurs clés estiment que ce gain personnel encouragera les pairs à adopter des comportements similaires, occasionnant un gain organisationnel. Également, la portée d'une petite initiative devient grande dans la mesure où un professionnel heureux, crédible et compétent accompagnera les patients et leurs proches avec crédibilité et inspiration. Un acteur clé soulève que le professionnel en plein contrôle de son exercice sera en mesure de bien informer le patient ainsi que ses proches et de contribuer à son acquisition de connaissances basées sur les meilleures données probantes.

Les propos soulevés par les acteurs clés peuvent se greffer aux nombreuses recherches entourant le développement d'une organisation apprenante. Appuyées par un système managérial robuste, les démarches d'acquisition de connaissances et les apprentissages des individus peuvent rejoindre l'ensemble de l'organisation (Argyris, 1977). Pour y parvenir, une culture d'amélioration continue doit s'installer au cœur de l'organisation où le travail et l'apprentissage cohabitent (Senge, 2016). Pour cette organisation, la plus grande valeur réside dans les habiletés et les talents des employés à générer de la connaissance, de la contextualiser et à la mettre en œuvre (Wick, 2000). En ce qui regarde les répercussions auprès du patient et de ses proches, un projet de recherche canadien s'intéresse à leur perspective entourant les meilleures données probantes qui risquent de modifier leurs traitements. Effectivement, Silverstein et al. (2016) démontrent que les patients s'intéressent aux meilleures données probantes et qu'ils apprécient les échanges entretenus avec les professionnels de la santé à leur effet. À la lumière de ces données, le patient et ses proches peuvent

donc bénéficier grandement du partage des meilleures données probantes dans un souci d'autonomisation et de prise en charge de l'état de santé (Direction Collaboration et Partenariat Patient).

Somme toute, la pratique clinique fructueuse rehausse le niveau de mise en œuvre et la portée des meilleures données probantes à la trajectoire de soins et de services gériatriques. La communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme wiki évoluée, crée de la valeur non seulement aux pratiques cliniques, mais également à la trajectoire de soins et de services gériatriques qui gagne en qualité et en pertinence. Les acteurs clés démontrent également une bonne connaissance des enjeux entourant la participation aux plateformes de type wiki et l'apprentissage dans un contexte de communauté de pratique. Ces connaissances constituent un atout précieux au cœur de l'organisation.

#### La technologie au diapason des besoins des professionnels

---

Dans un autre ordre d'idée, les acteurs clés abordent généreusement les différentes fonctionnalités de la plateforme wiki évoluée qui contribuent à l'instauration d'une dynamique professionnelle virtuelle propice à l'optimisation de la trajectoire de soins et de services gériatriques.

À la lumière des propos partagés par les acteurs clés, la plateforme wiki évoluée est un véhicule proactif et efficient à la connaissance du domaine de la santé et des services sociaux. En effet, la plateforme accompagne le professionnel dans l'ensemble de son processus clinique et met à sa disposition les meilleures données probantes. Le professionnel peut même transporter un ordinateur portable au chevet du patient pour détenir un accès rapide aux pratiques cliniques reconnues et pour compléter une ressource documentaire qui se transformera en note évolutive. De plus, la plateforme se greffe merveilleusement bien aux routines des professionnels selon

les acteurs clés. Elle offre une disponibilité en temps réel à l'ensemble des activités du processus clinique où le professionnel peut ajouter, consulter et réviser des ressources documentaires basées sur les meilleures données probantes. L'intégration au processus de soins se fait de manière fluide où l'accessibilité aux notes évolutives cliniques est assurée.

L'enrichissement de la base de données de la plateforme wiki évoluée est d'une grande pertinence aux yeux des acteurs clés. En effet, puisque le moteur ontologique reconnaît les termes employés par le professionnel, ce dernier peut recevoir des suggestions de ressources documentaires associées qui peuvent contribuer au raffinement de l'intervention. De plus, face à une situation inhabituelle, le professionnel peut bénéficier des meilleures données probantes, dans un format cliniquement utilisable, qui pourront l'accompagner à la mise en œuvre d'une intervention de haute qualité eu égard sa méconnaissance initiale de la problématique présentée par le patient.

Pour terminer les données recueillies auprès des acteurs clés, la plateforme wiki évoluée, en soutien d'une communauté de pratique virtuelle, peut potentiellement influencer les tâches accomplies par ces catégories de participants. À cet effet, un acteur clé mentionne que la mise en place d'un véhicule proactif à la diffusion de la connaissance, comme la plateforme, lui permettrait de jouer son rôle de soutien à la pratique pleinement. Confronté quotidiennement à une portée limitée des interventions, cet acteur clé doit consacrer beaucoup de temps aux activités de formation traditionnelles et aux visites aux unités de soins dans l'espoir d'assister à la rétention de la connaissance partagée. Puisque la plateforme contribue à la diffusion et la mise en œuvre des meilleures données probantes, cet acteur clé peut assurer son plein rôle et demeurer à l'affût des dernières avancées médicales et sociales.

En ce qui a trait aux propos partagés précédemment, il est pertinent d'y adresser une réponse tout en abordant les différentes fonctionnalités de la plateforme wiki évoluée. Tout d'abord, les systèmes de communication, essentiels à la diffusion des connaissances et des pratiques exemplaires, doivent être en mesure de répondre aux besoins réels de l'organisation. Or, dotés de ressources et de moyens limités, plusieurs acteurs clés réalisent difficilement leur mandat. Effectivement, comme mentionnés précédemment, l'accompagnement et la formation des professionnels vers l'adoption de pratiques exemplaires sont des tâches difficiles et interminables. Les directions qui soutiennent la pratique clinique sont face à des défis d'envergure entourant notamment la taille des équipes et la disparité géographique de ces dernières. En effet, la dernière intégration du réseau de la santé et des services sociaux a bouleversé les structures administratives et occasionné un monopole d'efforts entourant sa mise en œuvre. Par ricochet, les efforts dédiés aux innovations et projets locaux furent quasi inexistantes (D. Contandriopoulos et al., 2014). Contraints de faire face à de nouveaux rôles élargis, les acteurs clés conservent des stratégies de diffusion des connaissances basées sur des méthodes pédagogiques traditionnelles qui s'avèrent peu efficaces (Pentland et al., 2011). Dans le but de maximiser les efforts des acteurs clés, la littérature encourage l'utilisation des technologies de l'information où la connaissance mise à la disposition du professionnel est personnalisée, adaptée à ses besoins et disponible à un moment opportun (Dobbins, DeCorby, & Twiddy, 2004). Par ailleurs, dans le souci de bien supporter le processus décisionnel du professionnel de la santé et des services sociaux, la technologie doit notamment pousser les connaissances pertinentes au professionnel et s'intégrer avec fluidité au processus clinique sans toutefois taire le jugement clinique du professionnel (Bates et al., 2003 ; Genes et al., 2016). De plus, la qualité de la connaissance disponible dans la plateforme doit être irréprochable (Peiris et al., 2014) et l'arrimage à une plateforme de documentation clinique informatisée est souhaitable (Niès, Colombet, Degoulet, & Durieux, 2006). En définitive, afin

d'assurer un déploiement aisé et du succès, les fonctionnalités ainsi que la structure de la plateforme informatique doivent être en mesure d'être au service du professionnel. La communauté de pratique virtuelle peut évoluer et grandir grâce au soutien offert par la plateforme wiki évoluée.

Un autre point, entourant la technologie, mérite d'être abordé en lien avec les acteurs clés. Effectivement, tout comme les gestionnaires, les acteurs clés s'intéressent au contrôle. Certains acteurs affirment que l'ajout de la plateforme wiki évoluée, au cœur de la communauté de pratique, permet de recueillir des données authentiques qui reflètent la pratique clinique. En effet, les fonctionnalités de traçabilité des interventions et le comptage des utilisations des ressources documentaires peuvent dresser un portrait plutôt réel des activités cliniques. Selon les acteurs clés, de nombreux indicateurs de qualité portent sur des éléments qui s'éloignent du processus clinique du professionnel. Par exemple, comme mentionné par un acteur clé, un gestionnaire doit s'assurer que l'ensemble de son personnel soignant ait complété une formation particulière. Néanmoins, rien ne garantit que les connaissances partagées dans cette formation seront appliquées. Cette situation occasionne un effet domino dans le sens où l'ensemble des activités managériales et cliniques tournent autour d'un indicateur peu significatif. Somme toute, pour les acteurs clés, la venue d'une plateforme wiki évoluée, capable de faire le miroir de la pratique clinique réelle déployée auprès des patients, a le potentiel de rehausser la qualité des soins et des services.

La littérature est plutôt discrète entourant la définition d'un indicateur et de sa nature dans le domaine de la santé et des services sociaux (Chiocchio, 2012). Un organisme canadien réputé avance toutefois qu'un indicateur doit être le reflet d'une mesure standardisée utilisée dans le but de porter un regard sur l'état de santé, la performance et les caractéristiques d'un système donné (Canadian Institute for Health Information,

2006). De son côté, une équipe de chercheurs spécifie que les indicateurs doivent notamment être directement liés et refléter les soins et services en se fondant sur des informations fiables et valides (McColl, Roderick, Gabbay, Smith, & Moore, 1998). Ces contributions sont similaires aux propos partagés par les acteurs clés. En effet, la réflexion entamée par ces derniers remet en question la pertinence des indicateurs présentement utilisés. Ces derniers portent une emphase sur des éléments organisationnels facilement mesurables, mais qui s'éloignent de la réalité clinique. Dans le souci de recueillir des données significatives entourant les interventions de la trajectoire de soins et de services gériatriques, la plateforme wiki évoluée peut jouer de multiples mandats. D'un côté, elle est au service de la communauté de pratique virtuelle en appuyant le processus clinique et de l'autre, elle permet l'adoption d'une vision authentique des interventions dans un souci d'amélioration continue de la qualité.

En conclusion, les professionnels de la santé et des services sociaux bénéficient grandement de l'appui technologique dans la mesure où la plateforme proposée s'intègre parfaitement à leur routine clinique. Les données recueillies permettent de constater que les fonctionnalités de la plateforme wiki évoluée accompagnent judicieusement la communauté de pratique virtuelle gériatrique à la mise en œuvre des meilleures données probantes. Puisque la connaissance est désormais véhiculée d'une manière efficiente, la trajectoire de soins et de services gériatriques gagne en pertinence, en équité et en qualité. De nombreux risques associés à la déviation des meilleures pratiques pourront également être diminués. Les données, reflétant les pratiques cliniques réelles, pourront être utilisées par les acteurs clés dans le souci d'améliorer de manière continue la trajectoire de soins et services. Par ailleurs, à plus grande échelle, il est possible d'affirmer que l'expertise des acteurs clés est utilisée à sa juste valeur puisqu'ils parviennent à rejoindre le professionnel au moment du soin. Pour terminer, un acteur clé soulève un point intéressant et pertinent à mentionner.



Une utilisation optimale des fonds publics peut être observable puisque les meilleures données probantes, créées entre autres par des organismes publics québécois savants, seront mises en œuvre à plus grande échelle. Dans ce sens, la trajectoire de soins et de services utilise judicieusement les coûts associés au déploiement des interventions qu'elle contient.

### Les interactions

---

Cette dernière sous-section traitera des propos, soulevés par les acteurs clés, qui abordent les interactions entre les professionnels et les répercussions de multiples niveaux. Tout d'abord, les acteurs clés soutiennent que dans le contexte actuel, où les connaissances sont diffusées à un rythme rapide, le travail strictement individuel d'un professionnel de la santé et des services sociaux n'apporte aucune valeur. Par ailleurs, en se joignant à une communauté de pratique virtuelle, ce professionnel peut bénéficier d'un bassin de connaissance contextualisé à son milieu et à son domaine spécifique et d'experts qui peuvent soutenir son apprentissage. La communauté de pratique, soutenue par la plateforme wiki évoluée, permet au professionnel le partage de ses connaissances et son expertise qui récoltera la reconnaissance des pairs. Or, cet environnement occasionne une certaine pression sur le professionnel qui participe à cette communauté de pratique. Dans un environnement où les meilleures données probantes sont omniprésentes, le professionnel a avantage à être crédible et jusqu'à un certain point, à rehausser son niveau de connaissance. Cette pression poussera le professionnel à s'investir dans ses activités d'acquisition de savoir, à mieux intégrer les différents savoirs expérimentiels, à solliciter les experts de la communauté de pratique et à échanger adroitement sur les contenus en question.

Le développement de l'identité professionnelle ainsi que du savoir-être est d'une grande importance pour un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux. La littérature mentionne que la communauté de pratique peut contribuer à cet

épanouissement professionnel. En effet, un projet de recherche démontre que la communauté de pratique exerce une certaine pression sociale dans le sens où les novices, souhaitant s'intégrer à leur nouveau milieu de travail, veulent faire bonne impression, poser des questions pertinentes et sembler intéressés aux yeux des experts (J. Davis, 2006). Face à un intérêt porté à ses connaissances et à sa personne, un professionnel novice se sent également plus motivé à participer à la communauté de pratique et à évoluer dans ses démarches d'acquisition de connaissances (Thrysoe, Hounsgaard, Dohn, & Wagner, 2010). Au-delà des connaissances plutôt théoriques, la communauté de pratique devient un endroit de prédilection au partage des connaissances expérientielles. Ce type d'échanges, adoptant parfois une structure décontractée, se traduisent également en échanges informels et anecdotes (Baarts, 2004). Cette connaissance ainsi générée est étroitement liée au développement du professionnel qui peut plus aisément passer d'un niveau novice à expert (Parboosingh, 2002). À la lumière de ces contributions scientifiques, les propos avancés par les acteurs clés sont tout à fait pertinents et peuvent également se juxtaposer aux différentes discussions entourant l'apprentissage social issues des relations interprofessionnelles de la communauté de pratique.

Dans un autre ordre d'idée, cet apprentissage social mérite d'être abordé en cohérence avec les propos d'un acteur clé entourant les médecins spécialistes. En effet, cet acteur clé soulève, sans généraliser, que le système de santé actuel rend possible l'accès aux médecins spécialistes dans des situations qui pourraient normalement être gérées par d'autres professionnels. Cette utilisation inappropriée de ressources spécialisées occasionne des coûts injustifiés au système public de santé et de services sociaux et réduit l'accessibilité de ces ressources aux patients qui en ont réellement besoin. Cet acteur clé soulève que la communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme wiki évoluée, peut participer à un meilleur transfert des connaissances,

contribuer à l'optimisation de la pratique professionnelle et à l'utilisation pertinente des ressources.

La littérature soulève des points intéressants à cet effet. Tout d'abord, l'utilisation excessive des références spécialisées peut être notamment occasionnée par un manque de confiance en soi, une peur de poursuites judiciaires ainsi qu'une culture basée sur l'abondance et l'accessibilité aux soins spécialisés (Brownlee, 2010). Par ailleurs, les patients peuvent aussi contribuer à cette situation par des demandes soutenues exigeant la consultation auprès d'un spécialiste (Levinson & Huynh, 2014). Dans le souci d'offrir les meilleurs soins et services aux patients, des initiatives émergent où les meilleures données probantes vulgarisées sont rendues disponibles dans l'optique d'appuyer le jugement clinique des professionnels et d'arriver à une décision partagée avec le patient et ses proches (Wolfson, Santa, & Slass, 2014). Le partage des meilleures données probantes appuie le professionnel et participe, par ricochet, à l'acquisition de connaissances du patient et de ses proches (Embrett & Randall, 2018). Néanmoins, un écart persiste au niveau de l'optimisation de la trajectoire de soins et de services. En effet, une étude soulève que les médecins sont parfois incertains des examens nécessaires aux trajectoires de soins et peuvent opter pour des traitements sous-optimaux, inappropriés ou inutiles (Embrett & Randall, 2018). Cette situation contribue à l'augmentation des coûts associés aux ressources spécialisées et aux examens diagnostiques (Fisher, Bynum, & Skinner, 2009). Somme toute, la communauté de pratique virtuelle, soutenue par une plateforme wiki évoluée, peut s'avérer une piste de solution intéressante face à cet enjeu d'utilisation judicieuse des ressources. Les experts de contenus peuvent aisément contribuer à l'enrichissement de la plateforme et créer des ressources documentaires qui appuient le jugement clinique et guident judicieusement les décisions du professionnel. Du coup, la trajectoire de soins et de services devient connue et gagne en pertinence, en qualité ainsi qu'en fluidité.

Un dernier point entourant les interactions permises par la communauté de pratique, soutenue par la plateforme wiki évoluée, mérite d'être abordé. Les acteurs clés partagent une préoccupation entourant l'équité d'accessibilité aux meilleures données probantes dans l'établissement de santé et de services sociaux. Cette préoccupation est plutôt présente en régions rurales et éloignées. Or, la clientèle gériatrique réside sur l'ensemble du territoire et l'accès aux meilleures données probantes est primordial pour les professionnels qui les prennent en charge. Par exemple, dans un souci d'équité, les soins et services offerts en milieux ruraux doivent être de même qualité que ceux offerts en milieux urbains. À l'inverse, des experts peuvent œuvrer en milieu rural et le partage de leurs connaissances contextualisées peut définitivement contribuer à l'enrichissement de la connaissance du professionnel en milieu urbain. De toute évidence, ce volet dépasse les limites fixées par la recherche doctorale, mais constitue un point important au rehaussement de la fluidité, de la pertinence et de la qualité de la trajectoire de soins et de services ainsi qu'aux moments des transitions. Dans cet ordre d'idée, des acteurs clés soulèvent la présence de variabilités et d'incohérences entourant les soins et services gériatriques occasionnant ainsi une prise en charge contre-productive et de nombreuses insatisfactions provenant des patients et de leurs proches. La communauté de pratique, soutenue par une plateforme wiki évoluée, peut contribuer à l'harmonisation des pratiques cliniques et à l'adoption d'un discours commun utilisé par les professionnels eu égard l'endroit où ils pratiquent sur le territoire.

La littérature entourant la disparité de la qualité des soins et des services entre les milieux urbains et ruraux est plutôt généreuse. Pourtant, une grande portion de la population choisit de vivre en zone rurale et cet écart préoccupe de nombreuses instances de haute renommée (World Health Organization, 2010). À cet effet, des chercheurs concluent que l'accès restreint aux meilleures données probantes, en zone rurale, affecte négativement la qualité et la sécurité des soins et services des patients

(Martin et al., 2013). Du coup, cette accessibilité réduite aux ressources et professionnels de la santé et des services sociaux engendre une diminution des connaissances des patients qui accusent des difficultés à prendre en charge leur état de santé (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011). Face à cet enjeu majeur, un groupe de chercheurs s'interrogent sur la contribution possible d'une communauté de santé virtuelle, rendue disponible aux patients souffrant d'une maladie rare, dans l'optique d'améliorer les connaissances (Goh, Gao, & Agarwal, 2016). Les données quantitatives recueillies prouvent que les patients issus de milieux urbains peuvent contribuer à l'acquisition de connaissances chez les patients issus de milieux ruraux occasionnant ainsi la création de valeur sociale (Goh et al., 2016). En résumé, cette étude démontre le potentiel et la pertinence d'intégrer judicieusement les technologies de l'information dans le souci d'adresser des solutions innovatrices aux différents enjeux du domaine de la santé et des services sociaux. La présente recherche doctorale s'intéresse plutôt aux professionnels qui forment une communauté de pratique virtuelle, soutenue par une plateforme wiki évoluée, mais les découvertes et les conclusions, partagées ici haut, peuvent définitivement appuyer les propos soulevés par les acteurs clés. Les technologies de l'information peuvent aller au-delà de la trajectoire de soins et de services hospitalière en appuyant l'harmonisation des pratiques cliniques au moment des transitions. Dans ce sens, la trajectoire de soins et de service gagne en qualité, en fluidité, en pertinence et potentiellement en valeur sociale.

Somme toute, les acteurs clés attribuent une grande importance à la modernisation des outils rendus disponibles aux professionnels de la santé et des services sociaux et à l'ensemble des gestionnaires qui portent un regard sur les pratiques cliniques. La communauté de pratique virtuelle, soutenue par une plateforme wiki, peut créer un environnement où les meilleures données probantes sont présentes, accessibles et mises à jour quotidiennement. Cet environnement permet l'épanouissement du

professionnel de la santé et des services sociaux, le rehaussement de son sentiment de compétence et l'amélioration des interventions effectuées en collaboration avec le patient et ses proches. La plateforme wiki évoluée permet de poser un regard authentique sur les pratiques cliniques réalisées qui facilitent également les initiatives d'amélioration continue. Pour terminer, à un niveau plus macroscopique, la diffusion efficiente et proactive de la connaissance spécialisée contribue à l'équité d'accessibilité des soins et services et contribue à l'utilisation judicieuse des ressources du réseau. À la lumière des constats partagés par les acteurs clés, la trajectoire de soins et de services gagne en pertinence, en qualité, en fluidité, en efficience et potentiellement en valeur sociale.

En guise de conclusion à la section dédiée à la présentation et l'analyse des données du groupe des acteurs clés en gestion de la qualité, le tableau 5.7 propose une synthèse des expériences et perspectives recueillies.

Tableau 5.7 : Synthèse des expériences et perspectives des acteurs clés en gestion de la qualité

<b>Comment la dynamique collaborative professionnelle virtuelle, soutenue par une plateforme wiki évoluée, peut créer de la valeur à la trajectoire de soins et services gériatriques ?</b>			
<b>Acteurs clés en gestion de la qualité</b>	<p>La pratique clinique fructueuse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De l'individu, à l'équipe, à l'organisation, à la population</li> <li>• Profils de participant et types d'apprentissages</li> <li>• Soutien aux stagiaires et novices</li> </ul>	<p>Les technologies au service des professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adapté, utile, au rythme du professionnel</li> <li>• Portrait en temps réel de la pratique clinique</li> </ul>	<p>Les interactions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pression sociale</li> <li>• Ouverture aux autres et à soi</li> <li>• Découverte du réseau</li> <li>• Équité de l'accès à la connaissance</li> </ul>

### 5.3.5 Analyse entre les groupes — les professionnels, les gestionnaires et les acteurs clés en gestion de la qualité

Dans le cadre du projet de recherche, une grande question soutenue par des sous-questions guide les efforts de dégagement d'une compréhension profonde et authentique du phénomène à l'étude et des différentes perspectives des acteurs. En s'appuyant sur la discipline de la gestion de projet, la chercheuse tente de porter un regard nouveau face aux enjeux de mise en œuvre des meilleures données probantes, par les professionnels de la santé et des services sociaux, dans le but d'optimiser la trajectoire de soins et de services gériatriques. Au diapason des grandes aspirations du réseau de la santé et des services sociaux, le projet de recherche propose la création d'une communauté de pratique virtuelle interprofessionnelle, soutenue par une plateforme wiki évoluée. Les activités qualitatives de collecte de données se sont organisées autour de trois groupes : les professionnels, les gestionnaires gériatriques et les acteurs clés en gestion de la qualité. La présentation des résultats fut guidée par les sous-questions de recherche. Par la suite, l'analyse en profondeur des groupes, guidée par la grande question de recherche, permet l'appréciation et la compréhension du phénomène à l'étude telles que perçues et vécues par les acteurs. Chacun des groupes adopte une vision spécifique de la contribution de la communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme wiki évoluée, à l'optimisation de la trajectoire de soins et de services gériatriques. Le tableau 5.8 permet de dresser un sommaire des éléments partagés par chacun des groupes de l'étude. Par la suite, de brèves explications pourront mettre en évidence les relations de similitudes et de complémentarités entre les constats issus des analyses. Il est important de noter qu'aucune divergence ne fut décelée en cours d'analyse. Cette analyse sera guidée par la question suivante :

*En quoi les perspectives des trois cas sont similaires, complémentaires et divergentes face à la contribution de la communauté de pratique virtuelle, soutenue par la*

*plateforme wiki évoluée, à l'optimisation de la trajectoire de soins et services gériatriques ?*

Enfin, une attention particulière sera portée aux propos émergents des gestionnaires associés aux tensions de mise en œuvre des meilleures données probantes. Ces derniers seront mis en relation avec les éléments soulevés par les autres acteurs dans une optique de compréhension profonde et de contextualisation à la question de recherche.

Tableau 5.8 : Sommaire des éléments soulevés lors des analyses en profondeur des groupes

Groupes à l'étude	Comment la dynamique collaborative professionnelle virtuelle, soutenue par une plateforme de type wiki évolué, peut créer de la valeur à la trajectoire de soins et services gériatriques ?		
<b>Professionnels</b>	La création d'un espace partagé <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clinique</li> <li>• Théorique</li> <li>• Appui technologique</li> <li>• Validation des connaissances</li> </ul>	L'épanouissement professionnel <ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfaction, confiance, réassurance</li> <li>• Rôle professionnel</li> <li>• Ouverture aux disciplines complémentaires</li> </ul>	Gestion judicieuse du temps <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pratique clinique en temps réel</li> <li>• Efforts coordonnés</li> <li>• Gagner du temps — investir du temps</li> </ul>
<b>Gestionnaires gériatriques</b>	L'émergence du savoir <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diffusion judicieuse</li> <li>• Application réfléchie</li> <li>• Soutien aux novices</li> <li>• Valorisation professionnelle</li> <li>• Apprentissage social</li> </ul>	Le souci du contrôle <ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveillance</li> <li>• Indicateurs</li> <li>• Tendre à l'amélioration continue</li> </ul>	Les tensions de la mise en œuvre des meilleures données probantes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frein technologique</li> <li>• Frein organisationnel</li> <li>• L'implication difficile du patient et ses proches</li> </ul>
<b>Acteurs clés en gestion de la qualité</b>	La pratique clinique fructueuse <ul style="list-style-type: none"> <li>• De l'individu, à l'équipe, l'organisation, population</li> <li>• Profils de participant et types d'apprentissages</li> <li>• Soutien aux stagiaires et novices</li> </ul>	Les technologies au service des professionnels <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adapté, utile, au rythme du professionnel</li> <li>• Portrait en temps réel de la pratique clinique</li> </ul>	Les interactions <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pression sociale</li> <li>• Ouverture aux autres et à soi</li> <li>• Découverte du réseau</li> <li>• Équité de l'accès à la connaissance</li> </ul>



#### 5.3.5.1 Les similitudes

En premier temps, l'ensemble des acteurs soulèvent la pertinence et la nécessité de mettre en œuvre les meilleures données probantes au cœur de la trajectoire de soins et de services gériatriques. De plus, la communauté de pratique virtuelle fait également l'unanimité en ce qui a trait à sa capacité à diffuser, partager et contextualiser les meilleures données probantes. Celle-ci, soutenue par la plateforme wiki évoluée, peut définitivement appuyer les professionnels, dotés d'une expérience et d'un vécu variés, à mettre en œuvre les meilleures interventions médicales et sociales. Cette dynamique facilite la connaissance et la reconnaissance des disciplines complémentaires, renforce l'identité professionnelle par l'apprentissage social et cultive des sentiments de satisfaction professionnelle, de confiance et d'assurance. De plus, les acteurs mentionnent que la communauté de pratique virtuelle brise l'isolement du professionnel qui bénéficie, même dans un contexte de pratique indépendante, d'un réseau de soutien qui peut le guider et l'appuyer dans sa pratique clinique et ses démarches d'acquisition de connaissances nouvelles. Somme toute, les professionnels, les gestionnaires et les acteurs clés en gestion de la qualité soulèvent un gain important en efficacité, en pertinence et en qualité à la trajectoire de soins et de services gériatriques suite à l'instauration de la communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme wiki évoluée. Celle-ci gagne également en fluidité et en cohérence grâce à la synchronisation des meilleures données probantes interprofessionnelle.

#### 5.3.5.2 Les complémentarités

Dans un autre ordre d'idée, des éléments soulevés par des acteurs offrent plutôt une compréhension de manière complémentaire du phénomène à l'étude. À maintes reprises, ce sont les données partagées par les professionnels qui bénéficient d'une plus grande profondeur grâce aux témoignages et connaissances des acteurs clés en

gestion de la qualité. En effet, les professionnels abordent généreusement les différents échanges et dialogues facilités par la communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme wiki évoluée. Plusieurs exemples concrets illustrent en quoi la nature de l'interaction et la logique disciplinaire parviennent à soutenir le professionnel et à l'appuyer dans la mise en œuvre des meilleures données probantes. Ce vécu partagé par les professionnels se juxtapose à merveille aux propos des acteurs clés en gestion de la qualité entourant l'effervescence d'une culture axée sur les meilleures données probantes. Du coup, les professionnels, les équipes et la population bénéficient de ce rehaussement et de l'actualisation des connaissances axées sur les meilleures données probantes.

Parallèlement, les acteurs clés en gestion de la qualité abordent généreusement les fonctionnalités technologiques de la plateforme wiki évoluée. Effectivement, ces derniers démontrent une connaissance et une compréhension impressionnante de cette plateforme. Les professionnels appuient, à l'aide d'exemples concrets issus de leur pratique, la pertinence des fonctionnalités et capacités de la plateforme. À cet effet, la plateforme interprofessionnelle diffuse judicieusement les meilleures données probantes, s'intègre au processus clinique du professionnel et permet le dialogue entourant les connaissances du domaine de la santé et des services sociaux. De plus, son accessibilité et sa disponibilité en temps réel facilitent la réalisation des activités professionnelles sur l'ensemble de la trajectoire de soins et de services. Bref, la plateforme wiki évoluée, au service de la communauté de pratique virtuelle, appuie définitivement les processus de création de valeur, par les professionnels de la santé et des services sociaux, à la trajectoire de soins et de services gériatriques.

Pour continuer, les acteurs clés en gestion de la qualité et les gestionnaires gériatriques abordent les enjeux entourant le suivi et le contrôle de la pratique clinique. Les gestionnaires soutiennent l'importance de suivre l'évolution des

pratiques cliniques et d'assurer leur qualité sur l'ensemble de la trajectoire de soins et de services. Ce contrôle facilite les initiatives d'amélioration continue et de réajustements nécessaires à la mise en œuvre des meilleures données probantes. De leur côté, les acteurs clés en gestion de la qualité portent un regard critique face aux différents indicateurs classiques utilisés en vue d'évaluer la qualité des interventions médicales et sociales. En effet, ces participants mentionnent que cet exercice, essentiel à l'organisation, pourrait se raffiner davantage en se basant sur les pratiques cliniques réelles rapportées instantanément par la plateforme wiki évoluée. Du coup, ces informations portent à croire que la pratique managériale pourrait également bénéficier de cet outil technologique. Somme toute, l'exercice rigoureux de contrôle des pratiques cliniques, facilité par les données accessibles en temps réel, renforce les initiatives de mise en œuvre des meilleures données probantes. Elle contribue également à la dynamique professionnelle virtuelle et participe à la création de valeur à la trajectoire de soins et services où un soutien de plus haut niveau est assuré.

Pour terminer, les acteurs soulèvent, directement ou indirectement, la gestion du temps. En effet, le temps est un élément précieux qui gagne à être utilisé judicieusement. De leur côté, les professionnels peuvent pratiquer au moment présent grâce à la communauté de pratique soutenue par la plateforme wiki évoluée. En second lieu, les gestionnaires adoptent plutôt un discours axé sur le gain de temps associé à l'efficacité des processus de recherche et de création des meilleures données probantes. Pour terminer, les acteurs clés en gestion de la qualité associent l'utilisation réfléchie des technologies de l'information à une meilleure utilisation du temps. L'ensemble des perspectives permettent une meilleure compréhension du quotidien des professionnels de la santé et des services sociaux et de l'importance d'appuyer leur processus clinique à l'aide de moyens et d'outils adaptés. Du coup, la trajectoire de soins et de services gériatriques peut se réaliser plus rapidement, mais peut également gagner en qualité et en pertinence.

### 5.3.5.3 La tension émergente

Contrairement aux professionnels et acteurs clés en gestion de la qualité, les gestionnaires partagent de manière plus soutenue des tensions entourant l'exercice de leurs fonctions. En effet, des freins au niveau technologique, organisationnel et culturel occasionnent notamment des difficultés à la mise en œuvre de meilleures données probantes et certaines frustrations. Ces éléments sont également mentionnés par les acteurs clés en gestion de la qualité, mais avec une intensité moins importante. De leur côté, les professionnels mentionnent par moments les péripéties technologiques sans toutefois y porter une grande emphase. En prenant du recul, les freins soulevés sont en quelque sorte la manifestation d'un faible fil conducteur au cœur de l'organisation. Effectivement, des éléments contradictoires entourant les fondements et la composition de la communauté de pratique furent soulevés en phase d'analyse des propos des participants et des documents administratifs.

Également, l'implication du patient et de ses proches à la trajectoire de soins et de services gériatrique est inévitable. L'ensemble des acteurs en font la ferme promotion. Or, les témoignages portent à croire que l'approche paternaliste est encore bien vivante. Ces derniers sont également confirmés par des rapports d'Agrement Canada qui ordonnent la création de mécanismes divers entourant l'implication active du patient et de ses proches à l'ensemble du processus clinique. Cette situation contradictoire et même contre-productive occasionne des tensions auprès des acteurs.

Pour terminer, les technologies de l'information sont omniprésentes au quotidien des professionnels de la santé et essentielles à la pratique clinique basée sur les meilleures données probantes. Néanmoins, la mise en œuvre du projet de recherche-action auprès des professionnels occasionne l'informatisation convoitée depuis longtemps du processus clinique. En effet, le fonctionnement traditionnel manuscrit est utilisé dans l'ensemble du complexe hospitalier, dont l'unité de soins de réadaptation

gériatrique. Une certaine effervescence est palpable auprès des acteurs et plus particulièrement auprès des professionnels qui pourront enfin goûter aux outils informatiques. Cependant, les données recueillies soulèvent aussi la fragilité du réseau technologique et l'insuffisance du matériel informatique. L'émergence de cette situation et de ces tensions occasionnent une certaine déviation au cœur du projet de recherche, mais apporte une certaine réflexion entourant le contexte spécifique et aux conditions gagnantes du déploiement de communautés de pratiques virtuelles dans le domaine de la santé et des services sociaux.

En guise de conclusion de la section dédiée à l'analyse entre les groupes d'acteurs, il devient intéressant de proposer le tableau 5.9 qui dresse le sommaire des données recueillies en les reliant aux différentes composantes du modèle conceptuel de recherche.

Tableau 5.9 : Sommaire des données et retour au modèle conceptuel

Groupes à l'étude	Thèmes émergents lors des analyses	Modèle conceptuel de la recherche			
		Plateforme wiki évoluée	Dynamique collaborative professionnelle virtuelle	Valeur	Trajectoire de soins et services gériatriques
Professionnels	Création d'un espace partagé	X	X	X	X
	Épanouissement professionnel		X	X	
	Gestion judicieuse du temps	X	X		X
Gestionnaires en gériatrie	Émergence du savoir	X	X	X	
	Souci du contrôle	X	X		X
	Tensions de la mise en œuvre des meilleures données probantes	Perspectives obtenues entourant les conditions gagnantes au déploiement de la communauté de pratique virtuelle : moyens, reconnaissance et culture			
Acteurs clés en gestion de la qualité	Pratique clinique fructueuse	X	X	X	X
	Technologies au service des professionnels	X	X	X	X
	Interactions	X	X		X

## CHAPITRE VI

### DISCUSSIONS

À la lumière des différentes découvertes associées aux phénomènes, expériences et perspectives des acteurs, le présent chapitre débute par une synthèse des résultats et faits saillants obtenus grâce aux activités de recherche-action. Pour continuer, les principales contributions sur le plan théorique et pratique seront présentées. Ces dernières se pencheront sur la discipline de la gestion de projet et le domaine de la santé et des services sociaux. Ensuite, les forces ainsi que les limites méthodologiques de la recherche seront humblement partagées. Un plan de communication des résultats de la recherche ainsi qu'un plan d'action seront proposés en cohérence avec les étapes de la recherche-action. Pour terminer, différentes pistes de recherches futures, touchant plus spécifiquement le domaine de la santé ainsi que la gestion de projet, seront suggérées.

#### 6.1 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

En premier temps, il s'avère pertinent de dresser une synthèse des principaux résultats de recherche issus des démarches engendrées par la chercheuse. La recherche-action segmentée par groupe a permis de recueillir trois perspectives, similaires et complémentaires, auprès des employés interpellés par la mise en œuvre des meilleures données probantes en gériatrie. À cet effet, les professionnels de la santé et des services sociaux, les gestionnaires en gériatrie ainsi que les acteurs clés en gestion

de la qualité furent accompagnés, observés et interpellés par la chercheuse. La collecte de données qualitative repose sur une grande question de recherche où une stratégie méthodologique diversifiée assure la triangulation des données. La question de recherche est la suivante :

*Comment la dynamique collaborative professionnelle virtuelle, appuyée par une plateforme de type wiki évolué, peut créer de la valeur à la trajectoire de soins et services gériatriques ?*

Préalablement à la création de valeur à la trajectoire de soins et de services gériatriques, la pratique clinique augmentée mérite d'être abordée. En effet, il s'agit de la valeur directement attribuée à la mise en œuvre systématique des meilleures données probantes par le professionnel vécue par le professionnel. Les éléments ici-bas exposent les différents faits saillants entourant la pratique clinique augmentée et ses répercussions sur le professionnel..

- La mise en œuvre des meilleures données probantes rehausse la satisfaction du professionnel, améliore son niveau de confiance en soi et le rassure dans sa pratique clinique ;
- La mise en œuvre des meilleures données probantes rehausse le sentiment de compétence du professionnel ;
- Les professionnels prennent plus facilement conscience de la portée de leur expertise, de la qualité de leur exercice clinique et de la place qu'ils occupent au cœur de la communauté de pratique interprofessionnelle ;
- Les professionnels clarifient et s'approprient leur rôle disciplinaire dans une optique de pratique clinique optimale ;
- Les professionnels rehaussent leur connaissance et reconnaissance du rôle exercé par leurs collègues appartenant à des disciplines complémentaires.



Compte tenu de ce qui précède, l'adoption d'une vision qui enveloppe la pratique clinique augmentée, permise par la mise en œuvre des meilleures données probantes, permet d'approcher la grande question de recherche et d'y proposer des réponses. Par ailleurs, celles-ci tiennent compte du contexte de l'étude dans la mesure où le professionnel œuvre au cœur d'une communauté de pratique interprofessionnelle virtuelle en gériatrie, soutenue par une plateforme wiki évoluée.

- Le rehaussement de la fréquence et de la pertinence des échanges interprofessionnels, virtuels et en présentiels, contribue à la création de valeur à la trajectoire de soins et de services dans la mesure où les interventions sont organisées de manière fluide. Les professionnels se basent sur les interventions et constats de leurs collègues, bien documentés à même la plateforme wiki évoluée, dans le souci d'y insérer leur contribution en toute cohérence. L'appui des technologies de l'information permet l'adoption d'une pratique clinique en temps réel où les informations sont accessibles et disponibles à la demande du professionnel. L'ensemble des efforts, fournis par les professionnels de la santé et des services sociaux, sont coordonnés et aspirent à l'atteinte des objectifs de rétablissement visés. La personne âgée et ses proches bénéficient de soins et de services articulés où l'évolution de l'état de santé est connue par tous les intervenants. De plus, les processus de collecte de données redondants sont éliminés.
- Les meilleures données probantes sont diffusées judicieusement à l'aide de la communauté de pratique virtuelle en gériatrie, soutenue par la plateforme wiki évoluée. Ces dernières peuvent être mises en œuvre directement dans le processus clinique du professionnel à l'aide de la plateforme. Cette dynamique professionnelle virtuelle ainsi créée réduit l'écart entre la théorie et la pratique permettant de rehausser la qualité et la

pertinence des interventions médicales et sociales de la trajectoire de soins et de services. Du coup, il est possible de constater une diminution des erreurs et une utilisation justifiée des ressources du milieu.

- Des échanges virtuels, entre les professionnels appartenant à la communauté de pratique gériatrique, sont rendus possibles dans le souci de contextualiser les connaissances à l'environnement de pratique. La plateforme wiki évoluée, en appui à la communauté de pratique virtuelle gériatrique, est dotée de fonctionnalités de création de ressources documentaires qui répondent aux besoins des professionnels eu égard leur discipline d'appartenance. Cette ouverture à l'amélioration continue, basée sur un dialogue entre les professionnels, rehausse la pertinence et la qualité des interventions au cœur de la trajectoire de soins et de services en plus de promouvoir l'utilisation juste des ressources du milieu.
- La dynamique collaborative professionnelle virtuelle est caractérisée par des interactions de nature variées allant de la pratique indépendante à la pratique de concertation. Néanmoins, les données recueillies proposent la pratique indépendante rehaussée. À cet effet, le professionnel, doté d'un accès à une communauté de pratique virtuelle, peut bénéficier d'un réseau de soutien qui pourra l'accompagner dans ses démarches d'acquisition de connaissances et de savoir. Cette initiative se met en œuvre sans nécessairement avoir une préoccupation associée à un patient. De plus, les interactions entre les professionnels de la communauté de pratique virtuelle sont caractérisées par des logiques disciplinaires, multidisciplinaires et interdisciplinaires. La variabilité de la nature des interactions et des savoirs disciplinaires se fait selon la condition de santé du patient et permet une réponse adéquate à ses besoins. Cette dynamique collaborative professionnelle crée de la valeur à la trajectoire de soins et de services en rehaussant la qualité des interventions, la continuité des soins

et l'accessibilité aux ressources spécialisées aux moments jugés nécessaires.

- La communauté de pratique virtuelle, soutenue par la plateforme, devient un endroit propice à l'apprentissage par les pairs. Effectivement, cet environnement facilite l'acquisition de connaissances contextualisées auprès des professionnels novices, et même auprès des stagiaires. Du coup, le professionnel réalise qu'il peut faire plus et mieux lorsqu'il est submergé dans un environnement où les meilleures données probantes sont véhiculées. Cette dynamique, caractérisée par cette pression positive sociale, favorise la mise en œuvre d'interventions de haute qualité et contribue au développement professionnel de l'intervenant et peut également mener à l'harmonisation des pratiques médicales et sociales de la trajectoire de soins et services gériatriques.
- La plateforme wiki évoluée est dotée de fonctionnalités adaptées aux besoins des professionnels. Cette dernière devient une vitrine aux meilleures données probantes contextualisées à la gériatrie, s'intègre au processus clinique du professionnel et l'appui dans son jugement clinique. Le professionnel est en mesure d'offrir des soins et des services avec une plus grande efficacité grâce à l'utilisation judicieuse de son temps.
- Les questionnaires ainsi que les acteurs clés en gestion de la qualité peuvent plus aisément suivre la pratique clinique réelle de la communauté de pratique virtuelle, appuyée par la plateforme. En effet, elle permet la mesure authentique des activités médicales et sociales. Ces éléments peuvent faciliter et rehausser la pertinence des initiatives d'amélioration continue de la trajectoire de soins et de services.
- Aux limites des frontières de la trajectoire de soins et de services gériatriques, il est mentionné que la communauté de pratique virtuelle, soutenue par une plateforme wiki évoluée, peut contribuer à l'abolition des

frontières géographiques et faciliter l'accès aux meilleures données probantes à un plus grand bassin de professionnels eu égard leur milieu de pratique. Ceci contribue à l'équité de l'accessibilité aux soins et services et à l'harmonisation des pratiques cliniques sur un territoire desservi par une organisation soignante. Face à un tel contexte, la trajectoire de soins et de services peut potentiellement gagner en fluidité, en cohérence, en accessibilité, en qualité et en valeur sociale.

- Un dernier point se doit d'être abordé. Des conditions gagnantes au déploiement d'une communauté de pratique gériatrique, soutenue par une plateforme wiki évoluée, furent soulevées suite aux différentes préoccupations des participants, dont les gestionnaires gériatriques. Dans le souci de bien appuyer les initiatives de diffusion et de partage des connaissances appuyées sur les technologies de l'information, il est nécessaire d'assurer un environnement technologique adéquat et un fil conducteur organisationnel qui soutient l'initiative avec cohérence. Également, dans un souci de rehausser la valeur à la trajectoire de soins et de services gériatriques, il s'avère essentiel de porter un regard sur la place réellement occupée par le patient et ses proches.

Enfin, l'ensemble des activités de recherche ainsi que les données recueillies permettent de mieux comprendre la dynamique professionnelle virtuelle au cœur d'une communauté de pratique virtuelle, soutenue par une plateforme wiki évoluée, en milieu hospitalier gériatrique. Cette organisation interprofessionnelle, où la technologie est au service du professionnel, permet de rehausser la valeur à la trajectoire de soins et services en optimisant la qualité des interventions et des interactions. Du coup, les processus cliniques se raffinent et tendent à l'efficience, à la pertinence et la cohérence. Le temps est utilisé judicieusement dans le sens où la communauté de pratique se mobilise à la découverte et au partage des meilleures

données probantes et détient un accès en temps réel aux connaissances théoriques ainsi que cliniques. Cette dynamique ainsi créée peut potentiellement réduire les coûts associés aux erreurs, aux complications et aux utilisations inadaptées de ressources du milieu. Le tableau 6.1 dresse le sommaire des apprentissages et faits saillants de la recherche-action en utilisant les fondements de la gestion de projet.

Tableau 6.1 : Optimisation de la trajectoire de soins et services gériatriques

<b>Contribution de la dynamique collaborative professionnelle virtuelle, supportée par une plateforme de type wiki évolué, à la valeur de la trajectoire de soins et services gériatriques (projet)</b>
<p><b>Temps</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faciliter la communication clinique efficiente</li> <li>• Rehausser la fluidité et l'organisation des interventions</li> <li>• Faciliter la coordination des contributions disciplinaires</li> <li>• Permettre la pratique clinique en temps réel</li> <li>• Intégrer au moment du soins les meilleures données probantes au processus clinique</li> <li>• Suivre la pratique clinique en temps réel</li> <li>• Optimiser les démarches de recherche des meilleures données probantes</li> <li>• Permettre la documentation clinique en temps réel</li> </ul>
<p><b>Qualité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appuyer la cohérence des différentes contributions disciplinaires</li> <li>• Supporter la continuité des soins et des services</li> <li>• Contribuer à l'excellence de la documentation clinique</li> <li>• Rendre accessibles les données cliniques en temps réel</li> <li>• Diffuser et partager judicieusement les meilleures données probantes</li> <li>• Appuyer la pratique clinique basée sur les meilleures données probantes</li> <li>• Adapter les connaissances au contexte local</li> <li>• Appuyer les démarches d'amélioration continue</li> <li>• Permettre l'ouverture et le dialogue associés aux meilleures données probantes</li> <li>• Rendre disponible un réseau de soutien à l'acquisition de connaissances cliniques</li> <li>• Favoriser l'harmonisation des pratiques cliniques</li> <li>• Constituer une culture de la pratique basée sur les meilleures données probantes</li> <li>• Permettre le suivi managérial de la mise en œuvre des meilleures données probantes et de la pratique clinique réelle</li> <li>• Contribuer à l'équité de l'accessibilité aux meilleures données probantes</li> </ul>
<p><b>Coûts</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre l'exercice professionnel optimal</li> <li>• Éliminer les pratiques cliniques redondantes</li> <li>• Rehausser la pertinence clinique des interventions</li> <li>• Réduire les erreurs</li> <li>• Optimiser l'utilisation des ressources du milieu</li> <li>• Appuyer l'utilisation appropriée des ressources spécialisées</li> </ul>
<p><b>Humain</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehausser la satisfaction du professionnel</li> <li>• Améliorer le niveau de confiance en soi du professionnel</li> <li>• Combler le besoin de réassurance du professionnel face à sa pratique clinique</li> <li>• Rehausser le sentiment de compétence du professionnel</li> <li>• Contribuer à la reconnaissance de l'expertise clinique du professionnel</li> <li>• Clarifier le rôle disciplinaire du professionnel</li> <li>• Connaître et reconnaître les rôles disciplinaires complémentaires</li> <li>• Créer un environnement propice à l'apprentissage par les pairs</li> <li>• Rehausser la valeur sociale des interventions</li> </ul>

## 6.2 CONTRIBUTIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES

La présente recherche permet de contribuer à la discipline de la gestion de projet ainsi qu'au domaine de la santé et des services sociaux. Les implications des résultats sont d'ordre théorique ainsi que pratique.

Du point de vue théorique, la recherche contribue au développement de connaissances spécifiques en gestion de projet contextualisées au domaine de la santé et des services sociaux. Tout d'abord, la chercheuse propose la juxtaposition du projet et de la trajectoire de soins et de services. Ces deux concepts partagent en toute cohérence un ensemble de composantes essentielles. La trajectoire de soins et de services, tout comme le projet, peut se segmenter en un certain nombre de phases, énonce un objectif qui peut évoluer dans le temps selon le dénouement des événements, implique un nombre déterminé de parties prenantes qui communiquent ensemble et devient un véhicule important à la connaissance. À la lumière de ces éléments, il est possible de porter un regard neuf, à l'aide de la discipline de la gestion de projet, sur les enjeux d'optimisation de la trajectoire de soins et de services. Du coup, la discipline de la gestion de projet peut bénéficier des apprentissages issus de son application dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Dans ces circonstances, la présente recherche permet de contribuer à l'enrichissement de la littérature entourant l'école de l'optimisation et de la modélisation en gestion de projet (Turner et al., 2010) grâce à cette contribution dans le domaine de la santé et des services sociaux. En premier temps, un regard sera porté à l'école de l'optimisation. Les résultats recueillis portent une emphase aux différents éléments qualitatifs contribuant au rehaussement de la qualité, des gains de temps et de la réduction des coûts du projet. Des stratégies dont la mise en œuvre des meilleures connaissances, l'instauration d'un canal communicationnel intra et interprofessionnel

en temps réel ainsi que l'ajout des technologies de l'information, dont les fonctionnalités sont au diapason du rythme et des routines des parties prenantes, contribuent à l'optimisation du projet. Également, il est possible de comprendre, à la lumière des résultats de la recherche, que la circulation de la connaissance, au cœur du projet, peut prendre différentes formes. À cet effet, la chercheuse démontre que la sommation de la connaissance théorique à la connaissance associée à la mise en œuvre du projet contribue à la coordination des efforts et à la réalisation de l'objectif initialement fixé.

Par ailleurs, l'école de la modélisation, qui s'intéresse à la performance ainsi qu'aux subtilités humaines ayant un impact sur cette dernière, sera abordée. Les résultats de la recherche avancent que la mise en œuvre des meilleures connaissances provoque des sentiments de bien-être, de satisfaction, de confiance et de compétence auprès des parties prenantes. À l'image d'un réseau, ce ressenti contamine l'environnement et provoque un intérêt marqué au rehaussement de la qualité des actions, à l'excellence et au dépassement. Cela est notamment rendu possible grâce à l'appui des communications qui facilite cette prise de conscience auprès des parties prenantes et occasionne une pression sociale bénéfique. La recherche énonce que dans l'optique d'optimiser un projet, où de nombreuses parties prenantes sont impliquées, la contribution des subtilités humaines est grande dans la mesure où les sentiments positifs peuvent être véhiculés et devenir créateurs d'une mobilisation de plus grande échelle.

Dans cette même optique, le projet de recherche doctoral s'insère dans le mouvement Project-as-Practice proposé par Blomquist et al. (2010). En effet, la méthodologie de recherche-action, où la chercheuse se joint et accompagne les acteurs de la communauté de pratique virtuelle gériatrique, se caractérise par l'acquisition d'une compréhension profonde et authentique des expériences et des perspectives propres à



chacun. Les connaissances contextualisées, associées à cette recherche doctorale, sont issues de la pratique réelle des acteurs du domaine de la santé et des services sociaux (Czarniawska, 1993). Celles-ci proposent une description véridique de la dynamique collaborative professionnelle virtuelle, appuyée par une plateforme wiki évoluée, et de son impact sur le projet. La recherche met en évidence les interventions quotidiennes des acteurs, l'utilisation des outils technologiques, la mise en œuvre des meilleures données probantes, les interactions entretenues entre les acteurs et les contextes collaboratifs. En d'autres termes, il s'agit d'une étude approfondie de la praxis (Blomquist et al., 2010). Somme toute, les résultats de la présente recherche doctorale proposent une compréhension profonde et véritable de la trajectoire de soins et de services gériatriques ; le projet. Les connaissances ainsi générées peuvent guider des réflexions et inspirer des chercheurs dans le souci de rehausser la signification et la pertinence de la recherche en gestion de projet.

Dans un autre ordre d'idée, il devient intéressant d'explorer les contributions théoriques au domaine de la santé et des services sociaux. En premier temps, les données empiriques permettent de proposer un ajout au modèle de E. Careau et al. (2018) intitulé Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Effectivement, les témoignages recueillis entourant la contribution de la communauté de pratique virtuelle, de ses utilités et de ses impacts auprès des professionnels peuvent donner lieu à la pratique indépendante augmentée. Cette pratique brise l'isolement du professionnel et facilite l'accès à la connaissance théorique et pratique associée à sa propre discipline et des disciplines alliées. La pratique indépendante augmentée peut se mettre en œuvre dans une multitude de contextes, selon la réalité du professionnel, où il demeure en partenariat étroit avec le patient et ses proches. Elle peut se prêter à différentes situations et intentions ainsi que devenir un milieu propice à un partage de savoirs disciplinaires allant de la

discipline à l'interdisciplinarité. La figure 6.1 illustre les interactions de la pratique indépendante augmentée à la lumière des résultats de la recherche.

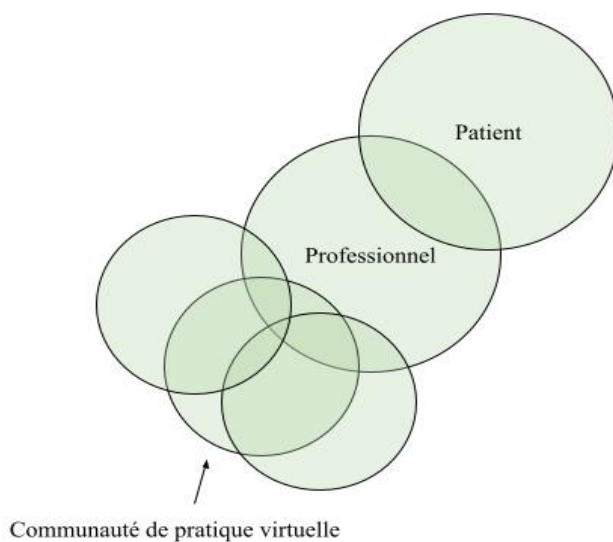


Figure 6.1 : Pratique indépendante augmentée

Par ailleurs, les résultats de la recherche appuient le modèle de E. Careau et al. (2018) dans la mesure où les interactions et les savoirs disciplinaires adoptent des représentations variées au rythme des situations vécues et des intentions véhiculées par la trajectoire de soins et services gériatriques. Cette vision malléable de la collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux est partagée entre les professionnels, les gestionnaires gériatriques et les acteurs clés en gestion de la qualité.

Un dernier ajout mérite d'être souligné au niveau des contributions théoriques de la présente recherche doctorale. En fait, les résultats contribuent au renforcement de la

pertinence du modèle de Donabedian (1966) en démontrant l'importance de la mise en œuvre des meilleures données probantes, de la communication et de la satisfaction des professionnels au cœur des processus. En effet, les résultats démontrent un rehaussement de la qualité des interventions, une diminution des risques associés aux erreurs et une meilleure coordination des interventions.

Dans un deuxième ordre d'idée, il s'avère pertinent d'explorer les implications pratiques de la recherche. En tout premier lieu, cette étude porte un regard neuf sur la trajectoire de soins et de services dans un souci de création de valeur. Les organisations soignantes pourront s'inspirer des résultats obtenus dans un souci de mettre en œuvre des interventions visant l'amélioration continue des soins et services tout en atteignant un niveau de performance proportionnel aux investissements effectués. Dans le cadre de la recherche, l'apport de la discipline de la gestion de projet permet une appréciation de la valeur au niveau du professionnel et au niveau de la trajectoire de soins et services. La figure 6.2 permet d'illustrer la cartographie de la valeur, à la lumière de la discipline de la gestion de projet, dans le contexte de la recherche doctorale où un regard est posé sur la dynamique collaborative professionnelle virtuelle.

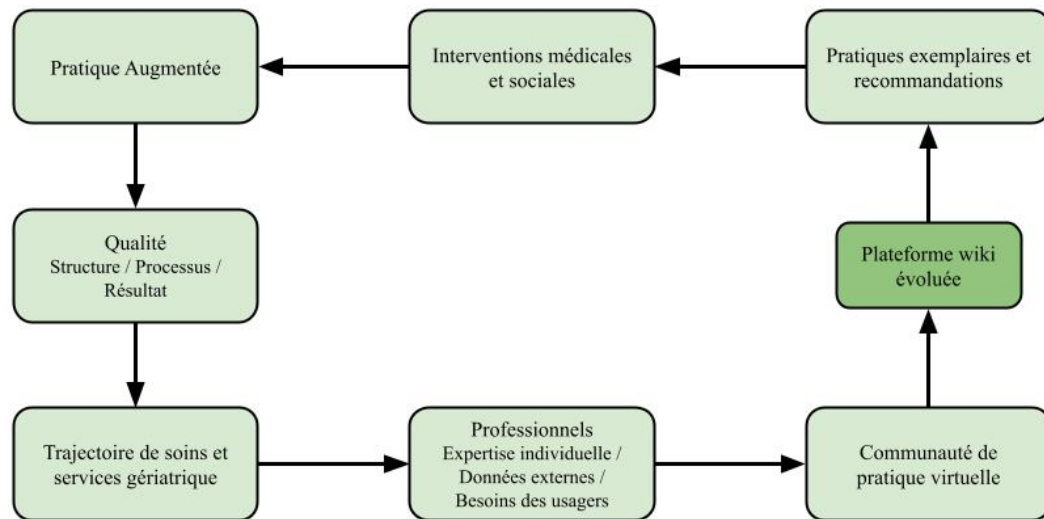


Figure 6.2 : Cartographie de la valeur

Deuxièmement, la recherche propose une structure ainsi qu'une stratégie novatrice aux enjeux de transfert et d'application des connaissances dans le domaine de la santé et des services sociaux. Effectivement, face à la vitesse fulgurante de production des meilleures données probantes, l'écart entre la théorie et la pratique ne cesse d'augmenter. De plus, les méthodes pédagogiques traditionnellement utilisées par les organisations soignantes échouent à la réalisation de leur mandat. Or, la présente recherche démontre des résultats prometteurs dans l'optique où la communauté de pratique virtuelle, soutenue par une plateforme wiki évoluée, facilite la diffusion des meilleures données probantes, véhicule de manière équitable l'ensemble des connaissances interprofessionnelles, crée un milieu de partage où l'apprentissage social est soutenu, appuie les interactions entre les professionnels et permet la mise en œuvre de la connaissance directement dans un contexte clinique. Cette dynamique professionnelle permet de créer non seulement de la valeur auprès du professionnel, mais également au niveau de la trajectoire de soins et de services.

Troisièmement, les technologies de l'information sont nombreuses dans le domaine de la santé et des services sociaux. Le développement fulgurant de plateformes et d'applications tend à porter une assistance judicieuse aux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux dans la réalisation de leurs activités cliniques. Les résultats de la recherche démontrent que la plateforme wiki évoluée peut aisément supporter une communauté de pratique virtuelle dans la mise en œuvre des meilleures données probantes. Ses fonctionnalités constituent des éléments gagnants à l'accompagnement judicieux, à l'aide des technologies de l'information et de la communication, des professionnels, des gestionnaires et des acteurs clés en gestion de la connaissance.

Quatrièmement, les données recueillies permettent de porter un regard différent sur les pratiques organisationnelles entourant la mise en œuvre des meilleures données probantes et l'atteinte du plein potentiel du professionnel de la santé et des services sociaux. À la lumière des résultats, la pratique optimale du professionnel peut être atteinte grâce à la connaissance et la reconnaissance de son champ de pratique et de celui de ses collègues de discipline complémentaire. L'apport de la plateforme wiki évoluée favorise l'investissement du professionnel à la mise en œuvre des meilleures données probantes tout en lui offrant la visibilité et la considération des autres. Ces constats peuvent définitivement constituer un point de départ à une réflexion organisationnelle entourant l'optimisation des activités cliniques, l'importance de la satisfaction du professionnel et des répercussions de ces éléments sur la trajectoire de soins et services.

Cinquièmement, les tensions soulevées notamment par les gestionnaires peuvent constituer un point de départ à une plus grande réflexion entourant la mise en œuvre d'initiatives innovantes de diffusion réfléchie des meilleures données probantes. Comme mentionné par Longpré (2017), l'organisation soignante doit se mobiliser à

différents niveaux hiérarchiques en vue d'obtenir les effets escomptés entourant l'intégration des soins et des services. Ces constats peuvent se juxtaposer aux observations émergentes issues de la recherche où une emphase est portée à la mise en œuvre des meilleures données probantes et à la dynamique issue d'une communauté de pratique virtuelle, appuyée par une plateforme wiki évoluée. Les témoignages recueillis par la chercheuse, les observations participantes réalisées ainsi que les analyses documentaires effectuées soulèvent des paradoxes et des écarts qui peuvent amorcer une réflexion organisationnelle entourant les enjeux de qualité des soins et services.

Sixièmement, la recherche démontre que le projet bénéficie de la coordination des efforts de l'ensemble des professionnels où les meilleures données probantes sont accessibles et facilement mises en œuvre. La fluidité et la continuité des interventions médicales et sociales contribuent au rehaussement de la valeur à la trajectoire de soins et de services. Cette recherche-action, où les professions managériales, médicales et sociales règlementées coexistent côte à côte, démontre que les interactions et l'ouverture aux autres permettent l'optimisation du projet. Les résultats, issus du domaine de la santé et des services sociaux, pourront potentiellement inspirer d'autres domaines, caractérisés par la complexité des parties prenantes, où la gestion de projet est mise à contribution.

### 6.3 FORCES ET LIMITES MÉTHODOLOGIQUES

À la lumière des différents constats issus de la recherche, il serait intéressant d'adopter un regard critique quant aux décisions prises reliées à la stratégie méthodologique adoptée. Ce regard permet de dégager à la fois les avantages, mais aussi les limites de la recherche, tel qu'elle fut planifiée. De plus, des considérations

spécifiques au contexte de l'étude seront partagées dans le but de prendre un certain recul face aux résultats de la recherche.

En premier lieu, il est possible d'affirmer que l'ensemble des activités de recherche furent effectuées et que ces dernières ont contribué à la compréhension en profondeur du phénomène à l'étude et des expériences vécues par les acteurs. En effet, les entrevues semi-dirigées, les observations participantes, les analyses de documents administratifs ainsi que le recueillement de données sociales et démographiques constituent le cœur du travail doctoral. Par ailleurs, le recours à une analyse de trois groupes d'acteurs a permis d'obtenir des données spécifiques entourant les professionnels, les gestionnaires et les acteurs clés en gestion de la qualité. Ensuite, le regard posé sur ces trois perspectives permet de dégager des perspectives similaires et complémentaires. De plus, la participation active de la chercheuse au projet de recherche occasionne le recueillement des données riches et authentiques tout en soutenant l'ensemble des acteurs de la recherche. Ce vécu a également contribué à la contextualisation judicieuse des données recueillies en phase d'analyse. La stratégie méthodologique s'avère pertinente pour l'ensemble des groupes à l'étude, supportant ainsi la réplication d'une telle stratégie dans un autre contexte. Il s'agit d'un avantage important dans la mesure où l'étude peut être répétée auprès d'une autre trajectoire de soins et services ainsi qu'auprès d'une autre communauté de pratique virtuelle. De toute évidence, les résultats recueillis seront contextualisés et à l'image des groupes d'acteurs oeuvrant au cœur de ces communautés.

Pour continuer, l'utilisation des sous-questions de recherche a permis de bien guider l'analyse et la réflexion sous-jacente. L'abstention d'utilisation d'hypothèses a facilité la considération des données émergentes et l'adoption d'une vision plus macroscopique sans toutefois perdre l'essence du projet de recherche-action. En effet, ces données ont permis de porter une réflexion sur les conditions gagnantes à la

création de valeur à la trajectoire de soins et de services gériatriques. Dans cette même optique, le modèle conceptuel de recherche proposé s'est avéré adéquat et adapté au vécu de la chercheuse et des acteurs. En effet, les sphères proposées et leur configuration se sont bien transposées au vécu des acteurs et à la logique de l'exercice clinique.

Dans un autre ordre d'idée, il s'avère essentiel de soulever les limites reliées à la méthodologie de recherche sélectionnée. La gestion du temps fut effectivement un défi de taille pour la chercheuse. La réalisation des activités de recherche, le traitement des données et les analyses furent des activités plutôt chronophages. Dans cet ordre d'idée, le contexte pandémique devient un élément ayant le potentiel de modifier les contenus partagés par les participants dans le cadre des entrevues semi-dirigées. En effet, les répercussions et les tensions furent vécues par l'ensemble des participants eu égard leur titre d'emploi. De près ou de loin, ils furent interpellés par cette crise sanitaire et assistèrent à des modifications radicales de leur quotidien. Il s'agit d'un élément important à garder en considération à la lecture de ce travail.

Soulevé comme une potentielle limite à la recherche, l'échantillonnage s'est avéré plutôt intéressant et équilibré. Le recrutement des acteurs s'est fait plutôt aisément et une répartition équitable des professions d'appartenance s'est faite naturellement. Toutefois, une gymnastique fut orchestrée dans le souci d'accommoder le plus possible les acteurs vivant des imprévus et contraintes dues à la pandémie. Effectivement, les activités prévues en présentiel furent tenues au téléphone rendant impossible l'appréciation des nuances et subtilités communicationnelles des acteurs. Des rendez-vous fixés à l'avance furent annulés, puis reportés. Cette situation força la chercheuse à bonifier la plage horaire dédiée à la collecte de données de quelques semaines.



Par ailleurs, la présente recherche-action effectue le survol de trois groupes d'acteurs : les professionnels, les gestionnaires en gériatrie et les acteurs clés en gestion de la qualité. Dans le souci de variation des données partagées, les propos de Luc Van Campenhoudt, Abraham Franssen, and Fabrizio Cantelli (2009) soutiennent l'importance d'inclure minimalement deux ou trois perspectives à l'étude. L'ajout de groupes supplémentaires aurait pu contribuer à une meilleure compréhension du phénomène à l'étude ainsi qu'une meilleure validité et fiabilité des résultats obtenus. De plus, il est important de noter qu'aucune divergence ne fut observée en phase d'analyse entre les groupes. L'ajout de perspectives complémentaires, comme les patients ou les gestionnaires stratégiques, aurait pu exposer des enjeux différents ainsi que des perspectives nouvelles. Dans cette situation, les résultats générés peuvent propulser des réflexions auprès des chercheurs et des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, sans toutefois être généralisés à plus grande échelle. Effectivement, la spécificité de l'environnement à l'étude et des acteurs accompagnés dans la présente recherche-action est unique.

En outre, l'utilisation de modèles théoriques en appui au modèle conceptuel peut s'avérer contraignante. La chercheuse crée inévitablement cette limite en appuyant ses observations sur notamment les modèles de collaboration et d'interaction disciplinaire ainsi que le modèle d'appréciation de la qualité dans le domaine de la santé. Il est toutefois important de noter que les propos des acteurs furent rapportés fidèlement en s'éloignant de toute extrapolation basée strictement sur les modèles théoriques. La chercheuse a pu effectuer l'analyse et l'interprétation des données judicieusement en profitant de moments de reculs, de réflexion et de validation au besoin auprès des acteurs. À maintes reprises, en phase de rédaction des analyses, la chercheuse effectue un retour au verbatim des participants dans le souci de bien saisir la nuance du propos partagé.

Un détail environnemental, associé à l'unité de soins et de services de réadaptation gériatrique, mérite d'être abordé. En effet, tel que décrit précédemment, les méthodes de travail ainsi que les outils des professionnels de la santé et des services sociaux sont en grande majorité manuscrits. Les dossiers cliniques ainsi que de nombreuses échelles évaluatives sont en format papier et complétés par le professionnel à l'aide d'un stylo à encre. La proposition d'un outil informatisé pour ces professionnels peut rapidement prendre la forme d'un cadeau qui suscite des émotions positives. Il est important de mentionner aussi que les professionnels recrutés furent identifiés comme étant des acteurs favorables à l'ajout des technologies à leur processus clinique. À la lumière de ces considérations contextuelles, les résultats recueillis peuvent avoir été influencés par les constitutions intrinsèques des acteurs.

Pour terminer, la profession d'appartenance de la chercheuse peut avoir nuancé les résultats obtenus. D'un côté, le fait d'être infirmière s'est avéré un atout dans l'optique où la chercheuse détient les connaissances nécessaires à la bonne compréhension des situations partagées par les participants. D'un autre côté, de nombreux témoignages recueillis tendent à des réponses positives face à l'utilisation de la plateforme wiki évoluée au cœur de la communauté de pratique gériatrique. Outre l'enjeu cité au paragraphe précédent, il est possible que les acteurs, dans une vague de solidarité, aient volontairement accordé une fleur au projet de recherche mené par une chercheuse infirmière. Encore une fois, la lecture des données recueillies doit se faire judicieusement et la réplique d'un modèle similaire de recherche-action peut s'avérer bénéfique. Également, aucun enjeu de recrutement ne fut vécu par la chercheuse et en entrée de jeu ; ce qui peut porter à croire encore une fois à une solidarité professionnelle. Néanmoins, la chercheuse demeurait discrète quant à sa profession d'appartenance et s'assurait d'utiliser son titre d'étudiante lors des communications auprès des acteurs. Par ailleurs, les observations participantes se sont avérées bien dosées grâce à un amalgame de présence à titre d'accompagnatrice

à l'appropriation de la plateforme wiki évoluée auprès des professionnels et à titre de souteneur de la plateforme au cœur de l'organisation auprès des gestionnaires et acteurs clés en gestion de la qualité.

#### 6.4 PROPOSITION D'UN PLAN DE COMMUNICATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Dans un souci de cohérence méthodologique et en suivant la logique de Stringer and Genat (2004), il est nécessaire de porter une attention aux différentes communications associées au projet de recherche-action. De nombreux modèles existent en ce qui concerne les stratégies à adopter afin d'atteindre les cibles recherchées (Ollivier-Yaniv, 2013). Puisque de nombreuses communications sont prévues en lien avec les présents travaux doctoraux, la chercheuse prévoit adapter chacune d'entre-elles. Néanmoins, dans l'optique de bien réussir les communications, certains points généraux peuvent être utilisés à titre de balise en phase de préparation et de planification (Michaud & Bourgeault, 2010). En premier lieu, il est important de clarifier et maîtriser le but visé par la communication ainsi que l'auditoire ciblé par cette dernière. À la lumière de ces constats, il sera par la suite possible de choisir judicieusement le véhicule communicatif ainsi que le contenu spécifique de la présentation. Pour terminer, cette réflexion se termine par la détermination de la personne ou du groupe le plus apte à concrétiser la communication. En effet, selon la nature de l'activité médiatique, un groupe d'acteur peut être le meilleur choix alors que pour une autre la chercheuse serait de mise. Le tableau 6.2 propose un plan de communication dans le cadre d'une activité de rayonnement de la recherche dans un établissement de santé et de services sociaux.

Tableau 6.2 : Exemple de plan de communication des activités de recherche

<b>Composantes du plan de communication</b>	<b>Réponses</b>
<b>Qui ?</b>	Chercheuse
<b>Dit quoi ?</b>	Résumé de la recherche où une emphase est portée aux résultats associés à la pratique clinique professionnelle
<b>Par quel média ?</b>	Conférence annuelle en mode virtuel
<b>À qui ?</b>	Le personnel de l'établissement de santé et de services sociaux
<b>But recherché ?</b>	Diffuser les résultats de la recherche et en faire la promotion

## 6.5 PROPOSITION D'UN PLAN D'ACTION À LA LUMIÈRE DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Dans le cadre du projet de recherche doctoral, la chercheuse porte une emphase aux préoccupations entourant l'intégration, la qualité et la performance des interventions des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux. Les différentes recensions de la littérature ainsi que les activités de recherche-action tendent à la compréhension des expériences et perspectives des acteurs du phénomène. Effectivement, ces éléments apportent une lumière différente sur les problèmes soulevés. En toute logique avec les étapes de la recherche-action, il est nécessaire de passer à l'action et d'élaborer un plan où des solutions seront mises en évidence (Stringer & Genat, 2004).

Le domaine de la santé et des services sociaux utilise fréquemment le plan d'action. En effet, le MSSS ainsi que les organisations régionales élaborent sur une base régulière des plans d'actions associées, par exemple, aux enjeux des ressources humaines (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020) et à la performance annuelle de l'établissement (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais, 2020). De manière générale, un plan d'action regroupe des buts, des objectifs, des actions, des responsables, des ressources associées, des indicateurs de performance et un échéancier (Michaud & Bourgeault, 2010).

Les résultats de la recherche doctorale tendent notamment à démontrer que l'instauration d'une communauté de pratique virtuelle, soutenue par une plateforme wiki évoluée, permet d'adresser certains enjeux associés à la diffusion et à la mise en œuvre des meilleures données probantes chez les professionnels de la santé et des services sociaux. Le tableau 6.3 propose une ébauche de plan d'action associé à cet élément de la présente recherche-action en abordant, pour le moment, un seul objectif. Contrairement à la présentation classique du plan d'action à l'horizontale, une adaptation des grandes lignes de celui-ci au format vertical est réalisée pour faciliter la lecture.

Tableau 6.3 : Plan d'action pour favoriser la diffusion et la mise en œuvre des meilleures données probantes, avec l'appui de la plateforme wiki évoluée, chez les professionnels de la santé et des services sociaux de la communauté de pratique virtuelle en gériatrie

<b>Objectif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au cours des six prochains mois, mettre en place un groupe de champions cliniques dont le mandat est d'ajouter, d'actualiser et d'approuver les contenus des ressources documentaires, basés sur les meilleures données probantes, de la plateforme wiki évoluée</li> </ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mener une campagne de recrutement de champions clinique dans l'organisation</li> <li>• Faciliter la logistique de participation (remplacement/libération) des champions cliniques au groupe</li> <li>• Déterminer et approuver les rôles, responsabilités et tâches du groupe de champions cliniques</li> <li>• Organiser des activités internes de promotion et de rayonnement du groupe de champions cliniques</li> </ul>
<b>Responsables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées de l'établissement</li> <li>• Partenaires internes et externes jugés pertinents</li> </ul>
<b>Ressources</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 000 \$ par année</li> </ul>
<b>Indicateurs de performance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe de champions cliniques en gériatrie formé</li> <li>• Nombre d'absence aux activités des champions cliniques en raison d'impossibilité de remplacement/libération</li> <li>• Description des rôles, responsabilités et tâches du groupe de champions clinique rédigées</li> <li>• Campagne de promotion interne réalisée</li> </ul>
<b>Échéancier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiver 2022</li> </ul>

## 6.6 PISTES DE RECHERCHES FUTURES

Ce travail doctoral permet l'ouverture à d'autres pistes de recherche. Tout d'abord, voici les pistes associées à la discipline de la gestion de projet.

- Il serait pertinent de raffiner la présente recherche en cherchant davantage l'optimisation de la trajectoire de soins et de services gériatriques en calculant les coûts réels de cette dernière, en mesurant les possibles variations des durées de séjour des patients et en comptabilisant les erreurs cliniques.
- Une seconde perspective intéressante serait de se pencher sur le projet de trajectoire de soins et de services et de déterminer l'identité du gestionnaire de ce projet. En effet, la présente étude ne porte aucune emphase au gestionnaire de projet. Cette venue pourrait porter un regard différent sur ce rôle, à la lumière du domaine de la santé et des services sociaux où les professionnels construisent en collaboration la trajectoire de soins et de services avec le patient et ses proches.
- En troisième lieu, les propos, partagés par les gestionnaires gériatriques et les acteurs clés en gestion de la qualité, en ce qui attrait les activités de contrôle des pratiques cliniques, pourraient faire place à une étude plutôt intéressante. Effectivement, l'amélioration continue et la réutilisation de la connaissance au cœur du projet sont un enjeu majeur de cette discipline. Une meilleure compréhension de ce dernier, à la lumière des opportunités fournies par les technologies de l'information, serait de mise tant pour la gestion de projet que pour le domaine de la santé et des services sociaux.
- En dernier temps, la recherche doctorale s'appuie sur deux écoles de la gestion de projet. En effet, la chercheuse sélectionne l'école de l'optimisation ainsi que l'école de la modélisation dans le cadre de ses

travaux. Dans un souci de poursuivre l'exploration et d'enrichir la vision du phénomène, il serait intéressant d'opter pour des écoles de la gestion de projet différentes.

En deuxième et dernier temps, les pistes de recherches associées au domaine de la santé et des services sociaux seront partagées.

- En premier temps, il serait intéressant de poursuivre la recherche, dans sa forme actuelle, auprès de spécialités ou départements complémentaires dans un souci d'accroître la validité externe des résultats obtenus. Cette stratégie pourrait également permettre de valider la présence de la pratique indépendante augmentée, permise par la communauté de pratique virtuelle. Par le fait même, la cartographie de la valeur créée à l'image des résultats de la présente recherche pourrait également être renforcée.
- En cohérence avec les énoncés précédents, la poursuite des activités de recherche-action pourrait s'effectuer en rehaussant le nombre de groupes à l'étude dans une optique de diversification des significations et des expériences vécues. En effet, les voix d'un groupe de patients ou d'un groupe de gestionnaires stratégiques seraient tout à fait pertinentes et enrichissantes dans une optique de rapprochement authentique de la théorie et de la pratique clinique réelle.
- Par la suite, il serait également pertinent de recueillir des données supplémentaires entourant la satisfaction des patients et de leurs proches. En effet, l'appréciation des résultats, à la lumière des travaux de Donabedian (1966), se fait notamment à partir de l'expérience vécue et de son appréciation par le patient et ses proches. Ces informations pourraient permettre d'ajouter une profondeur et une richesse aux données recueillies



auprès des professionnels, gestionnaires en gériatrie et acteurs clés en gestion de la qualité.

- Également en lien avec les travaux de Donabedian (1966), les résultats de la présente recherche doctorale sous-entendent l'amélioration de l'utilisation des ressources spécialisées et diagnostic du réseau de la santé et des services sociaux grâce à la mise en œuvre des meilleures données probantes. En d'autres mots, le rehaussement de valeur à la sphère processus pourrait potentiellement bénéficier à la sphère structure qui la précède. Il serait intéressant de porter un regard aux possibles relations bidirectionnelles entre les différentes sphères de ce modèle.
- En cinquième temps, il serait pertinent de poursuivre les initiatives de recherches entourant la communauté de pratique virtuelle sous deux aspects. Tout d'abord, il serait judicieux de poursuivre l'appréciation des répercussions vécues par les professionnels qui y œuvrent dans une optique de détermination du rôle, de l'optimisation du champ de pratique et de pratique réflexive. En deuxième temps, il serait intéressant de constater l'impact de la pratique indépendante augmentée dans un contexte de soins et services ruraux.
- Pour terminer, les données émergentes de la recherche doctorale suscitent un certain questionnement. En effet, il serait intéressant de mieux comprendre la dynamique managériale et les conditions favorables entourant le déploiement des initiatives issues du milieu clinique comme la mise en œuvre d'une communauté de pratique virtuelle, soutenues par une plateforme wiki évoluée.

## CONCLUSION

En guise de conclusion, cette recherche-action a permis l'exploration et la compréhension profonde de la dynamique professionnelle virtuelle et de son impact sur la création de valeur à la trajectoire de soins et de services gériatriques dans un contexte hospitalier urbain. Ces apprentissages sont caractérisés par les perspectives, le vécu ainsi que les expériences des professionnels de la santé et des services sociaux, des gestionnaires en gériatrie et des acteurs clés en gestion de la qualité de l'organisation soignante. Selon les résultats recueillis, la création d'une communauté de pratique interprofessionnelle, appuyée par une plateforme wiki évoluée, facilite la mise en œuvre des meilleures données probantes et constitue un véhicule communicationnel aux multiples vertus qui permet la pratique clinique en temps réel. Cette dynamique, où les connaissances théoriques issues du domaine de la santé et des services sociaux et cliniques cohabitent, contribuent à la satisfaction des professionnels, facilitent l'appropriation de son rôle, permet l'ouverture aux pratiques interprofessionnelles et appuie la mise en œuvre d'une pratique optimale.

La discipline de la gestion de projet permet l'adoption d'un regard neuf sur les enjeux associés à l'articulation judicieuse des interventions au cœur de la trajectoire de soins et de services. Il devient possible de porter une emphase aux différentes activités cliniques créatrices de valeur qui résultent à l'optimisation du projet. La contribution de l'école de l'optimisation et de la modélisation contribue à l'adoption d'un regard élargi où les perspectives rigoureuses et structurées sont nuancées par la douceur humaine. À cet effet, les données recueillies proposent de nombreux et importants gains entourant les coûts, le temps et la qualité du projet. En complément, le volet

humain propose de multiples constats désirables et brillants qui apportent une grande valeur à la trajectoire de soins et de services. À ce sujet, la présente recherche-action apporte de précieuses données associées aux expériences et au vécu d'acteurs en ce qui concerne l'apport des technologies de l'information et de la communication, plus spécifiquement le wiki, au cœur d'un projet Lean et Agile. L'ensemble de ces constats, amassés dans un contexte bien particulier, peuvent aisément constituer un point de départ à de nombreuses réflexions.

Cette recherche-action, où les expériences, les perspectives et les significations de trois groupes d'acteurs sont analysées en profondeur, dresse un portrait unique, authentique et dynamique des enjeux entourant l'intégration, la qualité et la performance des interventions médicales et sociales. Les nombreux témoignages et observations recueillis par la chercheuse sont d'une grande richesse et contribuent définitivement à une meilleure compréhension de la trajectoire de soins et de services en gériatrie et de son optimisation. La participation active de la chercheuse, dotée d'un rôle d'accompagnatrice à l'utilisation de la plateforme wiki évoluée, au cœur de la communauté de pratique virtuelle en gériatrie fut certainement chronophage, mais importante et voire même essentielle au démarrage de cette dernière. La méthodologie de recherche-action constitue un choix gagnant dans le sens où l'ensemble des acteurs cliniques ainsi que la communauté académique s'imprègnent de nouvelles connaissances révélatrices et notoires.

Enfin, sur une note plus personnelle, les résultats de cette recherche ainsi que les discussions associées à ces derniers apportent un vent de fraîcheur et d'espoir au domaine de la santé et des services sociaux qui accumulent les péripéties. Il y a maintenant plusieurs années, la chercheuse débuta une formation d'infirmière dans le souci de faire une différence dans la vie des gens malades et de leurs proches. Or, ce parcours professionnel fut agrémenté d'expériences fructueuses, de déceptions et de

prises de conscience associées à l'accomplissement de ce souhait. Dotée de la ferme intention d'y porter une attention, cette expérience professionnelle s'est agrémentée d'un parcours académique où cette recherche doctorale est le fruit d'un effort inestimable. Sur ces mots, la chercheuse peut affirmer que cette recherche contribue à la compréhension des conditions gagnantes à la mise en œuvre des meilleurs soins et services dans le souci de faire une différence dans la vie des gens malades et de leurs proches. Et ce n'est que le début...

## ANNEXE 1

### FORMULAIRE : DONNÉES SOCIALES ET DÉMOGRAPHIQUES

1. Âge
  - a. 30 ans et moins
  - b. 31-40
  - c. 41-50
  - d. 51 et +
2. Profession
  - a. Infirmière
  - b. Médecin
  - c. Autre professionnel
  - d. Gestionnaire
  - e. Autre
3. Années d'expérience dans la profession
  - a. 1 et moins
  - b. 2
  - c. 3
  - d. 4
  - e. 5 et +
4. Années d'expérience en gériatrie
  - a. 1 et moins
  - b. 2
  - c. 3
  - d. 4
  - e. 5 et +
5. Statut d'emploi
  - a. Temps complet
  - b. Temps partiel
  - c. Temporaire
  - d. Autre
6. Mois d'expérience avec SEKMED
  - a. 1 et moins
  - b. 1-3
  - c. 4-6
  - d. 7+
7. Niveau d'expertise avec l'informatique
  - a. Novice
  - b. Intermédiaire
  - c. Expert
8. Comment qualifiez-vous votre relation avec SEKMED
  - a. Spectateur du phénomène
  - b. Souteneur de la plateforme
  - c. Utilisateur de ressources
  - d. Utilisateur et créateur de ressources
  - e. Champion (b et d)

## ANNEXE 2

### GUIDE D'ENTREVUE

Durant l'entretien, je souhaite aborder avec vous les thèmes suivants : le travail en communauté, le processus de changement, les pratiques innovantes ainsi que la valeur à la trajectoire de soins et services.

#### Premier thème : le travail en communauté

- En quoi la migration vers une organisation du travail en communauté permet le partage des connaissances ?
  - Comment le partage se fait ?
  - De quelle nature sont les connaissances ?
    - Pratiques exemplaires ?
      - Protocoles organisationnels
      - INESSS
      - Choisir avec soins
      - MSSS
  - Quels sont leur niveau d'utilisation ?
    - Utiles ? Certaines en particulier
    - Répondent aux besoins ?
    - Sont-elles adaptées ?
    - Éléments facilitants et contraignants
  - À quelle intensité sont-elles utilisées ?
    - Régulière
    - Irrégulière
- Quels sont les impacts du partage des connaissances ?
  - Sur les individus
  - Sur les personnes âgées
    - Qualité-Sécurité-Efficience-Pertinence
- En quoi l'organisation du travail en communauté permet le dialogue ?

- Avec qui un dialogue s'installe ?
  - Freins
  - Leviers
- De quelle nature sont les échanges ?
- Quels sont les impacts de ce dialogue ?
  - Sur les pratiques
  - Sur l'établissement
  - Sur l'expérience de la personne âgée et ses proches

### Deuxième thème : le processus de changement

- En quoi l'adoption de pratiques exemplaires provoque un changement ?
  - Perception du changement
  - Opérationnalisation du changement
  - Acteurs
    - Profession
    - Champion
    - Niveau hiérarchique
  - Rythme du changement
  - Pérennité du changement
  - Freins
  - Leviers
- Quels sont les impacts du changement occasionné par l'adoption des pratiques exemplaires ?
  - Individus
  - Communauté
  - Établissement
  - Environnement
  - Expérience de la personne âgée et de ses proches

### Troisième thème : les pratiques innovantes

- Que représente une pratique innovante ?
  - Définition
  - Perception
  - Accessibilité
- En quoi les technologies de l'information contribuent à la mise en place de pratiques innovantes ?
  - Adaptation aux besoins
  - Indications cliniques
  - Freins

- Leviers
- Quels sont les impacts (ou risques) de la mise en place de pratiques innovantes ?
  - Individu
  - Communauté
  - Établissement
    - Ressources humaines, matérielles, \$
  - Environnement externe
  - Qualité-Sécurité-Efficience-Pertinence
  - Éthique

#### Quatrième thème : la valeur à la trajectoire

- Qu'est-ce qui contribue à l'amélioration de l'expérience vécue de la personne âgée et de ses proches ?
  - Besoins adressés
  - Création de valeur
  - Qualité-Sécurité-Efficience-Pertinence
- Quel est votre rôle au sein de cette trajectoire ?
  - Perception
  - Contribution
  - Freins
  - Leviers



## RÉFÉRENCES

- Abastado, P. (2006). 20th century at a glance: the streptomycin story. *Medecine sciences : M/S*, 22 (5), 544-547.
- Abastado, P. (2007). *L'impasse du savoir : essai d'épistémologie médicale* : EDK.
- Accreditation Agrément Canada. (2021). from <https://accreditation.ca/ca-fr/>
- Afzal, A., & Gauthier, J.-B. (2017). Project Management And Practitioners In The Health Sector: From The Quebec Healthcare System Perspective To Pm Literature Review.
- Agrément Canada. (2019). Rapport de visite Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais, séquence 1 (pp. 54).
- Agrément Canada & Conseil québécois d'agrément. (2017). Rapport d'agrément Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (pp. 105).
- Ahuja, V., Yang, J., & Shankar, R. (2009). Benefits of collaborative ICT adoption for building project management. *Construction Innovation*.
- Alary, F., Goldberg, J., & Joannette, Y. (2017). Quand le raz-de-marée a un impact mondial : S'attaquer au défi planétaire de la démence. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 36 (3), 419-422.
- Allard, M., Frego, A., Katz, A., & Halas, G. (2010). Exploring the role of RNs in family practice residency training programs. *The Canadian Nurse*, 106(3), 20-24.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.

- Amoako-Gyampah, K., Meredith, J., & Loyd, K. W. (2018). Using a Social capital lens to identify the mechanisms of top management commitment: a case study of a technology project. *Project Management Journal*, 49 (1), 79-95.
- Anbari, F. T. (2003). Earned value project management method and extensions. *Project management journal*, 34 (4), 12-23.
- Andreassen, H. K., Kjekshus, L. E., & Tjora, A. (2015). Survival of the project: A case study of ICT innovation in health care. *Social Science & Medicine*, 132, 62-69.
- Andrew, N., Ferguson, D., Wilkie, G., Corcoran, T., & Simpson, L. (2009). Developing professional identity in nursing academics: The role of communities of practice. *Nurse education today*, 29(6), 607-611.
- Arcand, M., & Hébert, R. (2007). *Précis pratique de gériatrie : Edisem*.
- Arcega, J., Autman, I., De Guzman, B., Isidienu, L., Olivar, J., O'Neal, M., & Surdilla, B. (2020). The Human Touch: Is Modern Technology Decreasing the Value of Humanity in Patient Care? *Critical Care Nursing Quarterly*, 43(3), 294-302.
- Archambault, P., van de Belt, T., Faber, M., Plaisance, A., Kuziemy, C., Gagnon, M., . . . Horsley, T. (2014). Collaborative writing applications in healthcare: effects on professional practice and healthcare outcomes. status and date: New, published in(11).
- Archambault, P. M., Bilodeau, A., Gagnon, M. — P., Aubin, K., Lavoie, A., Lapointe, J., . . . Légaré, F. (2012). Health care professionals' beliefs about using wiki-based reminders to promote best practices in trauma care. *Journal of medical Internet research*, 14(2).
- Archer, N. P., & Ghasemzadeh, F. (1999). An integrated framework for project portfolio selection. *International Journal of Project Management*, 17(4), 207-216.
- Archibald, M. M., & Barnard, A. (2018). Futurism in nursing: Technology, robotics and the fundamentals of care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2473-2480.
- Argyris, C. (1977). Double loop learning in organizations. *Harvard business review*, 55(5), 115-125.
- Ariès, P. (2014). *L'homme devant la mort : Le Seuil*.

- Armstrong, E. C. (2003). Harnessing new technologies while preserving basic values. *Families, Systems, & Health*, 21(4), 351-355.
- Armstrong, E. C. (2003). Harnessing new technologies while preserving basic values. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family HealthCare*, 21(4), 351-355.
- Artto, K. A., Gemünden, H. G., Walker, D., & Peippo-Lavikka, P. (2017). Is there only one way of project management theorizing, or are there multiple sector-specific project management domains? *International Journal of Managing Projects in Business*, 10(1).
- Atkinson, R., Crawford, L., & Ward, S. (2006). Fundamental uncertainties in projects and the scope of project management. *International journal of project management*, 24(8), 687-698.
- Aubry, M. (2015). Project Management Office Transformations : Direct and Moderating Effects That Enhance Performance and Maturity. *Project Management Journal*, 46 (5), 19-45.
- Aubry, M., Richer, M.-C., & Lavoie-Tremblay, M. (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.
- Baarts, C. (2004). Knowledge and skills—an anthropological analysis of safety at a construction site. Faculty of Social Sciences, University of Copenhagen, Denmark.
- Balas, E. A., & Boren, S. A. (2000). Managing clinical knowledge for health care improvement. *Yearbook of medical informatics*, 9(01), 65-70.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, New Jersey, États-Unis : Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ, 1986(23-28).
- Barbash, G. I., & Glied, S. A. (2010). New technology and health care costs—the case of robot-assisted surgery. *New England Journal of Medicine*, 363(8), 701-704.

- Barbieri, A., Vanhaecht, K., Van Herck, P., Sermeus, W., Faggiano, F., Marchisio, S., & Panella, M. (2009). Effects of clinical pathways in the joint replacement: a meta-analysis. *BMC medicine*, 7(1), 32.
- Bardach, S. H., Real, K., & Bardach, D. R. (2017). Perspectives of healthcare practitioners: An exploration of interprofessional communication using electronic medical records. *Journal of interprofessional care*, 31(3), 300-306.
- Barlow, D. H., Hayes, S. C., & Nelson-Gray, R. O. (1984). *The scientist practitioner: Research and accountability in clinical and educational settings* (Vol. 128): Pergamon Press.
- Barsky, E., & Giustini, D. (2008). *Web 2.0 in physical therapy: a practical overview*: University of Toronto Press Incorporated.
- Barwick, M. A., Peters, J., & Boydell, K. (2009). Getting to uptake: do communities of practice support the implementation of evidence-based practice? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 18(1), 16.
- Bastian, H., Glasziou, P., & Chalmers, I. (2010). Seventy-five trials and eleven systematic reviews a day: how will we ever keep up? *PLoS medicine*, 7(9), e1000326.
- Bates, D. W., Kuperman, G. J., Wang, S., Gandhi, T., Kittler, A., Volk, L., . . . Middleton, B. (2003). Ten commandments for effective clinical decision support: making the practice of evidence-based medicine a reality. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 10(6), 523-530.
- Bean, L., & Hott, D. D. (2005). wiki : A speedy new tool to manage projects. *Journal of Corporate Accounting & Finance*, 16(5), 3-8.
- Becke, E., Bergeron, A., Blanchard, C., Brosseau, R., & D'Amour, D. (1985). Suggestions de priorités d'une efficience et d'une adéquation accrue de l'intervention gérontologique en santé communautaire. *Santé mentale au Québec*, 10 (1), 135-137.
- Bentley, C., Browman, G. P., & Poole, B. (2010). Conceptual and practical challenges for implementing the communities of practice model on a national scale-a Canadian cancer control initiative. *BMC health services research*, 10(1), 3.
- Bercot, R. (2006). La coopération au sein d'un réseau de santé. *Négociations, territoires et dynamiques professionnelles*, 5 (1), 35-49.

- Berg, M., & Black, G. (2014 a). A Canadian perspective on clinical governance. *Clinical Governance: An International Journal*, 19 (4), 314-321.
- Berg, M., & Black, G. (2014b). A Canadian perspective on clinical governance. *Clinical Governance: An International Journal*.
- Bergeron, F., & Gaudet, J. (2020). *Lean: manage work as a flow system* (3e édition ed.). Montréal, Québec : Les Éditions JFD.
- Bergstrom, N., Braden, B., Kemp, M., Champagne, M., & Ruby, E. (1998). Predicting pressure ulcer risk: a multisite study of the predictive validity of the Braden Scale. *Nursing research*, 47(5), 261-269.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155(2), 97-107.
- Berthel, M., & Peter-Bosquillon, M.-C. (2012). Impact des évolutions démographiques sur les organisations sanitaires. *Acteurs et métiers du soin. Gérontologie et société*, 142 (3), 15-30.
- Black, G., Britnell, M., Burrill, G., Edwards, N., Eichorst, S., & Justin, L. (2014). *Breaking through the wall Removing the barriers to Lean transformation*. Swiss: KPMG International Retrieved from <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/pdf/2014/12/breaking-through-the-wall-download-v7.pdf>.
- Blomquist, T., Hällgren, M., Nilsson, A., & Söderholm, A. (2010). Project-as-practice : In search of project management research that matters. *Project management journal*, 41 (1), 5-16.
- Bolduc, F. (2017). La perception qu'ont les gestionnaires de CSSS des rapports entre les dimensions santé et services sociaux de leur établissement. *Nouvelles pratiques sociales*, 29 (1-2), 288-302.
- Boulos, M. N. K., Maramba, I., & Wheeler, S. (2006). Wikis, blogs and podcasts: a new generation of Web-based tools for virtual collaborative clinical practice and education. *BMC medical education*, 6(1), 1-8.
- Bourque, M. (2007). Le nouveau management public comme prémisses aux transformations des systèmes de santé nationalisés : les cas du Québec et du Royaume-Uni. *Revue gouvernance*, 4 (1).

- Bower, D. C., & Walker, D. H. T. (2007). Planning Knowledge for Phased Rollout Projects. *Project Management Journal*, 38 (3), 45-60.
- Boyd, C. M., & Fortin, M. (2010). Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design? *Public Health Reviews*, 32(2), 451.
- Brailer, D. J. (2005). Interoperability: The Key To The Future Health Care System: Interoperability will bind together a wide network of real-time, life-critical data that not only transform but become health care. *Health affairs*, 24(Suppl1), W5-19-W15-21.
- Brault, I., Therriault, P.-Y., St-Denis, L., & Lebel, P. (2015). Implementation of interprofessional learning activities in a professional practicum: The emerging role of technology. *Journal of interprofessional care*, 29(6), 530-535.
- Bredillet, C. N. (2007). Exploring research in project management: Nine schools of project management research (part 3). *Project Management Journal*, 38 (4), 2-4.
- Bredillet, C. N. (2008a). Exploring research in project management: Nine schools of project management research (part 4). *Project management journal*, 39 (1), 2-6.
- Bredillet, C. N. (2008b). Exploring research in project management: Nine schools of project management research (part 5). *Project Management Journal*, 39 (2), 2-4.
- Bredillet, C. N. (2008 c). Exploring research in project management: Nine schools of project management research (part 6). *Project Management Journal*, 38 (3), 2-5.
- Brown, J. S., & Duguid, P. (1991). Organizational learning and communities-of-practice: Toward a unified view of working, learning, and innovation. *Organization science*, 2(1), 40-57.
- Brown, J. S., & Duguid, P. (1998). Organizing knowledge. *California management review*, 40(3), 90-111.
- Brownlee, S. (2010). *Overtreated: Why too much medicine is making us sicker and poorer*: Bloomsbury Publishing USA.

- Brunet, M. (1978). Le professionnalisme, obstacle au changement social. Un cas type : l'équipe multidisciplinaire de santé. *Recherches sociographiques*, 19 (2), 261-269.
- Buckley, H., Steinert, Y., Regehr, G., & Nimmon, L. (2019). When I say... community of practice. *Medical education*, 53(8), 763-765.
- Bullock, E., & Kingma, E. (2014). Interdisciplinary workshop in the philosophy of medicine: medical knowledge, medical duties. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(6), 994-1001.
- Butler, D. L., Lauscher, H. N., Jarvis-Selinger, S., & Beckingham, B. (2004). Collaboration and self-regulation in teachers' professional development. *Teaching and teacher education*, 20(5), 435-455.
- Calp, M. H., & Akcayol, M. A. (2019). Optimization of Project Scheduling Activities in Dynamic CPM and PERT Networks Using Genetic Algorithms. arXiv preprint arXiv:1902.00659.
- Campbell, H., Hotchkiss, R., Bradshaw, N., & Porteous, M. (1998). Integrated care pathways. *BMJ: British Medical Journal*, 316 (7125), 133.
- Campéon, A., Le Bihan, B., & Mallon, I. (2012). Formes et effets de la pluridisciplinarité. dans le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'alzheimer. *Gérontologie et société*, 142 (3), 129-141.
- Canadian Health Services Research Foundation. (2007). Turning the Tide on Chronic Disease: How a Province Is Using Evidence to Build Quality Improvement Capacity. *Healthcare Policy*, 3(2), 67-71.
- Canadian Institute for Health Information. (2006). Pan-Canadian primary health care indicators. Ottawa, Canada : Canadian Institute for Health Information.
- Cardoen, B., & Demeulemeester, E. (2008). Capacity of clinical pathways—a strategic multi-level evaluation tool. *Journal of medical systems*, 32(6), 443-452.
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., . . . Museux, A.-C. (2018). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux — Guide explicatif. : Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).

- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., . . . Museux, A. (2014). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).*
- Carrière, M. (2019). *Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services. Gatineau : CISSS de l'Outaouais.*
- Casson, M. (1997). *Information and organization: A new perspective on the theory of the firm: OUP Oxford.*
- Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais. (2020). *Rapport annuel de gestion 19-20. Gatineau, Québec : Sylvie Cardinal, Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique, CISSS de l'Outaouais.*
- Chanier, T., & Cartier, J. (2006). *Communauté d'apprentissage et communauté de pratique en ligne : le processus réflexif dans la formation des formateurs. Revue internationale des technologies en pédagogie universitaire, 3 (3), 64-82.*
- Chappuis, M., Rivier, M., Pasche, G., & Cordonier, B. (2002). *Point de vue de la personne âgée et de ses proches sur leur participation à la décision de sortie d'un centre gériatrique de réadaptation.*  
[https://doc.rero.ch/record/17276/files/Rapport\\_de\\_recherche\\_Point\\_de\\_vue\\_de\\_la\\_personne\\_agee.pdf](https://doc.rero.ch/record/17276/files/Rapport_de_recherche_Point_de_vue_de_la_personne_agee.pdf) : Haute Ecole de la Santé La Source.
- Chassin, M. R. (1998). *Is health care ready for Six Sigma quality? The Milbank Quarterly, 76(4), 565-591.*
- Chawla, V., Chanda, A., Angra, S., & Chawla, G. (2018). *The sustainable project management: A review and future possibilities. Journal of Project Management, 3(3), 157-170.*
- Chen, D., Chen, Y., Brownlow, B. N., Kanjamala, P. P., Arredondo, C. A. G., Radspinner, B. L., & Raveling, M. A. (2016). *Real-time or near real-time persisting daily healthcare data into HDFS and elasticsearch index inside a big data platform. IEEE Transactions on Industrial Informatics, 13(2), 595-606.*
- Chenail, R. J., St George, S., & Wulff, D. (2012). *Action research: The methodologies. In P. L. Munhall (Ed.), nursing research: A qualitative perspective. Sudbury, MA : Jones & Bartlett Publishing*



- Chiocchio, F. (2012). Indicateurs pertinents à la collaboration dans le milieu de la santé : Université de Montréal Montreal, QC, Canada.
- Chiocchio, F., Rabbat, F., & Lebel, P. (2015). Multi-Level Efficacy Evidence of a Combined Interprofessional Collaboration and Project Management Training Program for Healthcare Project Teams. *Project Management Journal*, 46 (4), 20-34.
- Choisir avec soin. (2020). from <https://choisiravecsoin.org/>
- Cicmil, S. (2006). Understanding project management practice through interpretative and critical research perspectives.
- Cittée, J., Sauteron, B., Brossier, S., Ferrat, E., Attali, C., Chouaïd, C., & Housset, B. (2015). Trajectoires de soins des patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive : points de vue des acteurs hospitaliers. *Santé Publique*, S1 (HS), 177-187.
- CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. (2019). La gestion par trajectoire de soins et de services Guide théorique et pratique. Montréal.
- Clark, B. R. (1986). The higher education system: Academic organization in cross-national perspective : Univ of California Press.
- Clavien, P. A., Barkun, J., De Oliveira, M. L., Vauthey, J. N., Dindo, D., Schulick, R. D., . . . Bassi, C. (2009). The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience. *Annals of surgery*, 250(2), 187-196.
- Coffey, R. J., Richards, J. S., Remmert, C. S., LeRoy, S. S., Schoville, R. R., & Baldwin, P. J. (2005). An introduction to critical paths. *Quality Management in Healthcare*, 14(1), 46-55.
- Collier, J. (1945). United States Indian Administration as a laboratory of ethnic relations. *Social Research*, 265-303.
- Collison, C., & Parcell, G. (2001). Learning to fly: Practical lessons from one of the world's leading knowledge companies: Capstone Ltd.
- Conseil de la santé et du bien-être. (2005). Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGIPSS. Québec : Retrieved from [https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilSanteBienEtre/Rapports/200509\\_modeleEGIPSS.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilSanteBienEtre/Rapports/200509_modeleEGIPSS.pdf).

- Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Breton, M., Duhoux, A., Hudon, C., Vadeboncœur, A., & Sainte-Croix, D. (2018). Analyse des impacts de la rémunération des médecins sur leur pratique et la performance du système de santé au Québec. Québec, Canada : Fonds de recherche Société et culture Québec.
- Contandriopoulos, D., Perroux, M., Brousselle, A., & Breton, M. (2014). Analyse logique des effets prévisibles du projet de loi n10 et des avenues d'intervention souhaitables (pp. 22).
- Contandriopoulos, D., Perroux, M., Cockenpot, A., Duhoux, A., & Jean, E. (2016). Typologie analytique des modèles multiprofessionnels de soins primaires. Projet de recherche ESPI. Montréal.
- Cooke-Davies, T. (2002). The “real” success factors on projects. *International journal of project management*, 20(3), 185-190.
- Cooperrider, D. L., & Srivastva, S. (1987). Appreciative inquiry in organizational life. *Research in organizational change and development*, 1(1), 129-169.
- Corso, M., Martini, A., Pellegrini, L., Massa, S., & Testa, S. (2006). Managing dispersed workers: the new challenge in Knowledge Management. *Technovation*, 26(5-6), 583-594.
- Costantini, A., Solano, L., Di Napoli, R., & Bosco, A. (1997). Relationship between hardiness and risk of burnout in a sample of 92 nurses working in oncology and AIDS wards. *Psychotherapy and psychosomatics*, 66(2), 78-82.
- Couture, D. (1978). La division du travail en CLSC Recherches sociographiques, 19 (2), 271-280.
- Covinsky, K. E., Palmer, R. M., Kresevic, D. M., Kahana, E., Counsell, S. R., Fortinsky, R. H., & Landefeld, C. S. (1998). Improving functional outcomes in older patients: lessons from an acute care for elders unit. *The Joint Commission journal on quality improvement*, 24(2), 63-76.
- Creditor, M. C. (1993). Hazards of hospitalization of the elderly. *Annals of internal medicine*, 118(3), 219-223.

- Curran, J. A., Murphy, A. L., Abidi, S. S. R., Sinclair, D., & McGrath, P. J. (2009). Bridging the gap: knowledge seeking and sharing in a virtual community of emergency practice. *Evaluation & the health professions*, 32(3), 314-327.
- Czarniawska, B. (1993). *The three-dimensional organization: A constructionist view: Studentlitteratur.*
- D'Amour, D. (2004). Comparative study of interorganizational collaboration in four health regions and its effects: the case of perinatal services: Université de Montréal. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé  
Centre FERASI.
- D'Amour, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17 (3), 67-94.
- D'Amour, D., Tremblay, D., & Proulx, M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches sociographiques*, 50 (2), 301-320.
- Dahl, K., Larivière, N., & Corbière, M. (2020). L'étude de cas Illustration d'une étude de cas multiples visant à mieux comprendre la participation au travail de personnes présentant un trouble de la personnalité limite. In M. Corbière & N. Larivière (Eds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes (2e édition ed.)* : Presses de l'Université du Québec
- Darbellay, F. (2005). *Interdisciplinarité et transdisciplinarité en analyse des discours.* Genève, Suisse.
- Davidson, P., Halcomb, E., Hickman, L., Phillips, J., & Graham, B. (2006). Beyond the rhetoric: what do we mean by a model of care? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 3(3), 47-55.
- Davis, D., & Davis, N. (2010). Selecting educational interventions for knowledge translation. *Canadian Medical Association Journal*, 182(2), E89-E93.
- Davis, J. (2006). The importance of the community of practice in identity development. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 4(3), 5.

- De Bleser, L., Depreitere, R., WAELE, K. D., Vanhaecht, K., Vlayen, J., & Sermeus, W. (2006). Defining pathways. *Journal of nursing management*, 14 (7), 553-563.
- De Luc, K., Kitchiner, D., Layton, A., Morris, E., Murray, Y., & Overill, S. (2001). *Developing care pathways: the Handbook*: Radcliffe Medical Press, Oxon.
- De Souza, C. S., & Preece, J. (2004). A framework for analyzing and understanding online communities. *Interacting with computers*, 16(3), 579-610.
- Decker, B., Ras, E., Rech, J., Jaubert, P., & Rieth, M. (2007). Wiki-based stakeholder participation in requirements engineering. *IEEE software*, 24(2), 28-35.
- Deprescribing. (2019). from <https://deprescribing.org/fr/>
- Derouesné, C. (2013). Les troubles mentaux liés à des lésions cérébrales dans le DSM-5 à la lumière des versions précédentes. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 11 (4), 403-415.
- Déry, J. (2019). Conséquences d'une étendue de pratique infirmière non optimale. *Perspective infirmière*, 16 (1), 37-40.
- Déry, J., Clarke, S. P., D'Amour, D., & Blais, R. (2016). Education and role title as predictors of enacted (actual) scope of practice in generalist nurses in a pediatric academic health sciences center. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 46(5), 265-270.
- Dessler, G. (2009). *La gestion des organisations : principes et tendances au XXIe siècle* (2e éd.). Saint-Laurent, Canada.
- Desveaux, L., Soobiah, C., Bhatia, R. S., & Shaw, J. (2019). Identifying and overcoming policy-level barriers to the implementation of digital health innovation: qualitative study. *Journal of medical Internet research*, 21(12), e14994.
- Dillard - Wright, J. (2019). Electronic health record as a panopticon: A disciplinary apparatus in nursing practice. *Nursing Philosophy*, 20(2), e12239.
- Direction Collaboration et Partenariat Patient. (2021). Faculté de médecine, Université de Montréal. from <https://medecine.umontreal.ca/faculte/direction-collaboration-partenariat-patient/>

- Direction de la santé publique de l'Outaouais. (2016). Plan d'action régional de santé publique, 2016-2020. Gatineau : Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais.
- DiRusso, S., Holly, C., Kamath, R., Cuff, S., Sullivan, T., Scharf, H., . . . Savino, J. A. (2001). Preparation and achievement of American College of Surgeons level I trauma verification raises hospital performance and improves patient outcome. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 51(2), 294-300.
- Dixon, B. E., Kasting, M. L., Wilson, S., Kulkarni, A., Zimet, G. D., & Downs, S. M. (2017). Health care providers' perceptions of use and influence of clinical decision support reminders: qualitative study following a randomized trial to improve HPV vaccination rates. *BMC medical informatics and decision making*, 17(1), 119.
- Dobbins, M., DeCorby, K., & Twiddy, T. (2004). A knowledge transfer strategy for public health decision makers. *Worldviews on Evidence - Based Nursing*, 1(2), 120-128.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, 44(3), 166-206.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Jama*, 260 (12), 1743-1748.
- Dubé, F., Noreau, É., & Landry, G. (2012). Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne. Québec : Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
- Dubé, L., Bourhis, A., & Jacob, R. (2005). The impact of structuring characteristics on the launching of virtual communities of practice. *Journal of Organizational Change Management*.
- Duguid, P. (2005). "The art of knowing": Social and tacit dimensions of knowledge and the limits of the community of practice. *The information society*, 21(2), 109-118.
- Dujardin, P. — P., Reverdy, T., Valette, A., & François, P. (2016). Cadre de santé et gestion de projet d'amélioration de la qualité : analyse de l'action managériale à partir d'une formation-action à la gestion de projet. *Recherche en soins infirmiers* (2), 46-60.

- Dwyer, J., Stanton, P., & Thiessen, V. (2004). *Project Management in Health and Community Services: Getting good ideas to work*: Psychology Press.
- Eason, K., Dent, M., Waterson, P., Tutt, D., & Thornett, A. (2013). Bottom-up and middle-out approaches to electronic patient information systems: a focus on healthcare pathways. *Journal of Innovation in Health Informatics*, 20(1), 51-56.
- Elkaffas, S. M., & Wagih, A. S. (2013). Use of semantic wiki as a capturing tool for lessons learned in project management. Paper presented at the 2013 Science and Information Conference.
- Embrett, M., & Randall, G. E. (2018). Physician perspectives on Choosing Wisely Canada as an approach to reduce unnecessary medical care: a qualitative study. *Health research policy and systems*, 16(1), 1-10.
- Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement. (2018). Rapport de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV) sur la santé et le vieillissement au Canada. In P. Raina, C. Wolfson, S. Kirkland & L. Griffith (Eds.).
- Eysenbach, G. (2008). Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness. *J Med Internet Res*, 10 (3), e22.
- Fahlman, D. W. (2013). Examining Informal Learning using Mobile Devices in the Healthcare Workplace/Examen de l'apprentissage informel par l'utilisation d'appareils mobiles dans le milieu des soins de santé. *Canadian Journal of Learning and Technology/La revue canadienne de l'apprentissage et de la technologie*, 39 (4).
- Feely, A., Lix, L. M., & Reimer, K. (2017). Estimating multimorbidity prevalence with the Canadian Chronic Disease Surveillance System Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada.
- Fine, B. A., Golden, B., Hannam, R., & Morra, D. (2009). Leading lean: a Canadian healthcare leader's guide. *Healthcare Quarterly*, 12(3), 32-41.
- Finn, R., Learmonth, M., & Reedy, P. (2010). Some unintended effects of teamwork in healthcare. *Social science & medicine*, 70(8), 1148-1154.
- Fisher, E. S., Bynum, J. P., & Skinner, J. S. (2009). Slowing the growth of health care costs—lessons from regional variation. *The New England journal of medicine*, 360(9), 849.

- Fleury, M.-J. (2009). Santé mentale en première ligne. *Santé mentale au Québec*, 34 (1), 19-34.
- Flinkman, M., & Salanterä, S. (2015). Early career experiences and perceptions—a qualitative exploration of the turnover of young registered nurses and intention to leave the nursing profession in F inland. *Journal of nursing management*, 23 (8), 1050-1057.
- Fontaine, M. A., & Millen, D. R. (2004). Understanding the benefits and impact of communities of practice. *Knowledge networks: Innovation through communities of practice*, 1-13.
- Foropon, C., & Landry, S. (2014). Le déploiement du Lean à l'Hôpital Saint-Boniface : l'importance du leadership transformationnel. *Gestion*, 39 (3), 107-115.
- Freeman, M., & Beale, P. (1992). Measuring project success.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., . . . Kelley, P. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The lancet*, 376(9756), 1923-1958.
- Friedberg, M. W., Chen, P. G., Van Busum, K. R., Aunon, F., Pham, C., Caloyeras, J., . . . Brook, R. H. (2014). Factors affecting physician professional satisfaction and their implications for patient care, health systems, and health policy. *Rand health quarterly*, 3(4).
- Fung-Kee-Fung, M., Goubanova, E., Sequeira, K., Abdulla, A., Cook, R., Crossley, C., . . . Stern, H. (2008). Development of communities of practice to facilitate quality improvement initiatives in surgical oncology. *Quality Management in Healthcare*, 17(2), 174-185.
- Garel, G. (2003). Pour une histoire de la gestion de projet. *Gérer et comprendre*, 74 (1), 77-89.
- Genes, N., Kim, M. S., Thum, F. L., Rivera, L., Beato, R., Song, C., . . . Hwang, U. (2016). Usability evaluation of a clinical decision support system for geriatric ED pain treatment. *Applied clinical informatics*, 7(1), 128.
- George, M. (2015). Integrative medicine is integral to providing patient-centered care. *Annals of allergy, asthma & immunology: official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology*, 114(4), 261.

- Gephart, S., Carrington, J. M., & Finley, B. (2015). A systematic review of nurses' experiences with unintended consequences when using the electronic health record. *Nursing administration quarterly*, 39 (4), 345-356.
- Gericke, C. A., Kurowski, C., Ranson, M. K., & Mills, A. (2005). Intervention complexity: a conceptual framework to inform priority-setting in health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 285-293.
- Gherardi, S., & Nicolini, D. (2000). The organizational learning of safety in communities of practice. *Journal of management Inquiry*, 9(1), 7-18.
- Gingras, Y. (2014). Les dérives de l'évaluation de la recherche : du bon usage de la bibliométrie : Raisons d'agir.
- Ginter, P. M., Duncan, W. J., & Swayne, L. E. (2018). *The strategic management of health care organizations*: John Wiley & Sons.
- Giordano, R. (2007). An investigation of the use of a wiki to support knowledge exchange in public health. Paper presented at the Proceedings of the 2007 international ACM conference on Supporting group work.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*: Routledge.
- Glasgow, R. E., Tracy Orleans, C., Wagner, E. H., Curry, S. J., & Solberg, L. I. (2001). Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention? *The Milbank Quarterly*, 79(4), 579-612.
- Goh, J. M., Gao, G., & Agarwal, R. (2016). The creation of social value: Can an online health community reduce rural–urban health disparities? *Mis Quarterly*, 40 (1).
- Gonzalez-Reinhart, J. (2005). Wiki and the wiki way: Beyond a knowledge management solution. *Information Systems Research Center*, 2007, 1-22.
- Gosselin, M., Viau-Guay, A., & Bourassa, B. (2017). Les différents processus d'apprentissage vécus par des professionnels de la santé participant à une communauté de pratique. *Phronesis*, 6 (3), 36-50.
- Gouvernement du Québec. (2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux : Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec, Le Ministère, Direction des communications.



- Gouvernement du Québec. (2015). Programme national de santé publique 2015-2025. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gouvernement du Québec. (2016). Programme national de santé publique 2015-2025 Stratégie de mise en oeuvre. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Green, S. D., & Thomas, J. D. (2008). Interdisciplinary collaboration and the electronic medical record. *Pediatric nursing*, 34(3), 225-229.
- Grell, P., & Wéry, A. (1981). Problématiques de la recherche-action. *International Review of Community Development/Revue internationale d'action communautaire* (5), 123-130.
- Griffith, J. R., Knutzen, S. R., & Alexander, J. A. (2002). Structural versus outcomes measures in hospitals: a comparison of Joint Commission and Medicare outcomes scores in hospitals. *Quality Management in Healthcare*, 10(2), 29-38.
- Guigoz, Y., Vellas, B., & Garry, P. J. (1996). Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutrition reviews*, 54(1), S59.
- Halpin, Y., Terry, L. M., & Curzio, J. (2017). A longitudinal, mixed methods investigation of newly qualified nurses' workplace stressors and stress experiences during transition. *Journal of advanced nursing*, 73(11), 2577-2586.
- Ham, C. (2010). The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health economics, policy and law*, 5(1), 71-90.
- Hansson, A., Friberg, F., Segesten, K., Gedda, B., & Mattsson, B. (2008). Two sides of the coin—general practitioners' experience of working in multidisciplinary teams. *Journal of interprofessional care*, 22(1), 5-16.
- Hardy, J.-F., & Pelletier, M. (1996). La qualité en anesthésie : un modèle intégré et constructif. *Canadian journal of anaesthesia*, 43(1), R75.
- Hart, F., & Bond, M. (1995). *Action research for health and social care: A guide to practice*: McGraw-Hill Education (UK).
- Health Canada. (2012). Canada's health infostructure: history. Retrieved from <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/ehealth/canada-health-infostructure/history.html>.

- Hébert, R. (2003). Les défis du vieillissement au Canada. *Gérontologie et société*, 107 (4), 79-86. doi : 10.3917/g.s.107.0079
- Hébert, R., Carrier, R., & Bilodeau, A. (1988). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *Revue de gériatrie*, 13 (4), 161-167.
- Henrard, J.-C. (2003). Approche systémique de la dépendance dans une perspective comparative France-Québec. *Gérontologie et société*, 107 (4), 87-108.
- Herrmann, L. L., & Zabramski, J. M. (2005). Tandem practice model : a model for physician-nurse practitioner collaboration in a specialty practice, neurosurgery. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(6), 213-218  
216p.
- Herzlinger, R. E. (2006). Why innovation in health care is so hard. *Harvard business review*, 84(5), 58.
- Hien, H., Drabo, K. M., Toé, N., Berthé, A., Konaté, B., Tou, F., . . . Macq, J. (2014). Qualité de la prise en charge des malades chroniques au Burkina Faso selon le Chronic Care Model. *Santé Publique*, 26 (5), 705-713.
- Holmes, D., Perron, A., & O'Byrne, P. (2006). Evidence, virulence, and the disappearance of nursing knowledge: A critique of the evidence-based dogma. *Worldviews On Evidence-Based Nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society Of Nursing*, 3(3), 95-102.
- Holweg, M. (2007). The genealogy of lean production. *Journal of operations management*, 25(2), 420-437.
- Ikioda, F., & Kendall, S. (2016). Transformation of health visiting services in England using an online community of practice. *Health Policy and Technology*, 5(3), 298-306.
- Institut de la statistique du Québec. (2014). *Le bilan démographique du Québec*, éd. 2014. Gouvernement du Québec.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2018). *Utilisation des données cliniques issues des dossiers médicaux électroniques à des fins de recherche et d'amélioration continue de la qualité des soins et services de première ligne*. Québec.

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2018). Indicateurs de qualité pour soutenir une organisation de service optimale en soins intensifs au Québec. Québec, Québec : Rapport rédigé par Nathalie Trudelle et Nicolay Ferrari.
- Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC : National Academies Press Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>.
- Jiménez-Zarco, A. I., González-González, I., Saigí-Rubió, F., & Torrent-Sellens, J. (2015). The co-learning process in healthcare professionals: Assessing user satisfaction in virtual communities of practice. *Computers in human behavior*, 51, 1303-1313.
- Johnson, C. M. (2001). A survey of current research on online communities of practice. *The internet and higher education*, 4(1), 45-60.
- Jørgensen, R., Edwards, K., Scarso, E., & Ipsen, C. (2020). Improving public sector knowledge sharing through communities of practice. *VINE Journal of Information and Knowledge Management Systems*.
- Kahraman, C., & Büyüközkan, G. (2008). A Combined Fuzzy AHP and Fuzzy Goal Programming Approach for Effective Six-Sigma Project Selection. *Journal of Multiple-Valued Logic & Soft Computing*, 14(6).
- Karanikola, M. N. K., Albarran, J. W., Drigo, E., Giannakopoulou, M., Kalafati, M., Mpouzika, M., . . . Papathanassoglou, E. D. E. (2014). Moral distress, autonomy and nurse–physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy. *Journal of Nursing Management*, 22 (4), 472-484.
- Keasberry, J., Scott, I. A., Sullivan, C., Staib, A., & Ashby, R. (2018). Going digital: a narrative overview of the clinical and organisational impacts of eHealth technologies in hospital practice. *Australian Health Review*, 41(6), 646-664.
- Keel, O. (2011). *La médecine des preuves : une histoire de l'expérimentation thérapeutique par essais cliniques contrôlés*. Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Kelly, W. M. (2002). Three steps to project selection. Paper presented at the ASQ six sigma forum magazine.

- Kere, J. F., & Kere, N. K. (1992). Bed-nets or spraying? Cost analyses of malaria control in the Solomon Islands. *Health Policy and Planning*, 7(4), 382-386.
- Kerzner, H. (2017). *Project management: a systems approach to planning, scheduling, and controlling*: John Wiley & Sons.
- Kilpatrick, K. (2008). Praxis and the role development of the acute care nurse practitioner. *Nursing Inquiry*, 15(2), 116-126.
- Konstantinou, A.-K., Bonotis, K., Sokratous, M., Siokas, V., & Dardiotis, E. (2018). Burnout evaluation and potential predictors in a Greek cohort of mental health nurses. *Archives of psychiatric nursing*, 32(3), 449-456.
- Kontoghiorghes, C. (2004). Reconceptualizing the learning transfer conceptual framework: Empirical validation of a new systemic model. *International journal of training and development*, 8(3), 210-221.
- Kozak-Holland, M. (2011). *The history of project management*: Multi-Media Publications.
- Kranendonk, R. P., & Kersten, P. H. (2007). Midlife communities of practice: Experiences and alignment. *American Behavioral Scientist*, 50(7), 946-957.
- Krogstie, B. R. (2008). The wiki as an integrative tool in project work. From CSCW to Web 2.0: European Developments in Collaborative Design Selected Papers from COOP08.
- Kuhn, T. S. (2008). *La structure des révolutions scientifiques*. France : Éditions Flammarion.
- L'Ecuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS et concept de soi*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Lacoste, L., & Trivalle, C. (2005). Echelles d'évaluation de la dépression en consultation gériatrique. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 5 (26), 44-51.
- Lafrenière, S., & Dupras, A. (2014). Les Signes «AINÉES» partie 1. *Perspective Infirmière*, 11 (2), 46.
- Landry, S., & Beaudoin, M. (2014). De la gouvernance des projets Lean à la gouvernance tout court. *Gestion*, 39 (3), 128-137.

- Landry, S., Chaussé, S., & Paris, Y. (2014). La démarche Lean au centre hospitalier universitaire de Sherbrooke : un déploiement par « contamination ». *Gestion*, 39 (3), 97-106. doi : 10.3917/riges.393.0097
- Larivée, É. (2018). L'utilisation grandissante d'examen diagnostiques inappropriés : une analyse des causes et des impacts en responsabilité médicale. Université de Sherbrooke.
- Lau, J. K., Anastasius, M. O., Hyun, K. K., Dabin, B., Coverdale, S., Ferry, C., . . . Brieger, D. B. (2015). Evidence-based care in a population with chronic kidney disease and acute coronary syndrome. Findings from the Australian Cooperative National Registry of Acute Coronary Care, Guideline Adherence and Clinical Events (CONCORDANCE). *American Heart Journal*, 170(3), 566-572.e561.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*: Cambridge university press.
- Lavis, J. N., & Boyko, J. (2009). *Evidence Brief : Strengthening Primary Healthcare in Canada*. McMaster Health Forum.
- Lavoie-Tremblay, M., Aubry, M., Richer, M.-C., & Guylaine, C. (2018). A Health Care Project Management Office's Strategies for Continual Change and Continuous Improvement. *The health care manager*, 37(1), 4-10.
- Lavoie-Tremblay, M., Richer, M.-C., Marchionni, C., Cyr, G., Biron, A. D., Aubry, M., . . . Vézina, M. (2012). Implementation of Evidence-Based Practices in the Context of a Redevelopment Project in a Canadian Healthcare Organization. *Journal of Nursing Scholarship*, 44 (4), 418-427.
- Lawrence, R. J. (2008). Transgresser les frontières disciplinaires : l'exemple de l'écologie humaine. In F. Darbellay & T. Paulsen (Eds.), *Le défi de l'inter- et transdisciplinarité Concepts, méthodes et pratiques innovantes dans l'enseignement et la recherche* (pp. 223-238). Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes
- LeBlanc, L., & Gervais, C. (2017). Comment gérer le changement à partir des données provenant de l'évaluation de l'implantation partielle du Centre d'expertise aux personnes âgées en Outaouais (CEPA). Paper presented at the Journée de la recherche CISSSO, Gatineau.
- Levesque, J. F., Feldman, D., Dufresne, C., Bergeron, P., & Pinard, B. (2007). L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies

chroniques au Québec Barrières et éléments facilitant. Québec :  
Gouvernement du Québec.

- Levesque, J. F., Feldman, D., Dufresne, C., Bergeron, P., Pinard, B., & Gagné, V. (2009). Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. *Pratiques et Organisation des Soins*, 40 (4), 251-265. doi : 10.3917/pos.404.0251
- Levinson, W., & Huynh, T. (2014). Engaging physicians and patients in conversations about unnecessary tests and procedures: Choosing Wisely Canada. *Cmaj*, 186(5), 325-326.
- Lewin, K. (1943). Forces behind food habits and methods of change. *Bulletin of the national Research Council*, 108(1043), 35-65.
- Li, L. C., Grimshaw, J. M., Nielsen, C., Judd, M., Coyte, P. C., & Graham, I. D. (2009 a). Evolution of Wenger's concept of community of practice. *Implementation science*, 4 (1), 11.
- Li, L. C., Grimshaw, J. M., Nielsen, C., Judd, M., Coyte, P. C., & Graham, I. D. (2009b). Evolution of Wenger's concept of community of practice. *Implementation science*, 4 (1), 1-8.
- Liberati, E. G., Ruggiero, F., Galuppo, L., Gorli, M., González-Lorenzo, M., Maraldi, M., . . . Moja, L. (2017). What hinders the uptake of computerized decision support systems in hospitals? A qualitative study and framework for implementation. *Implementation Science*, 12 (1), 113.
- Lientz, B., & Rea, K. (2016). *Breakthrough technology project management*: Routledge.
- Lima, K., Bernardino, E., & Dallaire, C. (2013). Fonctions des infirmières dans les unités de transplantation de cellules souches hématopoïétiques. *Recherche en soins infirmiers*, 113 (2), 86-94.
- Lingard, L., McDougall, A., Levstik, M., Chandok, N., Spafford, M. M., & Schryer, C. (2012). Representing complexity well: a story about teamwork, with implications for how we teach collaboration. *Medical education*, 46(9), 869-877.
- Locsin, R. C. (2017). The co-existence of technology and caring in the theory of technological competency as caring in nursing. *The Journal of Medical Investigation*, 64(1.2), 160-164.

- Lomas, J., Sisk, J. E., & Stocking, B. (1993). From evidence to practice in the United States, the United Kingdom, and Canada. *The Milbank Quarterly*, 71(3), 405-410.
- Longpré, C. (2017). La pratique clinique et le bien-être au travail des infirmières selon un processus d'intégration des soins.
- Loo, R. (2003). Project management : a core competency for professional nurses and nurse managers. *Journal for Nurses in Professional Development*, 19(4), 187-193.
- Lorenzi, N. M., & Riley, R. T. (2003). Organizational issues= change. *International journal of medical informatics*, 69(2), 197-203.
- Lupton, D. (2013). Quantifying the body: monitoring, performing and configuring health in the age of mHealth technologies (early view online). *Critical Public Health*.
- Maloney-Krichmar, D., Abras, C., & Preece, J. (2002). Revitalizing an online community. Paper presented at the IEEE 2002 International Symposium on Technology and Society (ISTAS'02). *Social Implications of Information and Communication Technology*. Proceedings (Cat. No. 02CH37293).
- Martin, A., Torres, M., Vyavaharkar, M., Chen, Z., Towne, S., & Probst, J. (2013). Rural border health chartbook. *Rural border health chartbook*.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine*, 3(11), e442.
- McColl, A., Roderick, P., Gabbay, J., Smith, H., & Moore, M. (1998). Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *Bmj*, 317(7169), 1354-1360.
- McDonald, P. W., & Viehbeck, S. (2007). From evidence-based practice making to practice-based evidence making: creating communities of (research) and practice. *Health Promotion Practice*, 8(2), 140-144.
- McEvoy, P., & Barnes, P. (2007). Using the chronic care model to tackle depression among older adults who have long-term physical conditions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(3), 233-238.

- Meins, A. R., Doorenbos, A. Z., Eaton, L., Gordon, D., Theodore, B., & Tauben, D. (2015). TelePain: A community of practice for pain management. *Journal of pain & relief*, 4 (2).
- Michaud, C., & Bourgeault, P. (2010). Les devis de recherche non traditionnels. In F. Fortin (Ed.), *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal, Québec : Chenelière Éducation
- Michelson, J. (2004). Critique of (im) pure reason : evidence-based medicine and common sense. *Journal Of Evaluation In Clinical Practice*, 10(2), 157-161.
- Midler, C. (1996). *Modèles gestionnaires et régulations économiques de la conception Coopération et conception*, Octares
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004a). *L'architecture des services de santé et des services sociaux Les programmes-services et les programmes-soutien*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004b). *Projet clinique Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier Cadre de référence*. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ministère de la santé et des Services sociaux. (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*. Québec : Gouvernement du Québec Retrieved from [https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre\\_de\\_reference\\_ministeriel\\_devaluation\\_de\\_la\\_performance.pdf](https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre_de_reference_ministeriel_devaluation_de_la_performance.pdf).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025*. Gouvernement du Québec Retrieved from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020*. Québec.



- Ministère de la santé et des Services sociaux. (2019a). Plan stratégique 2019-2023. Gouvernement du Québec Retrieved from <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002438/>.
- Ministère de la santé et des Services sociaux. (2019b). Portrait organisationnel du réseau. Retrieved from <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/portrait-organisationnel/structure-du-reseau/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux. Québec : Retrieved from <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-503-12W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2014). Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Québec : Éditeur officiel du Québec.
- Mintzberg, H. (1987). *Crafting strategy*: Harvard Business School Press Boston, MA, USA.
- Mintzberg, H. (2017). *Managing the myths of health care: bridging the separations between care, cure, control, and community*: Berrett-Koehler Publishers.
- Misto, K., Padula, C., Bryand, E., & Nadeau, K. (2019). Nurses' perception of the impact of electronic documentation on the nurse-patient relationship. *Journal of nursing care quality*, 34(2), 163-168.
- Moore, L., Lauzier, F., Stelfox, H. T., Le Sage, N., Bourgeois, G., Clément, J., . . . Turgeon, A. F. (2014). Complications to evaluate adult trauma care: an expert consensus study. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 77(2), 322-330.
- Morin, E. (1997). Réforme de pensée, transdisciplinarité, réforme de l'Université. Communication au Congrès International « Quelle Université pour demain.
- Morin, E. (2011). *La voie. Pour l'avenir de l'humanité*. Paris : Fayard.
- Morland, L., Duncan, J., Hoebing, J., Kirschke, J., & Schmidt, L. (2005). Bridging refugee youth and children's services: A case study of cross-service training. *Child Welfare*, 84(5), 791.
- Morris, P. W. (2013). *Reconstructing project management*: John Wiley & Sons.

- Murray, H. (2018). More than 2 billion pairs of eyeballs: Why aren't you sharing medical knowledge on Wikipedia? *BMJ evidence-based medicine*, *bmjebm-2018-111040*.
- Murray, H., Walker, M., Maggio, L., & Dawson, J. (2018). 24 Wikipedia medical page editing as a platform to teach evidence-based medicine. *BMJ Evidence-Based Medicine*, *23*(Suppl\_1).
- Naik, A. D., & Singh, H. (2010). Electronic health records to coordinate decision making for complex patients: what can we learn from wiki? *Medical Decision Making*, *30*(6), 722-731.
- Nair, Y., & Campbell, C. (2008). Building partnerships to support community-led HIV/AIDS management: a case study from rural South Africa. *African Journal of AIDS Research*, *7*(1), 45-53.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., . . . Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, *53*(4), 695-699.
- NHS Institute for Innovation and Improvement. (2006). *Improving Care for People with Long-Term Conditions*. UK.
- Niès, J., Colombet, I., Degoulet, P., & Durieux, P. (2006). Determinants of success for computerized clinical decision support systems integrated into CPOE systems: a systematic review. Paper presented at the AMIA Annual Symposium Proceedings.
- Nowotny, H., Scott, P., & Gibbons, M. (2001). *Re-thinking science: knowledge production in an age of uncertainty*. Polity, Cambridge.
- O'Shea, P. M., Baker, P. B., Allen, D. W., Curry-Corcoran, D. E., & Allen, D. B. (2007). New levels of student participatory learning: A WikiText for the introductory course in education. *Journal of Interactive Online Learning*, *6*(3), 227-244.
- Ogles, B. M., Lambert, M. J., & Masters, K. S. (1996). *Assessing outcome in clinical practice*: Allyn & Bacon.

- Ollivier-Yaniv, C. (2013). Communication, prévention et action publique : proposition d'un modèle intégratif et configurationnel. Le cas de la prévention du tabagisme passif. *Communication langages* (2), 93-111.
- Onder, G., Cesari, M., Maggio, M., & Palmer, K. (2017). Defining a care pathway for patients with multimorbidity or frailty. *European journal of internal medicine*, 38, 1-2.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité. Canada : Bibliothèque et Archives Canada.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2006). Rapport sur la situation dans le monde 2006 : travailler ensemble pour la santé. Genève.
- Organisation mondiale de la Santé. (2011). Les maladies chroniques et leurs facteurs de risque communs. Genève.
- Organisation mondiale de la santé. (2015). Obésité et surpoids. Aide mémoire no 311.
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). Projet de plan mondial d'action de santé publique contre la démence. Retrieved from [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA70/A70\\_28-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_28-fr.pdf).
- Packendorff, J., Crevani, L., & Lindgren, M. (2014). Project leadership in becoming: A process study of an organizational change project. *Project Management Journal*, 45 (3), 5-20.
- Page, K. L., & Reynolds, N. (2015). Learning from a wiki way of learning. *Studies in Higher Education*, 40(6), 988-1013.
- Palloff, R. M., Pratt, K., & Stockley, D. (2001). Building learning communities in cyberspace: Effective strategies for the online classroom. *The Canadian Journal of Higher Education*, 31(3), 175.
- Palmer, R. M., Counsell, S., & Landefeld, C. S. (1998). Clinical intervention trials : the ACE unit. *Clinics in Geriatric Medicine*, 14(4), 831-850.
- Panella, M., Marchisio, S., & Di Stanislao, F. (2003). Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 509-521.

- Paquet, M.-J., Leprohon, J., & Cantin, L. (2004). La communauté virtuelle de pratique en santé du cœur. *Perspective infirmière*, 21.
- Parboosingh, J. T. (2002). Physician communities of practice: where learning and practice are inseparable. *Journal of continuing education in the health professions*, 22(4), 230-236.
- Pariel, S., Boissières, A., Delamare, D., & Belmin, J. (2013). L'éducation thérapeutique en gériatrie : quelles spécificités ? *La Presse Médicale*, 42 (2), 217-223.
- Park, S. Y., Lee, S. Y., & Chen, Y. (2012). The effects of EMR deployment on doctors' work practices: A qualitative study in the emergency department of a teaching hospital. *International journal of medical informatics*, 81(3), 204-217.
- Parker, J., & Coiera, E. (2000). Improving clinical communication: a view from psychology. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 7(5), 453-461.
- Parthasarathy, R., Steinbach, T., Knight, J., & Knight, L. (2018). Framework to Enhance Nurses' Use of EMR. *Hospital topics*, 96(3), 85-93.
- Peiris, D., Williams, C., Holbrook, R., Lindner, R., Reeve, J., Das, A., & Maher, C. (2014). A web-based clinical decision support tool for primary health care management of back pain: development and mixed methods evaluation. *JMIR research protocols*, 3(2), e17.
- Pelluchon, C. (2010). La vieillesse et l'amour du monde. *Esprit*, Juillet (7), 171-180.
- Pentland, D., Forsyth, K., Maciver, D., Walsh, M., Murray, R., Irvine, L., & Sikora, S. (2011). Key characteristics of knowledge transfer and exchange in healthcare: integrative literature review. *Journal of advanced nursing*, 67(7), 1408-1425.
- Perroux, M., Lessard, L., Larue, C., Duhoux, A., & Contandriopoulos, D. (2020). Des soins primaires intégrés ou les univers parallèles de la santé mentale et physique. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 38(4), 77-92.
- Pineault, R., & Daveluy, C. (1986). *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies* : Agence d'ARC.
- Piveteau, D. (2011). Le vieillissement de la population est-il une menace pour l'assurance maladie ? *Laennec*, 59 (2), 18-30.

- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American geriatrics Society*, 39(2), 142-148.
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481.
- Portney, L. G., & Watkins, M. P. (2015). *Foundations of clinical research: applications to practice*: FA Davis.
- Portoghese, I., Galletta, M., Sardu, C., Mereu, A., Contu, P., & Campagna, M. (2014). Community of practice in healthcare: An investigation on nursing students' perceived respect. *Nurse Education in Practice*, 14(4), 417-421.
- Preece, J., Abras, C., & Maloney-Krichmar, D. (2004). Designing and evaluating online communities: research speaks to emerging practice. *International Journal of Web Based Communities*, 1(1), 2-18.
- Presser, S., Couper, M. P., Lessler, J. T., Martin, E., Martin, J., Rothgeb, J. M., & Singer, E. (2004). Methods for testing and evaluating survey questions. *Public opinion quarterly*, 68 (1), 109-130.
- Pricewaterhouse Coopers LLP. (2013). The emerging benefits of electronic medical record use in community-based care. Canada Health Infoway Retrieved from <https://www.infoway-inforoute.ca/en/component/edocman/1224-the-emerging-benefits-of-electronic-medical-record-use-in-community-based-care-full-report/view-document?Itemid=101>.
- Probst, G., & Borzillo, S. (2008). Why communities of practice succeed and why they fail. *European Management Journal*, 26 (5), 335-347.
- Project Management Institute. (2008). *A guide to the project management body of knowledge (PMBOK® Guide) (4th ed.)*. Newtown Square, Pa. : Project Management Institute, Inc.
- Project Management Institute. (2013). *Guide du Corpus des connaissances en management de projet (Guide PMBOK) (5e ed.)*. Newtown Square, États-Unis : Project Management Institute, Inc.
- Project Management Institute. (2017a). *Guide du corpus des connaissances en management de projet Guide PMBOK (Sixième édition ed.)*. Pennsylvania, USA : Project Management Institute, Inc.

- Project Management Institute. (2017b). *A Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK® Guide)—Sixth Edition*. Newtown Square, PA.
- Qu, H., Shewchuk, R. M., Chen, Y.-y., & Richards, J. S. (2010). Evaluating the quality of acute rehabilitation care for patients with spinal cord injury: an extended Donabedian model. *Quality Management in Healthcare*, 19(1), 47-61.
- Radnor, Z., & Osborne, S. P. (2013). Lean: A failed theory for public services? *Public Management Review*, 15(2), 265-287.
- Radnor, Z., Walley, P., Stephens, A., & Bucci, G. (2006). Evaluation of the lean approach to business management and its use in the public sector. *Scottish Executive Social Research*, 20.
- Ramadier, T. (2004). Transdisciplinarity and its challenges: the case of urban studies. *Futures*, 36 (4), 423-439.
- Ranmuthugala, G., Plumb, J. J., Cunningham, F. C., Georgiou, A., Westbrook, J. I., & Braithwaite, J. (2011). How and why are communities of practice established in the healthcare sector? A systematic review of the literature. *BMC health services research*, 11(1), 273.
- Raymond, C. M., Fazey, I., Reed, M. S., Stringer, L. C., Robinson, G. M., & Evely, A. C. (2010). Integrating local and scientific knowledge for environmental management. *Journal of environmental management*, 91(8), 1766-1777.
- Reason, P., & Bradbury, H. (2008). *The SAGE Handbook of Action Research Participative Inquiry and Practice*. London : Sage.
- Rebaiaia, M.-L., & Vieira, D. R. (2014). Integrating PMBOX Standards, Lean and Agile Methods in Project Management Activities. *International Journal of Computer Applications*, 88(4), 40-46.
- Redwood, R., Knobloch, M. J., Pellegrini, D. C., Ziegler, M. J., Pulia, M., & Safdar, N. (2018). Reducing unnecessary culturing: a systems approach to evaluating urine culture ordering and collection practices among nurses in two acute care settings. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 7(1), 4.
- Reed, M. S., Evely, A. C., Cundill, G., Fazey, I., Glass, J., Laing, A., . . . Raymond, C. (2010). What is social learning? *Ecology and society*, 15(4).

- Regan, S., Wong, C., Laschinger, H. K., Cummings, G., Leiter, M., MacPhee, M., . . . Jeffs, L. (2017). Starting Out: qualitative perspectives of new graduate nurses and nurse leaders on transition to practice. *Journal of Nursing Management*, 25 (4), 246-255.
- Riccoboni, S. T., & Darracq, M. A. (2018). Does the U Stand for Useless? The Urine Drug Screen and Emergency Department Psychiatric Patients. *The Journal of emergency medicine*, 54(4), 500-506.
- Richard, L., Chiocchio, F., Essiembre, H., Tremblay, M.-C., Lamy, G., Champagne, F., & Beaudet, N. (2014). Communities of practice as professional and organizational development strategy in local public health organizations in Québec, Canada: an evaluation model.
- 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. Paper presented at the Healthcare management forum.
- Rinaldi, P., Mecocci, P., Benedetti, C., Ercolani, S., Bregnocchi, M., Menculini, G., . . . Cherubini, A. (2003). Validation of the five - item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5), 694-698.
- Riou, F., & Jarno, P. (2000). Représentation et modélisation des trajectoires de soins. *ITBM-RBM*, 21(5), 313-317.
- Rivera-Spoljaric, K., Halley, M., & Wilson, S. R. (2014). Shared clinician–patient decision-making about treatment of pediatric asthma: what do we know and how can we use it? *Current opinion in allergy and clinical immunology*, 14(2), 161-167.
- Robert, D. (2007). Évaluer l'activité en psychiatrie : un essai de typologie des parcours de soins. *Santé publique*, 19 (3), 203-215.
- Rondeau-Boulanger, É., & Drolet, M.-J. (2016). Continuité et discontinuité dans les trajectoires de soins de personnes ayant une problématique complexe de santé : Perceptions d'ergothérapeutes—une étude exploratoire.
- Rosacker, K. M., Zuckweiler, K. M., & Buelow, J. R. (2010). An empirical evaluation of hospital project implementation success. *Academy of Health Care Management Journal*, 6(1), 37.

- Rouillard, C., Montpetit, É., Fortier, I., & Gagnon, A.-G. (2004). *La réingénierie de l'État : Vers un appauvrissement de la gouvernance québécoise*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Roy, M., & Prévost, P. (2013). La recherche-action : origines, caractéristiques et implications de son utilisation dans les sciences de la gestion. *Recherches qualitatives*, 32 (2), 129-151.
- Sa Couto, J. (2008). Project management can help to reduce costs and improve quality in health care services. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(1), 48-52.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence Based Medicine: What It Is And What It Isn't: It's About Integrating Individual Clinical Expertise And The Best External Evidence. *BMJ: British Medical Journal*, 312 (7023), 71-72.
- Sadeghi-Bazargani, H., Tabrizi, J. S., Saadati, M., Hassanzadeh, R., & Alizadeh, G. (2015). Nursing experiences of clinical governance implementation: a qualitative study. *Clinical Governance: An International Journal*, 20 (4), 183-190.
- Sage, D., Dainty, A., & Brookes, N. (2010). A consideration of reflexive practice within the critical projects movement. *International Journal of Project Management*, 28(6), 539-546.
- Sager, M. A., & Rudberg, M. A. (1998). Functional decline associated with hospitalization for acute illness. *Clinics in Geriatric Medicine*, 14(4), 669-680.
- Samb, B., Desai, N., Nishtar, S., Mendis, S., Bekedam, H., Wright, A., . . . Patel, K. (2010). Prevention and management of chronic disease: a litmus test for health-systems strengthening in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 376(9754), 1785-1797.
- Santry, H. P., Strassels, S. A., Ingraham, A. M., Oslock, W. M., Ricci, K. B., Paredes, A. Z., . . . Kiefe, C. I. (2020). Identifying the fundamental structures and processes of care contributing to emergency general surgery quality using a mixed-methods Donabedian approach. *BMC medical research methodology*, 20(1), 247.



- Sasseville, M., Chouinard, M.-C., & Fortin, M. (2017). Patient-reported outcomes in multimorbidity intervention research: A scoping review. *International journal of nursing studies*.
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., . . . Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & quantity*, 52(4), 1893-1907.
- Savoie-Zajc, L. (2001). La recherche-action en éducation : ses cadres épistémologiques, sa pertinence, ses limites. In M. Anadon & M. L'Hostie (Eds.), *Nouvelles dynamiques de recherche en éducation* (pp. 15-49). Québec : Presses de l'Université Laval
- Schneider, J. E., Peterson, N. A., Vaughn, T. E., Mooss, E. N., & Doebbeling, B. N. (2006). Clinical practice guidelines and organizational adaptation: A framework for analyzing economic effects. *International journal of technology assessment in health care*, 22(1), 58-66.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Schwen, T. M., & Hara, N. (2003). Community of practice: A metaphor for online design? *The Information Society*, 19(3), 257-270.
- Senge, P. M. (2016). *La cinquième discipline : levier des organisations apprenantes* (Nouvelle édition augmentée. ed.). Paris : Eyrolles.
- Sense, A. J. (2003). Learning generators: Project teams re-conceptualized. *Project Management Journal*, 34(3), 4.
- Shaw, J., Tepper, J., & Martin, D. (2018). From pilot project to system solution: innovation, spread and scale for health system leaders. *BMJ Leader*, leader-2017-000055.
- Shaw, N. C., DeLone, W. H., & Niederman, F. (2002). Sources of dissatisfaction in end-user support : an empirical study. *ACM SIGMIS Database: the DATABASE for Advances in Information Systems*, 33(2), 41-56.
- Shi, J., Su, Q., & Zhao, Z. (2008). Critical factors for the effectiveness of clinical pathway in improving care outcomes. Paper presented at the Service Systems and Service Management, 2008 International Conference on.

- Silverstein, W., Lass, E., Born, K., Morinville, A., Levinson, W., & Tannenbaum, C. (2016). A survey of primary care patients' readiness to engage in the de-adoption practices recommended by Choosing Wisely Canada. *BMC research notes*, 9(1), 301.
- Smyth, H. J., & Morris, P. W. (2007). An epistemological evaluation of research into projects and their management: Methodological issues. *International journal of project management*, 25(4), 423-436.
- Söderlund, J. (2012). Theoretical foundations of project management: Suggestions for a pluralistic understanding. In P. W. G. Morris, J. K. Pinto & J. Söderlund (Eds.), *The Oxford Handbook of Project Management* (pp. 37-64). Oxford, Angleterre : Oxford University Press
- Soekijad, M., Huis in't Veld, M. A., & Enserink, B. (2004). Learning and knowledge processes in inter - organizational communities of practice. *Knowledge and Process Management*, 11(1), 3-12.
- Soucy, E., Dumais, C., & Moreau, A. (2020). Quand la recherche-action au doctorat devient possible place à l'artisan-chercheur. *Canadian Journal for New Scholars in Education/Revue canadienne des jeunes chercheuses et chercheurs en éducation*, 11 (2), 7-18.
- Spatz, E. S., Elwyn, G., Moulton, B. W., Volk, R. J., & Frosch, D. L. (2017). Shared decision making as part of value based care: New US policies challenge our readiness. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 123, 104-108.
- Spence Laschinger, H. K., Zhu, J., & Read, E. (2016). New nurses' perceptions of professional practice behaviours, quality of care, job satisfaction and career retention. *Journal of Nursing Management*, 24 (5), 656-665.
- Statistiques Canada. (2012). Adultes avec incapacités, selon la sévérité, le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires. Tableau CANSIM 115-0004.
- Stephens, M., Robinson, L., & McGrath, D. (2013). Extending inter-professional learning through the use of a multi-disciplinary Wiki. *Nurse education in practice*, 13(6), 492-498.
- Stern, R. A., Seichepine, D., Tschoe, C., Fritts, N. G., Alosco, M. L., Berkowitz, O., . . . Cantu, R. C. (2017). Concussion care practices and utilization of evidence-based guidelines in the evaluation and management of concussion: a

- survey of New England emergency departments. *Journal of neurotrauma*, 34(4), 861-868.
- Stiefel, F. (2001). Nouvelle orientation de la médecine : un projet de l'Académie Suisse des Sciences Médicales. *Revue internationale de soins palliatifs*, 16 (3), 27-28.
- Strauss, A. L. (1992). *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme* : Editions L'Harmattan.
- Stringer, E. T., & Genat, W. (2004). *Action research in health*: Merrill Prentice Hall.
- Taylor, S. P., Ledford, R., Palmer, V., & Abel, E. (2014). We need to talk: an observational study of the impact of electronic medical record implementation on hospital communication. *BMJ Quality & Safety*, 23(7), 584-588.
- The Robert Wood Johnson Foundation. (1996). *Chronic care in America: A 21st century challenge*. Princeton, NJ : Robert Wood Johnson Foundation.
- Thompson, D. N., Wolf, G. A., & Spear, S. J. (2003). Driving improvement in patient care: lessons from Toyota. *Journal of nursing administration*, 33 (11), 585-595.
- Thrysoe, L., Hounsgaard, L., Dohn, N. B., & Wagner, L. (2010). Participating in a community of practice as a prerequisite for becoming a nurse—Trajectories as final year nursing students. *Nurse Education in Practice*, 10(6), 361-366.
- Tolson, D., Booth, J., & Lowndes, A. (2008). Achieving evidence - based nursing practice: impact of the Caledonian Development Model. *Journal of nursing management*, 16 (6), 682-691.
- Topaz, M., Ronquillo, C., Peltonen, L.-M., Pruinelli, L., Sarmiento, R. F., Badger, M. K., . . . Jeon, E. (2016). Nurse informaticians report low satisfaction and multi-level concerns with electronic health records: results from an international survey. Paper presented at the AMIA Annual Symposium Proceedings.
- Toussaint, J. (2009). Writing the new playbook for US health care: lessons from Wisconsin. *Health Affairs*, 28(5), 1343-1350.

- Tremblay, D.-G. (2005). Les communautés de pratique : quels sont les facteurs de succès. *Revue internationale sur le travail et la société*, 3 (2), 692-722.
- Tremblay, M., Chênevert, D., & Hébert, A. (2012). Le rôle des conditions de travail dans la satisfaction et la loyauté des infirmières d'agence au Québec. *Relations Industrielles/Industrial Relations*, 67 (3), 477-504.
- Trudel, M.-C., Paré, G., & Laflamme, J. (2012). Health information technology success and the art of being mindful: Preliminary insights from a comparative case study analysis. *Health Care Management Review*, 37(1), 31-42.
- Trunk Sirca, N., & Shapiro, A. (2007). Action research and constructivism: two sides of the same coin? Or, one side? *International Journal of Management in Education*, 1(1-2), 100-107.
- Tummons, J. (2018). *Learning architectures in higher education: Beyond communities of practice*: Bloomsbury Publishing.
- Turner, R. J., Huemann, M., Anbari, F. T., & Bredillet, C. N. (2010). *Perspectives on projects* : Routledge.
- Unger, B. N., Gemünden, H. G., & Aubry, M. (2012). The three roles of a project portfolio management office: Their impact on portfolio management execution and success. *International Journal of Project Management*, 30(5), 608-620.
- Van Campenhoudt, I., Chaumont, J.-M., & Franssen, A. (2005). *La méthode d'analyse en groupe. Application aux phénomènes sociaux*. Paris : Dunod.
- Van Campenhoudt, L., Franssen, A., & Cantelli, F. (2009). *La méthode d'analyse en groupe. SociologieS, Théories et recherches*.
- Van Campenhoudt, L., Franssen, A., & Cantelli, F. (2009). *La méthode d'analyse en groupe. Explication, applications et implications d'un nouveau dispositif de recherche. SociologieS*.
- Van Der Sijs, H., Aarts, J., Vulto, A., & Berg, M. (2006). Overriding of drug safety alerts in computerized physician order entry. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13(2), 138-147.
- Vedel, I., Monette, M., Beland, F., Monette, J., & Bergman, H. (2011). Ten years of integrated care: backwards and forwards. The case of the province of Québec,

- Canada. *International journal of integrated care*, 11(Special 10th Anniversary Edition).
- Voyer, P., McCusker, J., Cole, M. G., Monette, J., Champoux, N., Ciampi, A., . . . Richard, S. (2014). Nursing documentation in long-term care settings: New empirical evidence demands changes be made. *Clinical nursing research*, 23(4), 442-461.
- Wagner, E. H. (1998). *Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness? Effective Clinical Practice*, 1, 2-4.
- Ward, V., House, A., & Hamer, S. (2009). Developing a framework for transferring knowledge into action: a thematic analysis of the literature. *Journal of health services research & policy*, 14(3), 156-164.
- Webler, T., Kastenholz, H., & Renn, O. (1995). Public participation in impact assessment : a social learning perspective. *Environmental impact assessment review*, 15(5), 443-463.
- Weiner, S. J., Barnett, B., Cheng, T. L., & Daaleman, T. P. (2005). Processes for effective communication in primary care. *Annals of Internal Medicine*, 142(8), 709-714.
- Wenger, E. (2005). *La théorie des communautés de pratique* : Presses Université Laval.
- Wenger, E. C., & Snyder, W. M. (2000). Communities of practice: The organizational frontier. *Harvard business review*, 78(1), 139-146.
- Wheelwright, S. C., & Clark, K. B. (1992). *Creating project plans to focus product development*: Harvard Business School Pub.
- White, D. (2004). La santé et les services sociaux : réforme et remises en question. In G. Daigle & G. Rocher (Eds.), *Le Québec en jeu. Comprendre les grands défis* (pp. 225-247). Montréal : PUM
- Wick, C. (2000). Knowledge management and leadership opportunities for technical communicators. *Technical communication*, 47(4), 515-529.
- Williams, S. J. (2017). *Improving Healthcare Operations: The application of Lean, Agile and Leagility in care pathway design*: Springer.

- Wilson, S. R., Strub, P., Buist, A. S., Knowles, S. B., Lavori, P. W., Lapidus, J., & Vollmer, W. M. (2010). Shared treatment decision making improves adherence and outcomes in poorly controlled asthma. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 181(6), 566-577.
- Wolfson, D., Santa, J., & Slass, L. (2014). Engaging physicians and consumers in conversations about treatment overuse and waste: a short history of the choosing wisely campaign. *Academic Medicine*, 89(7), 990-995.
- Womack, J. P., & Jones, D. T. (2003). *Lean Thinking Banish waste and create wealth in your corporation*. New-York : Free Press.
- Woolf, S. H., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (1999). Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *British Medical Journal*, 318(7182), 527.
- World Health Organization. (2010). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations*: World Health Organization.
- Wright, A., Bates, D. W., Middleton, B., Hongsermeier, T., Kashyap, V., Thomas, S. M., & Sittig, D. F. (2009). Creating and sharing clinical decision support content with Web 2.0: Issues and examples. *Journal of biomedical informatics*, 42(2), 334-346.
- Yamazaki, T., Ikeda, M., & Umemoto, K. (2011). Enhancement of healthcare quality using clinical-pathways activities. *VINE*, 41 (1), 63-75.
- Yoon, M. N., Lowe, M., Budgell, M., & Steele, C. M. (2011). An exploratory investigation using appreciative inquiry to promote nursing oral care. *Geriatric Nursing*, 32(5), 326-340.
- Zelmer, J., & Hagens, S. (2014). Advancing primary care use of electronic medical records in Canada. *Health Reform Observer—Observatoire des Réformes de Santé*, 2 (3).
- Zuccaro, L. (2015). *Improving Chronic Kidney Disease Management Using Wagner's Model for Chronic Care*. *University of Ottawa Journal of Medecine*, 5(1), 17-20.