

Nouvelles perspectives en sciences sociales



Les défis de la réflexivité et de la collaboration recherche-pratique : le cas de l'implantation d'une nouvelle offre de services en santé mentale en première ligne The challenges of reflexivity and research-practice collaboration: The case of the implementation of a new first-line mental health services

Julie Descheneaux, Denise Aubé, Clément Beaucage and Rodrigue Côté

Volume 13, Number 1, November 2017

Sur le thème de la recherche sur la recherche

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1044015ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1044015ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Prise de parole

ISSN

1712-8307 (print)

1918-7475 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Descheneaux, J., Aubé, D., Beaucage, C. & Côté, R. (2017). Les défis de la réflexivité et de la collaboration recherche-pratique : le cas de l'implantation d'une nouvelle offre de services en santé mentale en première ligne. *Nouvelles perspectives en sciences sociales*, 13(1), 177–209.
<https://doi.org/10.7202/1044015ar>

Article abstract

The evaluation of the implementation process of a new mental health service in a health and social services center demonstrates that this process must be accompanied with the creation of spaces of reflection amongst the team of workers in order to create positive conditions for implementation. Organizational complexity is an issue that needs to be taken into account. The role of research-practice collaboration in this process of implementing changes has been documented in order to better understand the challenges of opening spaces of reflection within an organization. While the spaces of reflection scheduled in the initial planning did not materialize, the ongoing interaction between research and practice allowed the mechanisms of reflection of this team to renewed themselves in an unexpected way in the midst of a process of transformation. That was made possible thanks to the spaces of collaboration that were put in place, to the mechanisms of knowledge translation carried out by the epistemological posture, to the creation of alliances and the cycle operation method.

Tous droits réservés © Prise de parole, 2017

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>

Les défis de la réflexivité et de la collaboration recherche-pratique : le cas de l'implantation d'une nouvelle offre de services en santé mentale en première ligne

JULIE DESCHENEAUX

Université du Québec à Montréal

DENISE AUBÉ

Institut national de santé publique, Université Laval

CLÉMENT BEAUCAGE

CIUSSS de la Capitale-Nationale, Université Laval

RODRIGUE CÔTÉ

CIUSSS de la Capitale-Nationale

Introduction

Il existe de fortes pressions sur les organisations du réseau de la santé et des services sociaux pour qu'elles s'adaptent et se renouvellent continuellement en intégrant les meilleures pratiques. Au Québec, les Centres de santé et des services sociaux (CSSS) sont aux premières loges à cet égard : on exige d'eux qu'ils fassent mieux avec moins de ressources dans un contexte où l'instabilité de la main d'œuvre est largement documentée¹; ils doivent déve-

¹ Nancy Côté *et al.*, *La fidélisation des jeunes infirmières et infirmières auxiliaires au CSSS de la Vieille-Capitale*, Québec, Centre de santé et de services sociaux

lopper des partenariats avec des acteurs de l'environnement local²; et ils doivent ajuster leurs pratiques à l'évolution des besoins de santé et de bien-être dans un contexte de multidisciplinarité et de transdisciplinarité³.

De plus en plus de chercheurs se tournent vers une recherche développée en partenariat avec les milieux de pratiques pour mieux les soutenir dans l'utilisation des nouvelles connaissances. Ils s'initient à des modèles en transfert des connaissances qui sont davantage émergents et pertinents dans un univers propre au domaine social de la recherche⁴. Mais il faut arriver à mieux cerner les processus d'innovation susceptibles de faciliter l'adaptation des pratiques, surtout au niveau organisationnel où le manque de connaissance est plus criant⁵. Il faut aussi se donner les moyens de comprendre les mécanismes qui permettent d'enraciner les changements innovants qui découlent des recherches réalisées dans des environnements d'une grande complexité⁶. Le développement de liens privilégiés de partenariats entre la recherche et les milieux de pratiques ainsi que l'instauration de pratiques réflexives dans leurs organisations font inévitablement partie des dispositifs à saisir. Comment y arriver? Quels sont les ingrédients critiques? Et comment mener à bien cette réflexivité

de la Vieille-Capitale, 2014.

- ² Mylaine Breton, *L'incorporation de la responsabilité populationnelle dans la gestion des CSSS*, thèse présentée à la Faculté de médecine, Montréal, Université de Montréal, 2009.
- ³ François Chagnon *et al.*, *Outil réflexif pour améliorer l'utilisation des connaissances dans les organisations de services sociaux et de santé*, Montréal, Chaire CJM-IU-UQAM d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté, 2012.
- ⁴ Christian Dagenais et Émilie Robert, *Le transfert des connaissances dans le domaine social*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2012.
- ⁵ Karine Souffez, « Les interventions sociales complexes en santé publique : portrait des stratégies de transfert des connaissances et de leur utilisation », dans Christian Dagenais et Émilie Robert (dir.), *Le transfert des connaissances dans le domaine social*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2012, p. 45-62.
- ⁶ Trisha Greenhalgh *et al.*, « Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations », *The Milbank Quarterly*, vol. 82, n° 4, 2004, p. 581-629.

nécessaire dans l'analyse même du succès de ces initiatives de recherche menées en partenariat avec des organisations?

Cet article cherche à mieux comprendre, à l'aide d'une étude de cas se déroulant dans l'environnement complexe d'un CSSS à vocation universitaire, quels sont les enjeux d'implantation d'une pratique réflexive. On s'intéressera aux stratégies qui sont utiles pour accompagner et rendre pérenne la transformation désirée des pratiques; et on portera une attention aux effets inattendus de la recherche participative. Il s'agit d'un projet d'évaluation dans lequel l'accompagnement pour identifier et pérenniser les changements introduits dans les pratiques professionnelles est au centre des préoccupations. Pour aider à structurer le projet, on utilise le modèle de gestion des maladies chroniques développé par Edward Wagner, qui illustre très bien l'interface requise entre différentes composantes essentielles à l'introduction de nouvelles pratiques dans un environnement complexe. Celui-ci se caractérise par la nécessité de nombreuses collaborations tant à l'externe (ici organismes communautaires du milieu) qu'à l'interne (différentes équipes, différentes catégories professionnelles, différents paliers de gestion), et ce, en recherchant la contribution des personnes recevant les services. De plus, le modèle prévoit un *monitoring* pour alimenter un questionnement en continu.

L'article comprend cinq sections : la première met en contexte le projet; la seconde décrit l'évaluation et la méthodologie retenue; la troisième présente les espaces réflexifs tels qu'ils ont été prévus au départ, les difficultés rencontrées dans leur mise en œuvre et les résultats de leur analyse et les constats qui s'en dégagent. Dans une quatrième section, à la lumière des résultats de la section précédente, nous nous attarderons sur comment l'interaction continue entre la recherche et le milieu de pratique a permis d'actualiser les pratiques réflexives à travers des modalités qui n'avaient pas été prévues au départ. Ces espaces à vocation réflexive se sont avérés essentiels pour faciliter la stratégie d'implantation. Finalement, dans la cinquième section, nous analysons la portée du modèle de Wagner pour l'implantation

des innovations et les apprentissages à tirer pour la création d'espaces réflexifs.

1. Mise en contexte du projet

À l'automne 2008, le CSSS de la Vieille-Capitale participe au programme d'application des connaissances nommé Cible Qualité 1⁷, un programme financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) qui vise à améliorer les soins de santé et les services en première ligne en santé mentale. Le projet présenté propose l'application du modèle de gestion des maladies chroniques de Wagner⁸ pour améliorer l'offre de services aux usagers ayant des troubles anxieux et dépressifs.

Dès le départ, le gestionnaire détenant le rôle de répondant local pour le projet prévoit que les acquis résultant du projet devront s'intégrer dans une planification à moyen et long terme de la direction de la santé mentale de l'établissement. Il s'assure donc de l'engagement de la haute direction de l'organisation pour assurer la pérennisation des acquis découlant de cette collaboration dynamique entre le milieu de la recherche et le milieu clinique. Déjà, des bases sont établies pour réaliser, dans les phases subséquentes, un échange des connaissances portant sur le développement, l'implantation et l'évaluation des nouvelles prestations de services. Il se préoccupe également de la participation des différentes équipes concernées par les changements de pratique ainsi que par une implication des responsables cliniques des différentes catégories professionnelles sollicitées par la nouvelle offre de services. La planification de cette implantation est très structurée: un fonctionnement par cycle est prévu, où chaque étape s'accompagne d'objectifs réalistes à atteindre sur un horizon

⁷ L'équipe de recherche est composée de Louise Fournier, Pascale Roberge, Denise Aubé, Astrid Boustrelle et Marie-Dominique Beaulieu. L'équipe est également composée d'une courtière de connaissance, d'une coordonnatrice de recherche et d'un répondant local dans chacun des six milieux expérimentaux.

⁸ Edward Wagner, « Chronic Disease Management: What Will It Take to Improve Care for Chronic Illness? », *Effective Clinical Practice*, vol. 1, n° 1, 1998, p. 2-4.

temporel de deux à trois ans. Une interface constante entre la pratique et la recherche sera également transversale à la démarche; elle respecte en cela la mission universitaire de l'établissement et témoigne de la confiance qui existe quant aux capacités d'innovation du milieu.

Chacune des étapes de l'implantation prévoit une place importante à la participation des acteurs du milieu à travers la création d'espaces collectifs permettant des réflexions et des décisions partagées. Cette participation s'inscrit comme une valeur organisationnelle portée par l'établissement⁹, mais tient également à la nature des changements introduits par le modèle de Wagner. On reconnaît le rôle majeur joué par les cliniciens et les gestionnaires touchés par les changements visés. En cela, on respecte le cœur du modèle de gestion des maladies chroniques qui repose sur des interactions productives entre la personne en besoin qu'on désire informée, active et motivée, une équipe de soins formée et proactive et une organisation engagée et interpellée par la qualité, la participation et la rétroaction¹⁰.

De façon concrète, les préoccupations au centre de l'application du projet au sein du CSSS concernent l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé mentale et la mise en place de mécanismes assurant, d'une part, la qualité des services et, d'autre part, leur amélioration de manière continue. D'ailleurs, un modèle logique visant à surveiller (monitor) l'implantation est produit en 2011¹¹. Pour le CSSS lui-même, la réalisation du plan d'implantation implique deux volets : l'établissement d'un partenariat explicite avec un organisme communautaire qui offre des services de groupe pour l'autogestion des soins de la dépression; et le développement dans l'équipe de traitement première ligne en santé mentale de onze groupes d'intervention se partageant des contenus psycho-éducatifs (n = 3) et thérapeutiques (n = 8)

⁹ Michel Arsenault, *Cadre de référence sur l'amélioration continue de la qualité*, Québec, Centre de santé et des services sociaux de la Vieille-Capitale, 2008.

¹⁰ Edward Wagner, *op. cit.*

¹¹ Alena Valderrama *et al.*, *Devis d'évaluation de l'implantation du projet Convergence*, Québec, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, Direction de la santé publique de la Capitale-Nationale, 2011.

des troubles anxieux et dépressifs. Quatre sites géographiques distincts sont mobilisés dans ce changement et environ une soixantaine de cliniciens sont touchés¹². Les groupes sont offerts principalement par des psychologues, des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux; la coanimation mixe les professionnels. En amont, le projet interpelle des médecins et des infirmières au moment où se font les références vers l'offre de groupe.

C'est en 2011 que le CSSS finance la réalisation de l'évaluation d'implantation de ces changements en utilisant en toile de fond le modèle de Wagner. C'est à ce moment qu'entre en jeu l'équipe d'évaluation pour mieux comprendre les écarts entre ce qui était planifié et ce qui s'est concrétisé. L'objectif général est de dégager au fur et à mesure de l'implantation des pistes de réflexion visant à soutenir les décisions à prendre pour renforcer l'amélioration recherchée des services. Cela implique de poser un regard sur la mise en place des modalités réflexives visant à répondre à l'objectif d'amélioration continue des services. À terme, ces dispositifs réflexifs permettraient au milieu d'innover en mode continu dans le champ de pratique des troubles anxieux et dépressifs; la démarche évaluative les inclut donc comme objet d'étude pour documenter leur fonctionnement et en tirer des apprentissages.

Dans le cas à l'étude, la complexité de l'environnement est une réalité quotidienne. Plus de 80 % des personnes ayant des troubles mentaux consultent en première ligne (par exemple : CSSS), où des services généraux sont normalement rapidement accessibles¹³. Les troubles anxieux et dépressifs visés par le projet constituent, par leur fréquence, une proportion importante des troubles mentaux courants. Les personnes qui consultent au CSSS ont en majorité déjà reçu des services médicaux généraux;

¹² Denise Aubé, Julie Descheneaux et Clément Beaucage, *Évaluation d'implantation de l'offre de services de groupe pour la clientèle ayant des troubles anxieux et dépressifs. Étude de cas du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale*, Québec, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, 2013.

¹³ Pascale Roberge *et al.*, *Projet Cible Qualité – Résultats de l'implantation: pour une meilleure qualité des soins et services de première ligne en santé mentale*, Le rendez-vous de la gestion des maladies chroniques: modèles, expériences et résultats, Montréal, 2010.

le recours à des services additionnels est souvent associé à des facteurs de complexité (par exemple : comorbidité, chronicisation, problématiques psychosociales)¹⁴.

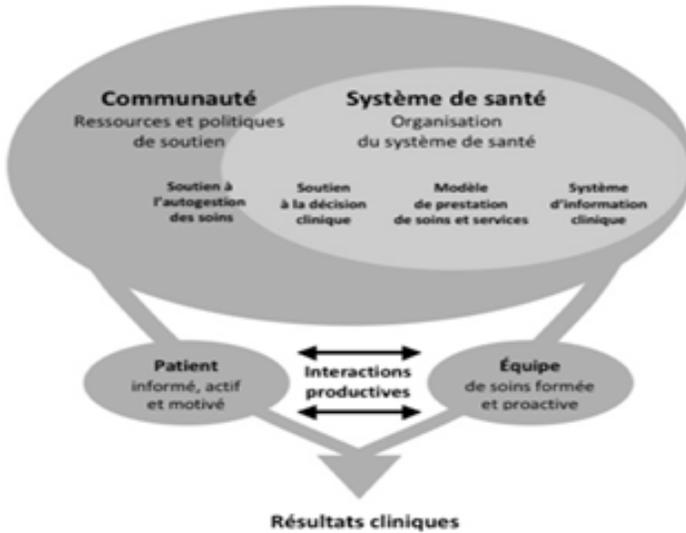
Les troubles anxieux et dépressifs sont de plus en plus considérés comme des problèmes susceptibles de récidiver ou de se chroniciser. C'est pourquoi le choix de structurer l'offre de services en utilisant le modèle de gestion des maladies chroniques de Wagner était pertinent, puisqu'il positionne les composantes clés avec lesquelles il faut composer dans un contexte de chronicité.

Le modèle implique d'intervenir sur six composantes interactives qui favorisent une cohésion dans l'intervention : le système de santé, notamment les valeurs véhiculées et les modes de gouvernance; l'aide à la décision clinique, à travers des mécanismes assurant un ancrage scientifique tant clinique qu'organisationnel; le modèle de prestation de services et de soins, qui se veut garant des mécanismes de continuité et d'un fonctionnement en équipe favorisant une participation interprofessionnelle cohérente et synergique; un système d'information clinique assurant la connaissance des personnes desservies, de leur parcours, de leur évolution clinique, et permettant conséquemment les rétroactions requises en temps opportun aux plans clinique et organisationnel; le soutien à l'autogestion des soins, pour favoriser l'implication des personnes; et le recours aux ressources et politiques de soutien de la communauté, pour explorer et utiliser des actions et interventions ayant une portée de promotion, de prévention ou de soutien à moyen et long termes¹⁵.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ Edward Wagner, *op. cit.*

Figure 1



2. Le projet d'évaluation et la méthodologie retenue

L'évaluation de l'implantation débute à l'automne 2011, au moment même où s'implante les nouvelles modalités de service. La méthode retenue est celle de l'étude de cas. Elle se justifie méthodologiquement parce que le phénomène étudié est difficile à distinguer de son contexte, qu'une importante quantité de variables ne peuvent être contrôlées¹⁶ et qu'il exige de recourir à de multiples sources d'information¹⁷.

Qui plus est, cette méthodologie permet de répondre à l'urgence de changer de paradigme dans le domaine de l'évaluation des stratégies d'application des connaissances et de l'implantation du changement¹⁸. Plusieurs modèles théoriques tentent d'interpréter, d'analyser et d'expliquer l'agencement des ingrédients à mettre en œuvre pour qu'un changement organisationnel inspiré

¹⁶ Robert K. Yin, « Enhancing the Quality of Case Studies in Health Services Research », *Health Services Research*, vol. 34, n° 5, 1999, p. 1209-1224.

¹⁷ Robert K. Yin, *Case Study Research: Design and Methods*, 4^e édition, Los Angeles, SAGE, 2009 [1989].

¹⁸ Trisha Greenhalgh, *op. cit.*

d'un modèle théorique tel que celui de Wagner puisse être réussi. Par exemple, Rachel Tabak et ses collaborateurs recensent plus de 61 modèles et cadres conceptuels qui tentent de mieux prédire l'utilisation des connaissances ou le succès du processus d'implantation du changement¹⁹. Par contre, nous en savons encore très peu sur l'arrimage concret avec le contexte organisationnel même si cela est considéré comme essentiel²⁰. La méthode de l'étude de cas est toute indiquée afin de révéler des enseignements sur cette adaptation puisqu'elle mise sur la compréhension de l'environnement complexe.

Les outils méthodologiques retenus sont de nature qualitative et quantitative. Ce devis mixte contribue à saisir la complexité du milieu et à approfondir la compréhension des résultats²¹. La réalisation du volet quantitatif est l'occasion de valider l'utilisation et l'utilité des indicateurs prévus au modèle logique dans une étape antérieure à l'implantation. Cela nécessitera plusieurs séances de travail avec l'archiviste principale pour identifier les adaptations possibles du système d'information du CSSS pour fournir les données ciblées (par exemple : la fréquence de participation au groupe, le délai d'attente, l'amélioration clinique des clients et des groupes, etc.) et les rendre accessibles aux intervenants et gestionnaires. Le volet qualitatif répond aux visées davantage formatives de l'évaluation et utilise comme source d'inspiration l'évaluation développementale au sens proposé par Michael Quinn Patton²². Ce choix est structurant pour com-

¹⁹ Rachel Tabak *et al.*, « Bridging Research and Practice: Models for Dissemination and Implementation Research », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 43, n° 3, 2012, p. 337-350.

²⁰ Annette Boaz, Juan Baeza et Alec Fraser, « Effective Implementation of Research into Practice: An Overview of Systematic Reviews of the Health Literature », *BioMedCentral (Research Notes)*, vol. 4, n° 212, 2011, <https://bmcresearchnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-4-212>; Byron Powell *et al.*, « A Compilation of Strategies for Implementing Clinical Innovations in Health and Mental Health », *Medical Care Research and Review*, vol. 69, n° 2, 2012, p. 123-157.

²¹ Valéry Ridde et Christian Dagenais, *Approches et pratiques en évaluation de programme*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2009.

²² Michael Quinn Patton, *Developmental Evaluation: Applying Complexity Concepts to Enhance Evaluation and Use*, New York, The Guilford Press, 2011.

prendre l'implantation du changement dans un environnement complexe et en évolution dynamique constante. Il permet de recueillir en cours d'implantation les réactions des cliniciens et gestionnaires concernés par le changement, de décrire l'évolution du projet en cours d'implantation et d'identifier ses forces et ses limites. Ces données alimentent aussi les processus réflexifs mis en place pour le volet d'amélioration continue de la qualité.

Le volet qualitatif de l'évaluation s'est révélé d'un grand secours non seulement pour en décrire la complexité, mais aussi pour comprendre les changements implantés et l'environnement dynamique en mutation. Rapidement, deux collectes distancées de six mois sont prévues auprès des cliniciens et gestionnaires impliqués dans la réalisation de l'implantation. Dans ce volet, la méthodologie de la collecte et de l'analyse s'ancre dans un caractère itératif de coconstruction. Les objectifs d'implantation tel que définis dans le modèle logique sont questionnés à la lumière de la réalité, de la perception et des attentes de ces cliniciens et gestionnaires et deviennent par la suite des clés pour interpréter les résultats d'évaluation. Dans le cadre de cet article, nous nous intéressons plus spécifiquement aux apprentissages concernant le déploiement d'espaces réflexifs dans le cadre d'une recherche partenariale. Ils sont issus du volet qualitatif de l'évaluation. Au total, 45 personnes ont participé à l'une ou plusieurs des collectes de données qualitatives : 12 entretiens individuels semi-dirigés, 9 entretiens téléphoniques semi-dirigés, 17 entretiens téléphoniques structurés, 5 focus groups (groupes de discussion), 10 observations participantes, 3 entretiens non structurés.

3. Espaces réflexifs et amélioration continue de la qualité

Pour respecter la démarche proposée par le modèle de gestion des maladies chroniques de Wagner et assurer une cohésion dans la démarche d'implantation entre les cliniciens, il fallait développer un mécanisme d'amélioration continue de la qualité. Le choix se porte sur la création de plusieurs espaces réflexifs permettant de s'ajuster aux différentes composantes de l'environnement et de tirer des apprentissages des changements introduits. La création

de ces comités découle des valeurs participatives inhérentes au mode de gestion de l'organisation et est renforcée par le besoin d'établir une meilleure cohésion interprofessionnelle et multi-site.

Au départ, les modalités réflexives prévoient dans une forme idéalisée la formation de douze comités de suivis. Chaque groupe d'intervention implantée au CSSS (onze au total, soit trois groupes psycho-éducatifs et huit groupes thérapeutiques) doit se doter d'un tel comité et un douzième comité doit faire le lien avec l'organisme communautaire partenaire. Ces espaces réflexifs n'ont pas été actualisés au cours de la démarche d'implantation. Ce constat fait suite à la première année d'implantation des groupes et questionne l'équipe d'évaluation. On s'interroge alors sur ce que signifie cette pratique réflexive pour les acteurs du milieu et sur le processus d'amélioration continue de la qualité le plus adéquat dans le contexte du CSSS, dans cet environnement complexe et dynamique.

Chaque comité devait réunir un facilitateur en tant que clinicien responsable d'animer la démarche de suivi – un spécialiste du contenu psycho-éducatif ou thérapeutique du groupe reconnu par ses pairs – ainsi que l'ensemble des coanimateurs de groupes formés sur chacun des sites et dans les différents corps d'emploi. À moyen ou long terme, les douze comités avaient comme objectifs d'être autonomes dans le développement clinique des contenus et la planification des interventions. Ces comités de suivis devenaient des espaces d'apprentissages entre pairs pour développer et améliorer leur expertise clinique par des échanges avec les collègues. Ces apprentissages devaient être soutenus par des systèmes d'information permettant de connaître la clientèle desservie et de dégager une certaine vision systémique du projet, en continu, ce qui s'inscrit dans les visées du modèle de Wagner²³.

Les comités de suivis devaient également être les gardiens des bonnes pratiques en assurant de hauts standards de qualité des groupes dans un environnement marqué par de fréquents

²³ Edward Wagner, Brian Austin et Michael Von Korff, « Organizing Care for Patients with Chronic Illness », *The Milbank Quarterly*, vol. 74, n° 4, 1996, p. 511-544.

changements. Les bonnes pratiques sont définies à partir des données scientifiques disponibles mais aussi à partir des savoirs détenus par les cliniciens de l'établissement²⁴ et ils devaient être partagés et se consolider dans les comités grâce à l'environnement de partage de connaissances créé entre les cliniciens. En plus, cette expertise devait s'améliorer continuellement grâce à l'apport d'informations de qualité, c'est-à-dire des données collectées en temps réel sur la clientèle desservie et des données scientifiques alimentées par les revues. On accorde, dans cette démarche, une importance au fait qu'il s'agisse de pratiques adaptées en contexte d'une pratique de première ligne. Celle-ci se distingue de services spécialisés par une approche plus globale qui cherche à enrichir le traitement médical déjà reçu; elle cherche à établir des sélections moins strictes des clientèles et la mise en commun d'expertises professionnelles diversifiées pour intégrer dans les interventions de groupe la réalité des parcours de vie difficiles (par exemple : pauvreté, violence) et la présence fréquente de plusieurs problématiques de santé mentale (par exemple : cohabitation de troubles anxieux et dépressifs).

3.1 Les défis de l'application

Il a été difficile de rendre actif ces espaces réflexifs dans la démarche d'implantation, bien que l'évaluation ait comme objectif de départ de soutenir leur implantation. De prime abord, la complexité avec laquelle doivent composer les comités de suivis n'est pas seulement d'ordre clinique, mais également opérationnel et logistique. Or les cliniciens ne sont pas outillés pour agir à ces niveaux et n'ont pas démontré d'intérêt pour s'y investir. Par contre, la comorbidité de la clientèle et les parcours singuliers dans les services de l'établissement les préoccupaient, confirmant leur intérêt pour la complexité clinique des clientèles. Il a donc fallu opérationnaliser la création des zones d'autonomie professionnelle clinique et les distinguer de celles partagées avec les

²⁴ Denise Aubé, Hélène Brouillet et Rodrigue Côté, *Facteurs facilitant l'amélioration des pratiques en rapport avec l'évolution des connaissances: le passage d'un projet de recherche à un projet organisationnel*, Montréal, Journées annuelles de santé mentale, le 15 mai 2012.

gestionnaires responsables pour que les cliniciens puissent assumer pleinement leur leadership clinique. Nous reviendrons dans la section 4 de cet article sur le fonctionnement du comité de soutien à l'implantation réunissant majoritairement les gestionnaires responsables des équipes concernées.

L'évaluation démontre que les cliniciens n'ont pas accès en temps réel aux données nécessaires pour assurer une prise de décision informée, ce qui constitue un obstacle majeur au processus d'implantation des comités de suivis en tant qu'espace réflexif autonome²⁵. Les données colligées concernent essentiellement les niveaux de participation et d'absentéisme de la clientèle, la satisfaction des interventions et l'amélioration clinique de la clientèle à l'aide d'un questionnaire standardisé. Le besoin d'information clinique visant à soutenir les cliniciens n'est que partiellement couvert, le questionnaire répondant davantage à des préoccupations administratives. De plus, la saisie de données est difficile à intégrer à leur contexte de travail (par exemple : manque de temps). En outre, les données sont trop souvent partielles (par exemple : on a des données incomplètes pour le tiers des clients d'un même groupe) et rendent difficile un soutien aux décisions cliniques. Force est de constater qu'il s'avère difficile d'introduire dans la routine clinique des animateurs des groupes l'inscription systématique des données demandées.

Pourtant, l'évaluation met en évidence le déploiement d'une stratégie d'application des connaissances qui avait fait ses preuves afin de soutenir la mise en place de cette routine, incluant une combinaison d'activités visant à bien outiller les cliniciens pour le monitoring adéquat des informations concernant la clientèle²⁶. Celles-ci incluent une formation de groupe pour chacun des quatre sites, un soutien individuel personnalisé, un guide d'utilisateur disponible en version papier et électronique spécialement

²⁵ Denise Aubé, Julie Descheneaux, Clément Beaucage, *op. cit.*

²⁶ Annette Boaz, Juan Baeza et Alec Fraser, *op. cit.*; Mathew Prior, Michelle Geerin et Karen Grimmer-Somers, « The Effectiveness of Clinical Guideline Implementation Strategies – A Synthesis of Systematic Review Findings », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 14, n° 5, 2008, p. 888-897.

conçu pour les cliniciens et la diffusion des ressources de soutien technique destiné aux utilisateurs de l'établissement.

Ces données disponibles en temps réel – c'est-à-dire avant la fin du semestre de l'intervention de groupe – visent à améliorer leur prise de décision clinique grâce à un regard global sur la clientèle et le groupe. Mais l'évaluation permet d'observer que ce sont les pratiques antérieures de réflexion qui ont perduré pour soutenir la prise de décision clinique. Les coanimateurs se rencontraient pour discuter des clients et des groupes sans prendre en compte les données nouvellement colligées qui fournissaient, ainsi que cela a été mentionné ci-haut, des informations sur la participation et l'absentéisme, la satisfaction des interventions et l'amélioration clinique de la clientèle selon un questionnaire standardisé. Les coanimateurs ne voyaient pas, pour reprendre le terme de Patton, l'utilité de ces données dans leur pratique d'intervention²⁷. Par ailleurs, comme les données colligées sont incomplètes, il demeure impossible de démontrer leur valeur-ajoutée au plan clinique. Aussi, ils ont continué à se fier à leurs réflexes cliniques sans les enrichir de leur analyse des données disponibles sur la clientèle et le groupe. Le système d'information clinique proposé dans le modèle de Wagner peine à s'implanter et l'analyse des données obtenues n'arrive pas à supplanter les démarches informelles usuelles. Le rôle des espaces réflexifs des comités de suivis ne se concrétise donc pas.

Ces comités de suivis devaient aussi réunir tous les animateurs d'un même groupe en vue de soutenir un processus continu de développement professionnel visant à consolider leur expertise. Mais ce qu'observe l'équipe d'évaluation, encore là, c'est ce réflexe bien ancré des cliniciens de consulter les collègues de proximité au lieu des collègues qui prennent part à leur comité de suivis, malgré la volonté d'implanter des espaces réflexifs plus formels. Ce réflexe de consultation des collègues de proximité est documenté dans la littérature sur la hiérarchisation des sources de

²⁷ Michael Quinn Patton, *Utilization-Focused Evaluation*, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, SAGE, 2008.

connaissances dans le milieu de la santé et des services sociaux²⁸. Or ces comités sont le moyen envisagé pour développer une forte expertise au sein de l'établissement pour chacune des approches offertes dans les groupes de même que pour mieux répondre au roulement de personnel et aux défis de composer avec des professions multiples et plusieurs sites géographiques. Ils auraient permis de disséminer par la suite cette expertise à la grandeur de l'établissement.

3.2 L'analyse et les constats

Les cliniciens rapportent lors de l'évaluation deux préoccupations pertinentes pour notre analyse. La première concerne le choix de former douze comités de suivis, un nombre jugé élevé. Cela favorise à leurs yeux une spécialisation qui, bien que ressentie comme nécessaire étant donné la diversité de la clientèle, doit mieux tenir compte de leur contexte de pratique. Le processus prévu comprend la nomination d'un facilitateur pour chacun des comités (un clinicien responsable d'animer la démarche). Or le processus de sélection a connu des écueils. Au lieu d'être volontaire tel que planifié, ou choisi par les pairs tel que recommandé dans la littérature²⁹, les facilitateurs ont des histoires de sélection diversifiées. Cela crée chez quelques-uns d'entre eux (près du 1/3 selon les résultats d'évaluation) un ressentiment négatif. Tous par contre sont fiers d'avoir été sélectionnés, ce qui favorise en contrepartie leur adhésion au projet.

Le nombre élevé de facilitateurs favorise des écarts entre les niveaux d'expérience et d'expertise des uns et des autres, aussi dans les sources de motivation et le degré de réceptivité. Ils doivent animer la démarche réflexive, mais il y a trop de variations dans l'expression de leurs besoins pour que l'organisation puisse les soutenir de façon optimale dans ce rôle. À titre d'exemple, les types de soutien documentés sont très différents d'un clinicien à l'autre : mentorat, ateliers de travail entre pairs,

²⁸ François Chagnon *et al.*, *op. cit.*

²⁹ Brendan McCormack *et al.*, « A Realist Review of Interventions and Strategies to Promote Evidence-Informed Healthcare: A Focus on Change Agency », *Implementation Science*, vol. 8, 2013, p. 107.

supervision par des spécialistes externes. Or, chaque demande exige des modalités d'accompagnement différentes et interpelle des acteurs et des processus différents dans l'organisation; il n'est pas possible de répondre à l'ensemble des besoins.

La deuxième préoccupation rapportée par les cliniciens concerne la création d'une interface d'échanges réflexifs entre des collègues d'horizons professionnels différents, ce qui représente en soi un défi. Il fallait envisager la création d'un réservoir de connaissances et de pratiques communes, développer un langage commun et de nouveaux outils de travail (par exemple : une grille d'évaluation clinique qui respecte les exigences des différents ordres professionnels impliqués) pour réussir cet arrimage d'une coanimation interprofessionnelle. Cela nécessite la création d'une interface avec une autre direction que celle de la santé mentale pour être soutenu dans le développement de ce changement, soit celle qui est responsable de la qualité des services dans laquelle se retrouvent les conseillers-cadres de chaque profession. Il faut ici innover, et l'environnement externe est interpellé sur les voies à suivre pour réussir l'arrimage de coanimation interprofessionnelle. Ainsi les cliniciens, les conseillers-cadres et même parfois les gestionnaires ont interpellé les ordres professionnels nationaux pour trouver les réponses. Mais elles étaient rarement satisfaisantes ou éclairantes puisqu'eux-mêmes ont été confrontés à l'introduction d'une innovation dans ce type de collaboration interprofessionnelle.

Le comité d'évaluation conclut qu'il est trop tôt dans l'implantation du changement pour que les comités de suivis envisagés puissent assurer pleinement leur rôle d'espace réflexif dans la démarche d'amélioration continue de qualité. La complexité de l'environnement confronte les cliniciens à des obstacles inattendus et une certaine stabilité doit d'abord s'installer avant que les comités de suivis puissent exercer un rôle réflexif sur la pratique clinique. Il faut créer une complicité organisationnelle incluant une interface plus naturelle entre les directions concernées; il faut permettre une évolution des rôles ou des pratiques professionnelles dans les services impliqués (par exemple : des conseillers-

cadres, des archivistes) ainsi que dans l'environnement externe (par exemple : des ordres professionnels nationaux).

Parallèlement, le comité d'évaluation se questionne sur les attentes initialement prévues par le processus d'amélioration continue, pour mieux comprendre les objectifs sous-jacents à la création de ces comités. Il se questionne sur le choix des moyens retenus pour opérationnaliser la formation d'espaces réflexifs. Aurait-il été plus porteur pour la démarche et pour la pérennisation des changements de procéder par étape, d'introduire d'abord des ingrédients favorables à la réflexivité en cherchant à ce que celle-ci s'installe graduellement, au moment opportun?

Un exemple va dans ce sens. L'équipe d'évaluation observe qu'assez naturellement un autre espace de réflexion s'est créé chez les cliniciens. Les facilitateurs de chacun des douze comités de suivis ont pris l'initiative de se rencontrer dans un comité ad hoc afin de partager leurs préoccupations, d'échanger sur les obstacles rencontrés et d'ajuster leur démarche. Cet espace d'échanges consolide leur engagement dans la démarche et leur donne un réel pouvoir d'action non seulement dans l'amélioration des groupes, mais aussi dans l'implantation du changement. Ils deviennent ainsi partie prenante du changement et développent une plus grande confiance quant à leur rôle³⁰.

L'évaluation du projet met en évidence l'importance d'ajuster la démarche et certains de ses objectifs pour conserver l'engagement et la mobilisation et mieux répondre aux attentes des cliniciens. Les résultats deviennent une opportunité de mieux répondre à la complexité en actualisant différemment la participation des cliniciens au processus de changement³¹. En fait, la valeur participative qui structure la démarche depuis le départ constitue un puissant incitatif à régler les problèmes surgissant en cours d'implantation. Elle demeure un repère pour la mise en place

³⁰ Hélène Laperrière, « Une pratique réflexive collective de production de connaissances dans la lutte communautaire contre le VIH/sida au Québec », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 22, n° 1, 2009, p. 77-91; Michael Quinn Patton, *op. cit.*, 2011.

³¹ *Ibid.*

d'espaces réflexifs et contribuer aux processus d'amélioration en continu de la qualité des groupes mis en place.

4. L'interaction continue entre la recherche et la pratique

La posture du comité d'évaluation, qui s'inspire de l'évaluation développementale, est propice à réaliser des enseignements à un deuxième niveau. L'implantation des nouveaux modes de services s'est faite graduellement à partir de cycles successifs dont certains se sont basés sur une collaboration plus étroite entre la recherche et la pratique pour accompagner, à des moments plus opportuns, l'introduction du changement dans le milieu organisationnel. On mise alors sur une interaction particulièrement productive et efficace entre chercheurs et utilisateurs de connaissances³². Au niveau opérationnel, ce mode de fonctionnement alimente la pratique réflexive même s'il n'avait pas été mise en œuvre dans l'objectif précis de soutenir cette modalité. Nous nous concentrons ici sur les apprentissages tirés de la phase d'évaluation de l'implantation pour illustrer nos propos. Nous décrirons d'abord ces espaces de collaboration recherche-pratique et nous analyserons par la suite l'apport au processus d'application des connaissances par le soutien apporté à la démarche réflexive.

4.1 Les espaces de collaboration recherche-pratique

Deux importants espaces de collaboration encadrent la démarche : le comité d'évaluation et le comité de soutien à l'implantation. Le comité d'évaluation est un espace d'accompagnement de la démarche d'implantation. Il est un lieu où des échanges structurés approfondissent la démarche, la questionnent, la remettent en question et discutent de ses forces et des correctifs nécessaires. L'implication active d'un cadre de la haute direction facilite la cohésion avec le milieu et l'utilisation de ces réflexions au sein de l'organisation. Il démontre également l'engagement de la

³² Marie-Joëlle Gervais et François Chagnon, *Modélisation des déterminants et des retombées de l'application des connaissances issues de la recherche psychosociale*, Montréal, Chaire CJM-IU-UQAM d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté, 2010.

haute direction envers le projet d'implantation, une condition faisant partie intégrante des déterminants de l'application du modèle de Wagner. Plusieurs des pistes retenues lors de l'implantation ont un caractère exploratoire et l'évaluation cherche à démontrer la pertinence ou non de les conserver. On cherche à mieux comprendre leur portée dans la réalité complexe de l'organisation et à dégager dans cet environnement en changement un portrait plus clair des meilleurs choix et des meilleures décisions à prendre.

Le comité de soutien à l'implantation réunit les trois gestionnaires de programme et les quatre coordonnateurs des équipes locales (un par site géographique). Sous la supervision du directeur en santé mentale, le comité assure une cohésion entre les sites et une meilleure planification des services offerts. Ce lieu de rencontre n'existait pas dans l'équipe de santé mentale et il est dès le départ très apprécié pour favoriser le sentiment d'appartenance. Le comité est constamment interpellé, au départ, pour répondre aux demandes très opérationnelles des cliniciens : trouver de nouveaux locaux pour offrir les groupes, améliorer le système d'informatisation avec les archives, etc. Il représente une modalité nécessaire pour soutenir l'engagement des cliniciens et pour les dégager dans la mesure du possible des problèmes logistiques.

De surcroît, deux courroies de transmission dynamisent les arrimages, soit l'agente de recherche et d'évaluation et le cadre responsable de la démarche. Ils font régulièrement des allers-retours entre les cliniciens et les différents lieux d'échange (comité d'évaluation, comité de soutien à l'implantation et comité ad hoc des facilitateurs) soit dans le cadre structurée de l'évaluation, soit de façon informelle.

4.2 L'apport au processus d'application des connaissances

L'efficacité de la collaboration recherche-pratique dans le processus d'application des connaissances est reconnue dans la littérature³³. Par contre, il est généralement difficile d'y déceler des modalités généralisables hormis la posture épistémologique de coconstruction en tant que telle. Dans le cas du CSSS, les espaces de collaboration entre la recherche et la pratique ont accompagné la démarche réflexive de l'organisation de multiples façons. Cette analyse permet de mieux comprendre les modalités de soutien nécessaires à l'accompagnement de la démarche réflexive dans le cadre d'une recherche : la posture épistémologique, la création d'alliances et le fonctionnement par cycle.

4.2.1 La posture épistémologique

Un des ingrédients essentiels pour laisser émerger l'innovation est la posture épistémologique de l'équipe de recherche. Dans l'évaluation développementale, son rôle est de faciliter la période de transition dans laquelle s'implante l'innovation et de rester à l'affût des multiples possibilités. L'évaluateur est partie intégrante du milieu afin d'en saisir la complexité et de réintroduire en temps réel des questionnements ou des pistes d'analyses. Il correspond ici à la représentation que fait Encyclopedia of Evaluation de l'évaluation développementale : « Dans l'évaluation développementale l'évaluateur devient généralement un membre de l'équipe du programme ou de l'implantation de l'innovation, participant pleinement dans les décisions et facilitant les discussions à propos des interprétations évaluatives des événements³⁴ ».

³³ Ian D. Graham *et al.*, « Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? », *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 26, n° 1, 2006, p. 13-24; Rebecca LaRocca *et al.*, « The Effectiveness of Knowledge Translation Strategies Used in Public Health: A Systematic Review », *BMC Public Health*, vol. 12, n° 751, 2012.

³⁴ Traduction libre: « In developmental evaluation the evaluator typically becomes part of the program or innovation design team, fully participating in decisions and facilitating discussion about how to evaluate whatever happens » (Mathison, 2005, p. 116 cité dans Michael Quinn Patton, *op. cit.*, 2011, p. 20).

Différents moments stratégiques ont permis de réintroduire auprès d'acteurs clés des constats ou des interrogations. Dans le cadre de cette évaluation d'implantation, cette utilisation en temps réel des résultats s'avère importante. C'est le cas notamment dans le cadre des observations participantes au sein du comité de soutien à l'implantation mis en place pour accompagner les changements dans les équipes en santé mentale. C'est également le cas grâce à l'étroite collaboration qui a pris forme avec des utilisateurs (gestionnaires et cliniciens) tout au long du projet, notamment avec la haute direction qui siègeait au comité d'évaluation avec les chercheurs. Les occasions de rencontres et de partage d'information sont ici au rendez-vous.

4.2.2 *La création d'alliances*

L'interaction continue entre la recherche et la pratique a également facilité la création d'alliances pour pérenniser le projet. Alors que les changements introduits se concentrent dans la direction de la santé mentale, et plus précisément au niveau du traitement des troubles anxieux et dépressifs en première ligne, il devient rapidement évident que l'ensemble de l'organisation est sollicité dans le soutien au changement. Les alliances à créer sont multiples afin d'atteindre l'objectif commun de la mise en œuvre de la nouvelle offre de groupes : avec la direction de l'amélioration continue dans laquelle se retrouvent les conseillers-cadres des différentes professions concernées, avec les archives pour l'informatisation des données et la création de nouveaux formulaires à classer dans les dossiers, avec le centre de documentation pour être à l'affût des nouvelles recensions des écrits et adapter l'offre de groupes, etc. Ces ressources disponibles au CSSS détiennent des mandats et des responsabilités dont la mobilisation est essentielle pour soutenir les cliniciens et les gestionnaires dans le processus d'implantation.

Les obstacles rencontrés ont surpris par leur nature. Il a fallu créer de nouvelles alliances au sein de l'organisation pour trouver des solutions aux problèmes rencontrés et permettre à l'innovation de se pérenniser. Les nombreuses occasions d'interactions et le

dynamisme des échanges sont devenus des appuis fondamentaux pour développer les collaborations et au besoin en créer de nouvelles. Ainsi, les questionnements du comité de soutien ou du comité ad hoc des facilitateurs ont pu trouver des réponses de la part du comité d'évaluation ou être réintroduits dans la collecte de données. Du même coup, il a été possible de réaliser un ajustement mutuel en temps opportun des questions pertinentes à poser, des changements à introduire, des interventions à susciter dans le contexte organisationnel³⁵.

4.2.3 *Le fonctionnement par cycle, structuré par des outils de travail collectifs*

Dans le cadre des changements implantés au CSSS, cette interaction continue avec les savoirs scientifiques lors de l'accompagnement des évaluateurs s'est avérée structurante pour la démarche. Le projet d'application des connaissances Cible Qualité 1 conclut que les espaces de collaboration recherche-pratique sont appréciés par les participants de l'ensemble des milieux à l'étude³⁶. Au-delà de la satisfaction, le fonctionnement par cycle avec des objectifs réalistes à chacune des phases permet de structurer la démarche réflexive et d'en tirer des retombées importantes dans le processus de changement.

Chaque cycle comprend des productions pérennes qui peuvent être consultées : par exemple un rapport, un cartable synthèse des connaissances à introduire, une affiche synthèse, des fiches de contenus des groupes, des algorithmes décisionnels pour soutenir la prise de décision clinique, des organigrammes pour situer la trajectoire de la clientèle, des tableaux synthèses des groupes. Ces écrits constituent un réservoir de connaissances fonctionnelles où des connaissances scientifiques sont adaptées à

³⁵ Stirman Wiltsey *et al.*, « A Randomized Controlled Dismantling Trial of Post-Workshop Consultation Strategies to Increase Effectiveness and Fidelity to an Evidence-Based Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder », *Implementation Science*, vol. 8, n° 82, 2012, <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-8-82>.

³⁶ Louise Fournier *et al.*, *Improving Quality in Primary Mental Healthcare: A Knowledge Application Program*, Vancouver, Canada, 2009.

la réalité de l'organisation et deviennent utilisables par les cliniciens et les gestionnaires tout autant qu'utiles à leur prise de décision. Chaque cycle est également accompagné d'activités de transfert des connaissances pour que cliniciens et les gestionnaires puissent se les approprier. Ce type de fonctionnement est crucial pour introduire un changement d'une nature innovante dans une organisation complexe telle que le réseau de la santé. Il permet d'avoir un réservoir de connaissances fonctionnelles pour opérationnaliser la réflexivité. Les cycles ont une portée d'une à deux années et ils favorisent les bilans, le sentiment d'avancer, une redynamisation de la démarche, le passage à de nouveaux objectifs. Ils favorisent le mouvement perpétuel et l'adaptation en continu.

Les visées d'application des connaissances des différentes collaborations entre la recherche et la pratique dans les phases du projet permettent de formaliser les savoirs tacites des cliniciens et de vulgariser davantage les savoirs scientifiques. De simples outils de travail aident à la réflexion dans l'action par des allers-retours constants pour s'assurer de conserver le sens de la démarche. Par exemple, des aide-mémoires portant sur les composantes du modèle de gestion des maladies chroniques favorisent une lecture plus systémique de la réalité. Aussi, des algorithmes décisionnels sur la trajectoire de la clientèle permettent de formaliser les décisions prises collectivement sur les critères d'inclusion aux groupes. En partageant ces informations et en les ayant sous la main lors des rencontres, les cliniciens et les gestionnaires les utilisent davantage dans leurs prises de décision et les questionnent plus facilement. L'idée n'est pas de les appliquer à tout prix, mais de comprendre les raisons motivant les choix qui ont structuré l'historique du projet afin d'offrir une opportunité pour les améliorer. Ils deviennent des outils collectifs de partage.

Le fonctionnement par cycle se prête à des enseignements collectifs à chacune des phases et favorise les ajustements requis, y compris lorsque des zones conflictuelles ou ambiguës émergent concernant les rôles, les responsabilités, les partenariats. Les outils

de travail collectifs deviennent un rappel du trajet parcouru et parfois même des symboles de l'engagement de tous les membres de la direction de la santé mentale, ce qui facilite le passage à la résolution collective des problèmes. Le fonctionnement par cycle est l'occasion d'introduire des nouveautés et de laisser de côté des idées non fructueuses. Ces ajustements s'éloignent d'une vision linéaire de l'amélioration continue et se rapprochent de ce que Patton appelle le développement du cycle d'adaptation de l'innovation abordé dans la section suivante.

En somme, les espaces de collaboration recherche-pratique permettent de réfléchir collectivement, de créer de nouvelles alliances, de travailler les connaissances scientifiques pour les adapter à la réalité complexe de l'établissement et de sa clientèle, de poser des questionnements et d'en tirer des enseignements. Ils sont néanmoins autre chose que de simples espaces de travail ou de réflexion qui libèrent de la charge de travail quotidien : ils s'insèrent dans un cycle de changement perpétuel où la créativité des cliniciens et des gestionnaires est constamment mise à profit. Ces derniers en viennent à créer de nouveaux outils de travail au quotidien et, dans le même mouvement, à créer de nouveaux problèmes qu'ils doivent résoudre. Ils doivent alors structurer une réflexion pour résoudre de façon pragmatique le problème qui surgit tout en conservant une vision systémique. La collaboration recherche-pratique soutient la réflexivité efficacement par sa posture épistémologique, par la création de nouvelles alliances et par des interfaces dynamiques d'échange. Elle est soutenue par un fonctionnement par cycle qui favorise l'appropriation des nouvelles connaissances.

5. Les enseignements à tirer pour la littérature

Patton a enrichi considérablement les réflexions qui nous intéressent sur la réflexivité et les pistes pour l'introduire lors de l'implantation d'un changement en proposant un cycle d'adaptation de l'innovation³⁷. Il nous donne en plus une piste d'interprétation pour mieux comprendre l'échec d'implantation des douze comités

³⁷ Michael Quinn Patton, *Developmental Evaluation...*, *op. cit.*, p. 189.

de suivis comme espace réflexif pour le développement et l'amélioration de l'offre de service implanté.

Patton formalise un cycle en quatre temps lors de l'implantation d'une innovation³⁸: une phase conservatrice (un programme ou une façon de faire domine), une phase de déclenchement (le programme n'est plus adapté à l'environnement), une phase de réorganisation (de nouvelles idées ou façons de faire sont générées et explorées) puis une dernière phase d'amélioration jusqu'à ce que la stabilité d'une pratique dominante se réinstalle. L'incertitude et la déstabilisation caractérisent la réorganisation³⁹. C'est la phase qui est associée à l'implantation du changement de pratique. C'est la phase innovante en tant que telle, qui survient avant la pérennité. L'exemple de l'implantation du modèle de Wagner au CSSS illustre les difficultés d'implanter un processus d'amélioration continue de la qualité qui est adaptée à la troisième et la quatrième phase simultanément. Un environnement complexe tel qu'un CSSS nécessite une phase d'adaptation.

Dans le cas du CSSS à l'étude, la réorganisation touche l'offre de service (implantation de l'offre de groupes) et de nouvelles modalités de travail pour les cliniciens (par exemple la collaboration interprofessionnelle), mais également la structure de gouvernance et des outils de travail utilisés par les cliniciens (par exemple le système informatique). Nous avons vu que les comités de suivis n'ont pas été en mesure d'actualiser le dispositif réflexif prévu pour soutenir l'amélioration des pratiques. Par contre, le mode de gestion axé sur la participation des cliniciens et l'interaction continue entre la recherche et la pratique permettent de favoriser l'exercice de la pratique réflexive à d'autres niveaux. L'apprentissage est possible par la mise en place des « systèmes internes permettant la capture et le partage des connaissances⁴⁰ » auxquels la collaboration recherche-pratique et le fonctionnement

³⁸ *Ibid.*, p. 207.

³⁹ *Ibid.*, p. 210.

⁴⁰ Michael Austin, « Strategies for Transforming Human Service Organizations into Learning Organizations: Knowledge Management and the Transfer of Learning », *Journal of Evidence-Based Social Work*, vol. 5, n° 3, 2008, p. 571, traduction libre.

par cycle ont grandement contribué. La création d'interfaces pour arrimer les savoirs scientifiques, administratifs et cliniques s'est avérée être un dispositif central.

L'idée de départ de fournir les informations adéquates à la prise de décision éclairée des comités de suivis est conservée, mais opère à un niveau qui correspond davantage au besoin du milieu dans cette phase de l'introduction du changement. Avant d'entrer dans la phase purement formative d'amélioration des services (la quatrième phase du cycle d'adaptation), il faut, pour reprendre l'idée de Patton, adapter le modèle de Wagner à la complexité organisationnelle. L'environnement complexe et la nature novatrice du changement à introduire déstabilise en profondeur le milieu de travail et la participation active des facilitateurs est un rempart pour réfléchir et composer avec cette complexité. En se rencontrant ponctuellement, ceux-ci adaptent le modèle de Wagner en s'impliquant et en innovant.

Les espaces réflexifs prévus au départ ont été réfléchis pour assurer un rôle d'apprentissage collectif. Or, l'incertitude dans l'implantation du changement déstabilise les cliniciens qui se questionnent sur les meilleures modalités à implanter. Ils ont besoin de composer avec la complexité avant d'enraciner les façons de faire dans un modèle d'application précis. Ils veulent, en d'autres termes, continuer à réfléchir sur l'offre de service, sur les rôles et sur les modalités pour instaurer l'amélioration continue de la qualité.

La stratégie globale favorise la réflexivité parce qu'elle permet la flexibilité nécessaire à la création d'espaces de travail partagé pour tirer des apprentissages collectifs, même s'ils vont à l'encontre des objectifs de départ. Le nouvel espace de réflexivité créé par les cliniciens ne se limite pas à un rôle de consultation pour appliquer les orientations générales du projet; il sert surtout à réfléchir au projet d'implantation en lui-même. Étant donné l'environnement complexe et la dynamique du changement à introduire, ils doivent dépasser la résolution de problèmes. Ils portent un regard systémique où le modèle théorique de Wagner doit se conjuguer à l'expérience pratique pour devenir un résér-

voir de solutions. Patton précise : « Apporter des changements pour avoir des résultats immédiats est un apprentissage en boucle simple; apporter des changements au système, pour prévenir le problème ou pour intégrer la solution dans un système en changement, implique un apprentissage en double boucle⁴¹ ».

Pour Patton, il est impossible de contrôler l'ensemble des composantes du changement qui s'opère. Pour illustrer ses propos, il parle de l'effet papillon : la prédictibilité est impossible dans un environnement complexe et nous ne pouvons pas prétendre connaître, comprendre ni interpréter l'ensemble des variables du phénomène à l'étude. Autrement dit, même avec une excellente planification du changement, il y a inévitablement des réorganisations non prévues qui s'installent en cours d'implantation d'une innovation. Pour aller au-delà de cette complexité dans l'univers en changement, il faut se donner les moyens d'introduire des façons de faire pour composer avec cette complexité. Le changement est rapide⁴² et il importe de tirer des apprentissages dans l'action⁴³. Ces apprentissages sont autant issus des bons coups que de ceux qui n'ont pas fonctionné : « la plupart des choses qui sont essayées ne fonctionneront pas; quelques-unes oui »⁴⁴.

Patton outille à mieux comprendre que le post mortem d'un échec pave la voie vers la nouveauté. L'échec peut être créateur et ouvrir sur l'exploration et l'émergence de solutions mieux adaptées à la complexité de l'environnement. Dans notre exemple, la non-actualisation des comités de suivis est révélatrice du niveau de complexité de l'environnement. Au lieu de perdurer dans l'implantation à tout prix de ces comités afin d'atteindre les indicateurs ciblés, le milieu de pratique les a mis sur la glace et a privilégié des espaces collectifs de travail mieux adaptés à la

⁴¹ Traduction libre: « Making changes to improve immediate outcomes is single-loop learning; making changes to the system either to prevent the problem or to embed the solution in a changed system involves double-loop learning ». Tiré de Michael Quinn Patton, *Developmental Evaluation...*, *op. cit.*, p. 11.

⁴² *Ibid.*, p. 210.

⁴³ *Ibid.*, p. 206.

⁴⁴ *Ibid.*, p. 206, traduction libre.

complexité telle qu'elle se présentait à ce moment de l'implantation. L'exemple du comité des facilitateurs est évocateur : il devient davantage important de conserver la réceptivité des cliniciens et de leur permettre de s'exprimer sur les obstacles que de perdurer dans l'idée originale d'implanter douze comités de suivis.

Autrement dit, Patton nous fait comprendre avec son cycle d'adaptation à l'innovation qu'il est impossible pendant l'implantation du changement dans cet environnement complexe d'instaurer douze comités de suivis pour opérationnaliser une démarche réflexive. Par contre, il est nécessaire d'introduire les ingrédients nécessaires au soutien des apprentissages collectifs; il faut donc soutenir la création d'une pratique réflexive. Le regard et la souplesse portés par l'interaction continue entre la recherche et la pratique se sont posés comme des conditions essentielles à cette pérennisation de la pratique réflexive pour le cas à l'étude.

6. Conclusion

L'implantation du modèle de gestion des maladies chroniques de Wagner au CSSS met en lumière la complexité organisationnelle et les difficultés à introduire le changement ainsi que les modalités qui visent à le soutenir, et ce, dans un milieu particulièrement dédié aux efforts requis pour s'inscrire dans des processus d'amélioration continue de la qualité. Il ne fait pas de doute que l'interaction entre la recherche et la pratique a permis de fournir des espaces qui permettent des réflexions au niveau systémique tout en offrant des outils collectifs pour soutenir les apprentissages collectifs. Une pratique de recherche en partenariat n'est néanmoins pas suffisante en elle-même afin de structurer la création d'espaces réflexifs nécessaire à l'implantation d'une innovation dans une organisation complexe : la recherche en partenariat est un outil de transformation sociale qui doit mettre en pratique des principes forts quant à la nécessité de créer des espaces de réflexion systémique sur les changements à opérer. Les espaces réflexifs fournis par l'interaction de l'organisation avec le milieu de recherche ont permis dans le cas étudié de créer une

synergie organisationnelle afin de naviguer dans la complexité de l'environnement à l'étude.

En faisant confiance au cycle d'adaptation de l'innovation de Patton pour réorganiser les attentes quant aux espaces réflexifs à mettre en place afin d'améliorer de façon continue les services, le modèle de Wagner a pu se déployer graduellement dans l'offre de services du cas à l'étude. Les modalités de pratique réflexive dans ce CSSS contribuent à la gestion du changement au plan organisationnel et clinique, même si les dispositifs mis en œuvre ne se sont pas avérés ceux attendus et planifiés au départ avec la création de douze comités de suivis. Le mode de gestion participatif et l'interaction continue entre la recherche et la pratique ont été des ingrédients essentiels à cette pérennisation des nouvelles pratiques. Ils démontrent également l'obligation de créer des interfaces pour bien faire les choses dans le cadre de l'adaptation des pratiques pour pérenniser une innovation. Il y a un jeu de poupées russes qui s'emboîtent : dans un environnement complexe, il faut s'allier en trame de fond tous les acteurs clés. Les dispositifs retenus contextualisent les connaissances à introduire avec le modèle de Wagner dans le milieu clinique et organisationnel du CSSS en abordant la complexité de l'environnement et en dégagant la marge de manœuvre nécessaire pour adapter les nouveautés de façon itérative. Ils ont permis, en d'autres termes, d'opérationnaliser l'application des nouvelles connaissances à travers des processus continus de participation et de rétroaction.

Le concept de réflexivité permet de combiner l'apport de la littérature sur le transfert des connaissances et l'évaluation développementale aux nécessités empiriques de l'implantation du changement dans une organisation complexe. Introduire des espaces réflexifs donne les possibilités de faire des allers-retours entre les connaissances théoriques et pratiques et leur opérationnalisation dans le quotidien. Ces espaces donnent l'opportunité au milieu de s'approprier les connaissances et de les adapter à leur contexte. Les mécanismes d'opérationnalisation de cette étape d'adaptation des connaissances sont flous dans la littérature sur

le transfert des connaissances⁴⁵. Pourtant, l'étude de cas du CSSS révèle que la création d'espace réflexif et le soutien avec des outils de travail adéquats en sont des ingrédients. Qui plus est, un fonctionnement par cycle, des valeurs qui misent sur la participation (des cliniciens et des gestionnaires concernés) et se préoccupent de l'amélioration continue de la qualité, puis la création d'une interface continue d'échange entre la recherche et la pratique ont été des éléments essentiels à la mise en œuvre.

La réflexivité est essentielle dans le processus d'innovation d'une organisation et les recherches en partenariat sont des outils pour s'éloigner des modèles largement dominants de réplification linéaire des connaissances et des théories du programme avec des indicateurs et des objectifs précis à atteindre. On ne peut faire l'économie de la réflexivité dans un processus de changement puisque les acteurs doivent innover dans un environnement complexe et composer avec des répercussions boule de neige : régler un problème, c'est en créer un autre. Dans le processus d'innovation, les utilisateurs de la connaissance sont constamment déstabilisés. Des petites choses qui fonctionnaient bien ne fonctionnent plus. Ils doivent être en mesure de comprendre le processus qui s'implante mais ils doivent également avoir les espaces requis pour créer de nouvelles opportunités et faire des choix.

⁴⁵ Jean-Louis Denis, Pascale Lehoux et François Champagne, « Knowledge Utilization in Health Care: From Fine-Tuning Dissemination to Contextualizing Knowledge », dans Louise Lemieux-Charles et François Champagne (dir.), *Evidence-Based Decision-Making in Health Care: Multidisciplinary Perspectives*, Toronto, University of Toronto Press, 2004, p. 11-41; Alison Kitson *et al.*, « Knowledge Translation within a Population Health Study: How Do You Do It? », *Implementation Science*, vol. 8, n° 54, 2013, <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-8-54>.

Bibliographie

- Arsenault, Michel, *Cadre de référence sur l'amélioration continue de la qualité*, Québec, Centre de santé et des services sociaux de la Vieille-Capitale, 2008.
- Aubé, Denise, Julie Descheneaux et Clément Beaucage, *Évaluation d'implantation de l'offre de services de groupe pour la clientèle ayant des troubles anxieux et dépressifs. Étude de cas du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale*, Québec, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, 2013.
- Aubé, Denise, Hélène Brouillet et Rodrigue Côté, *Facteurs facilitant l'amélioration des pratiques en rapport avec l'évolution des connaissances: le passage d'un projet de recherche à un projet organisationnel*, Montréal, Journées annuelles de santé mentale, le 15 mai 2012.
- Austin, Michael, « Strategies for Transforming Human Service Organizations into Learning Organizations: Knowledge Management and the Transfer of Learning », *Journal of Evidence-Based Social Work*, vol. 5, n° 3, 2008, p. 569-596.
- Boaz, Annette, Juan Baeza et Alec Fraser, « Effective Implementation of Research into Practice: An Overview of Systematic Reviews of the Health Literature », *BioMedCentral (Research Notes)*, vol. 4, n° 212, 2011, <https://bmcrenotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-4-212>.
- Breton, Mylaine, « L'incorporation de la responsabilité populationnelle dans la gestion des CSSS », thèse présentée à la Faculté de médecine, Montréal, Université de Montréal, 2009.
- Chagnon, François *et al.*, *Outil réflexif pour améliorer l'utilisation des connaissances dans les organisations de services sociaux et de santé*, Montréal, Chaire CJM-IU-UQAM d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté, 2012.
- Côté, Nancy *et al.*, *La fidélisation des jeunes infirmières et infirmières auxiliaires au CSSS de la Vieille-Capitale*, Québec, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, 2014.
- Dagenais, Christian et Émilie Robert, *Le transfert des connaissances dans le domaine social*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2012.
- Denis, Jean-Louis, Pascale Lehoux et François Champagne, « Knowledge Utilization in Health Care: From Fine-Tuning Dissemination to Contextualizing Knowledge », dans Louise Lemieux-Charles et François Champagne (dir.), *Evidence-Based Decision-Making in Health Care: Multidisciplinary Perspectives*, Toronto, University of Toronto Press, 2004, p. 11-41.

- Fournier, Louise *et al.*, *Improving Quality in Primary Mental Healthcare: A Knowledge Application Program*, Vancouver, Canada, 2009.
- Gervais, Marie-Joëlle et François Chagnon, *Modélisation des déterminants et des retombées de l'application des connaissances issues de la recherche psychosociale*, Montréal, Chaire CJM-IU-UQAM d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté, 2010.
- Graham, Ian D. *et al.*, « Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? », *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 26, n° 1, 2006, p. 13-24.
- Greenhalgh, Trisha *et al.*, « Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations », *The Milbank Quarterly*, vol. 82, n° 4, 2004, p. 581-629.
- Kitson, Alison, *et al.*, « Knowledge Translation within a Population Health Study: How Do You Do It? », *Implementation Science*, vol. 8, n° 54, 2013, <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-8-54>.
- Laperrière, Hélène, « Une pratique réflexive collective de production de connaissances dans la lutte communautaire contre le VIH/sida au Québec », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 22, n° 1, 2009, p. 77-91.
- LaRocca, Rebecca *et al.*, « The Effectiveness of Knowledge Translation Strategies Used in Public Health: A Systematic Review », *BMC Public Health*, vol. 12, n° 751, 2012.
- McCormack, Brendan *et al.*, « A Realist Review of Interventions and Strategies to Promote Evidence-Informed Healthcare: A Focus on Change Agency », *Implementation Science*, vol. 8, 2013, p. 107.
- Patton, Michael Quinn, *Developmental Evaluation: Applying Complexity Concepts to Enhance Evaluation and Use*, New York, The Guilford Press, 2011.
- Patton, Michael Quinn, *Utilization-Focused Evaluation*, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, SAGE, 2008.
- Powell, Byron *et al.*, « A Compilation of Strategies for Implementing Clinical Innovations in Health and Mental Health », *Medical Care Research and Review*, vol. 69, n° 2, 2012, p. 123-157.
- Prior, Mathew, Michelle Geerin et Karen Grimmer-Somers, « The Effectiveness of Clinical Guideline Implementation Strategies – A Synthesis of Systematic Review Findings », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 14, n° 5, 2008, p. 888-897.
- Ridde, Valéry et Christian Dagenais, *Approches et pratiques en évaluation de programme*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2009.

- Roberge, Pascale *et al.*, *Projet Cible Qualité - Résultats de l'implantation: pour une meilleure qualité des soins et services de première ligne en santé mentale*, Le rendez-vous de la gestion des maladies chroniques: modèles, expériences et résultats, Montréal, 2010.
- Souffez, Karine, « Les interventions sociales complexes en santé publique: portrait des stratégies de transfert des connaissances et de leur utilisation », dans Christian Dagenais et Émilie Robert (dir.), *Le transfert des connaissances dans le domaine social*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2012, p. 45-62.
- Tabak, Rachel *et al.*, « Bridging Research and Practice: Models for Dissemination and Implementation Research », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 43, n° 3, 2012, p. 337-350.
- Valderrama, Alena *et al.*, *Devis d'évaluation de l'implantation du projet Convergence*, Québec, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, Direction de la santé publique de la Capitale-Nationale, 2011.
- Wagner, Edward, Brian Austin et Michael Von Korff, « Organizing Care for Patients with Chronic Illness », *The Milbank Quarterly*, vol. 74, n° 4, 1996, p. 511-544.
- Wagner, Edward, « Chronic Disease Management: What Will It Take to Improve Care for Chronic Illness? », *Effective Clinical Practice*, vol. 1, n° 1, 1998, p. 2-4.
- Wiltsey Stirman *et al.*, « A Randomized Controlled Dismantling Trial of Post-Workshop Consultation Strategies to Increase Effectiveness and Fidelity to an Evidence-Based Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder », *Implementation Science*, vol. 8, n° 82, 2012, <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-8-82>.
- Yin, Robert K, « Enhancing the Quality of Case Studies in Health Services Research », *Health Services Research*, vol. 34, n° 5, 1999, p. 1209-1224.
- Yin, Robert K, *Case Study Research: Design and Methods*, 4^e édition, Los Angeles, SAGE, 2009 [1989].