

## TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	iv
ABSTRACT.....	vi
Liste des tableaux.....	xvi
Liste des FIGURES.....	xviii
Liste de sigles.....	xx
Remerciements.....	xxi
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I – PROBLÉMATIQUE.....	6
1.1 Une nouvelle approche scientifique de la complexité .....	7
1.1.1 La science de la complexité comme source d’inspiration, eu égard à la complexité ambiante actuelle .....	7
1.1.2 La complexité actuelle des soins de santé attribuable à la hausse des maladies chroniques.....	9
1.1.3 Un changement de paradigme marquant le passage à une nouvelle approche d’organisation des soins.....	13
1.2 L’émergence de différents modèles de soins adaptés à la complexité des maladies chroniques centrés sur le patient et favorisant la collaboration interprofessionnelle .....	14
1.2.1 Le système adaptatif complexe .....	15
1.2.2 Le modèle de prise en charge des maladies chroniques (CCM) et ses versions bonifiées .....	18
1.2.3 Les communautés de pratique comme mode de collaboration interprofessionnelle adapté à la complexité des maladies chroniques .....	21

1.3 De l'intérêt de mieux saisir le développement d'une pratique collaborative favorable au partage et à la co-construction des connaissances au sein de communautés de pratique ..	24
1.3.1 L'objectif général de notre recherche.....	24
 CHAPITRE II – CADRE CONCEPTUEL.....	 26
2.1 Les communautés de pratique comme formule de collaboration interprofessionnelle adaptée à la complexité des maladies chroniques.....	27
2.1.1 L'amorce de l'apprentissage individuel situé et socialement ancré : la participation périphérique légitime (Lave et Wenger, 1991).....	28
2.1.2 L'apprentissage individuel situé et partagé dans une pratique collective réifiée (Wenger, 1998/2005).....	32
2.1.2.1 Les dimensions sociales de la pratique partagée en communauté .....	32
2.1.2.2 Du sens à l'identité en passant par la pratique en communauté : les deux axes de l'apprentissage.....	34
2.1.2.3 Une négociation de sens à travers la participation et la réification.....	35
2.1.2.4 L'identité individuelle marquée par l'expérience collective.....	36
2.1.2.5 Un mode de fonctionnement favorable à la pratique réflexive .....	37
2.1.3 La gestion des connaissances collectives de Wenger, McDermott et Snyder (2002).....	38
2.1.3.1 Trois nouvelles caractéristiques des communautés de pratique.....	38
2.1.3.2 Le développement des communautés de pratique : une dynamique qui requiert une vigilance .....	39
2.1.3.3 Des communautés de pratique propices à l'échange de connaissances tacites .....	40
2.1.3.4 Des rôles déterminants de la gestion des savoirs .....	42
Conclusion .....	43
 2.2 Les communautés de pratique et la gestion des connaissances dans le domaine de la santé .....	 45
2.2.1 La difficulté que pose l'intégration conjointe des savoirs basés sur l'évidence et des connaissances basées sur l'expérience .....	46

2.2.2 Les communautés de pratique comme formule de gestion des connaissances fusionnant l'évidence scientifique et l'expérience pratique, favorisant l'apprentissage et l'innovation .....	49
Conclusion .....	52
2.3 La collaboration inhérente aux communautés de pratique centrées sur le patient atteint d'une maladie chronique.....	52
2.3.1 L'opérationnalisation de la notion de collaboration sur un continuum : <i>toleration</i> , coordination, coopération, collaboration.....	53
Conclusion .....	60
2.4 La communauté de pratique comme mode de collaboration interprofessionnelle .....	61
2.4.1 La distinction entre la communauté de pratique et d'autres modes de mise en commun interprofessionnelle .....	62
2.4.1.1 Groupe et communauté .....	64
2.4.1.2 Communauté d'apprentissage .....	64
2.4.1.3 Communauté d'apprenants.....	65
2.4.1.4 Communauté de pratique versus communauté d'apprentissage et communauté apprenante.....	65
2.4.1.5 Organisation apprenante.....	66
2.4.1.6 Communauté épistémique .....	69
2.4.2 Le positionnement des différentes formules de mise en commun sur le continuum coordination-coopération-collaboration .....	71
Conclusion .....	72
2.5 La valorisation actuelle de l'interdisciplinarité dans les services de soins de santé : l'émergence de différentes formules de relations entre les disciplines.....	73
2.5.1 L'opérationnalisation du premier continuum des différentes formules de relations entre les disciplines: multidisciplinarité, interdisciplinarité, transdisciplinarité .....	74
2.5.2 L'opérationnalisation du deuxième continuum des différentes formules de relation entre les disciplines : pluridisciplinarité, multidisciplinarité, interdisciplinarité et circumdisciplinarité.....	77
Conclusion .....	79

2.6 Le passage conceptuel du registre axé sur les disciplines au registre axé sur les professions .....	80
2.6.1 L’alliance sémantique de la collaboration et de l’interprofessionnalité versus de l’interdisciplinarité .....	81
2.6.2 Les deux pôles constitutifs de l’interdisciplinarité : la dimension cognitive (épistémologique) et la dimension collaborative (relationnelle) .....	82
2.6.3 L’identité transformée dans la rencontre interdisciplinaire.....	83
2.6.4 L’interdisciplinarité et la résolution de problèmes complexes.....	84
Conclusion .....	84
2.7 Les avancées et les limites attribuées à la mise en application du concept de CdeP dans le secteur de la santé .....	86
2.7.1 Les principaux axes thématiques abordés dans la littérature portant sur les communautés de pratique dans le domaine de la santé.....	86
2.7.1.1 L’analyse de contenus thématiques d’articles portant sur les communautés de pratique dans le domaine de la santé .....	87
2.7.1.2 Les limites et les freins attribués aux CdeP dans le domaine de la santé....	93
2.7.2 La confiance mutuelle essentielle.....	98
Conclusion .....	103
2.8 Les objectifs de notre recherche .....	103
CHAPITRE III – MÉTHODOLOGIE .....	106
Introduction.....	106
3.1 La Posture épistémologique de notre recherche et le choix méthodologique.....	107
3.2 Les Étapes de réalisation de la métasynthèse .....	110
3.2.1 La préanalyse.....	110
3.2.1.1 Recherche documentaire .....	110
3.2.1.2 Sélection des références obtenues .....	115

3.2.1.3	Identification des indicateurs en vue de l'analyse des données .....	117
3.2.2	Le traitement et l'analyse des données.....	117
3.2.2.1	Procédure de réduction des données recueillies.....	119
3.2.2.2	Utilisation d'un logiciel d'analyse qualitative .....	122
3.3	La Procédure de validation .....	122
3.4	Les Forces et les limites des choix méthodologiques .....	125
CHAPITRE IV – PRÉANALYSE OU SÉLECTION DES RÉFÉRENCES OBTENUES VIA LES BASES DE DONNÉES ET ÉLABORATION D'UNE GRILLE D'ANALYSE .....		127
4.1	La présentation de la procédure de préanalyse .....	127
4.1.1	Les références exclues.....	129
4.1.2	Les références incluses.....	132
4.1.3	L'élaboration d'une grille de codification.....	134
Chapitre V – ANALYSE DES ARTICLES.....		136
5.1	L'analyse du contenu général des articles .....	137
5.1.1	La place accordée au concept de CdeP .....	137
5.1.2	La place accordée aux maladies chroniques.....	139
5.1.3	La place accordée au patient dans les CdeP déployées.....	140
5.1.4	Des CdeP géographiquement dispersées .....	141
5.1.5	Les modes de communication des CdeP .....	144
5.1.6	La diversité des profils professionnels des membres composant les CdeP.....	146
5.1.7	Une conceptualisation axée sur les disciplines ou sur les professions.....	150
5.1.8	L'importance accordée aux deux pôles constitutifs d'une CdeP, collaboratif et cognitif, dans chacun des articles pris globalement.....	151

5.2 L'analyse de la problématique des articles .....	152
5.2.1 Les différentes perspectives de développement des CdeP .....	153
5.2.2 Les CdeP comme objet de recherche ou comme moyen de parvenir à un objectif.....	155
5.2.3 L'importance accordée aux deux pôles constitutifs d'une CdeP : collaboratif et cognitif .....	156
5.3 L'analyse de la description de l'expérience menée (mise en application).....	162
5.3.1 La définition d'une CdeP .....	162
5.3.2 L'opérationnalisation ou conceptualisation de l'expérience menée.....	167
5.3.3 L'importance accordée aux deux pôles constitutifs d'une CdeP : collaboratif (ou relationnel) et cognitif .....	169
5.4 L'analyse des résultats associés à l'expérience de CdeP .....	175
5.4.1 La conceptualisation des résultats rapportés .....	175
5.4.2 L'importance des dimensions relationnelle et cognitive dans les résultats.....	176
5.4.3 Les prérequis à une expérience de CdeP réussie .....	180
5.4.4 Les retombées attribuées à l'expérience de CdeP réussie .....	185
5.4.4.1 Une pratique bonifiée par l'expérience menée en CdeP .....	188
5.4.4.2 Les bénéfices associés à la fusion des dimensions relationnelle et cognitive des CdeP .....	190
5.4.4.3 Les bénéfices associés à la dimension relationnelle dans l'optique d'une pratique bonifiée.....	192
5.4.4.4 Les bénéfices associés à la dimension cognitive.....	193
5.4.5 Les obstacles relationnels à une expérience de CdeP réussie .....	195
5.4.5.1 Une participation et un engagement variables .....	196
5.4.5.2 Une collaboration interprofessionnelle difficile.....	198
5.4.5.3 La difficile mise en commun multisites/à distance .....	201
5.4.5.4 L'exigence de l'engagement dans une CdeP.....	202
5.4.5.5 Des recherches à poursuivre eu égard à l'approche collaborative dans la pratique de soins.....	203

Chapitre VI – SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION .....	204
6.1 Synthèse des résultats et principaux constats.....	204
6.1.1 La synthèse de l'analyse globale des articles .....	204
6.1.2 La synthèse de l'analyse du contenu des principales parties des articles..	205
6.1.3 Les prérequis et les retombées ainsi que les freins et obstacles à une expérience de CdeP .....	209
6.2 Discussion des résultats .....	212
6.2.1 L'opérationnalisation de la notion de CdeP .....	213
6.2.2 Les retombées associées à la dimension collaborative (relationnelle) ou à la dimension cognitive (connaissances) .....	217
6.2.3 Les facteurs facilitant le développement d'une collaboration interprofessionnelle en CdeP et les obstacles à cette collaboration.....	220
Conclusion .....	224
BIBLIOGRAPHIE .....	234
ANNEXE 1 Indicateurs de Wenger (1998/2005) .....	247
ANNEXE 2 Codification .....	248
ANNEXE 3 Livre de codes, QDA Miner – version finale .....	251
ANNEXE 4 La place accordée au patient dans les CdeP déployées .....	256
ANNEXE 5 Importance accordée aux dimensions relationnelle et cognitive et emphase sur l'expérience pratique dans les articles décrivant l'expérience de CdeP .....	259
ANNEXE 6 Importance accordée à l'expérience pratique et aux dimensions relationnelle et cognitive dans les articles portant sur l'analyse des résultats de l'expérience de CdeP.....	268
ANNEXE 7 Prérequis à une expérience de CdeP réussie mentionnés dans les articles présentant et discutant des résultats.....	281

ANNEXE 8 Retombées associées à l'expérience de CdeP : catégorisation des grandes thématiques abordées selon qu'elles se rapportent à la dimension relationnelle, cognitive ou à la fusion des deux, à la pratique ou au développement professionnel.....287

ANNEXE 9 obstacles ou freins associés à l'expérience de CdeP menée : catégorisation des thématiques abordées.....298



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Proximité des variables d'opérationnalisation de la notion de collaboration selon Henri et Lundgren-Cayrol (2001) et D'Amour <i>et al.</i> (2005) .....	54
Tableau II	Mots-clés des stratégies de recherche utilisées par Choi <i>et al.</i> (2006) et Couturier <i>et al.</i> (2008).....	77
Tableau III	Stratégies de recherche s'appuyant sur les mots-clés de notre thématique de recherche .....	112
Tableau IV	Application des critères d'exclusion des références répertoriées via les bases de données Medline, Cinhalt et Web of Science .....	129
Tableau V	Fréquence du concept « communauté de pratique » et de vocables substitués obtenus à l'aide du logiciel EndNote.....	138
Tableau VI	Les maladies chroniques abordées dans le cadre des articles .....	139
Tableau VII	Échelle géographique de la répartition des membres des CdeP rapportée dans chaque article.....	142
Tableau VIII	Modes de communication des CdeP rapportés dans chacun des articles.....	145
Tableau IX	Diversité des profils professionnels des membres composant les communautés de pratique (CdeP).....	148
Tableau X	Fréquence des concepts ou vocables rattachés au pôle collaboratif (relationnel) ou cognitif .....	152
Tableau XI	Visée de l'expérience de CdeP annoncée dans le cadre de la problématique .....	154
Tableau XII	Références littéraires citées dans le cadre de la définition de la notion de CdeP .....	163
Tableau XIII	Principaux concepts sur lesquels s'appuient les articles consacrés à la description de l'expérience de CdeP.....	168
Tableau XIV	Importance accordée aux pôles relationnel (ou collaboratif) et cognitif ainsi que l'emphase mise sur l'expérience pratique dans la description de la CdeP .....	170

Tableau XV	Articles qui recourent à une conceptualisation différente dans la section qui présente les résultats et qui décrit l'expérience menée .....	176
Tableau XVI	Importance des pôles relationnel (ou collaboratif) et cognitif et emphase mise sur l'expérience pratique dans les articles traitant de l'expérience de CdeP .....	177
Tableau XVII	Extraits des articles rassemblés selon l'importance qu'ils accordent aux dimensions cognitive ou relationnelle dans résultats de l'expérience de CdeP .....	177
Tableau XVIII	Retombées associées à l'expérience de CdeP selon les dimensions s'y rapportant .....	186
Tableau XIX	Synthèse des thématiques abordées : obstacles et freins rencontrés dans l'expérience de CdeP associés à la dimension relationnelle .....	195

## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Positionnement conceptuel de la notion de CdeP .....	27
Figure 2	Synthèse de l'apport conceptuel de Lave et Wenger (1991) de la notion d'apprentissage périphérique légitime en communauté de pratique .....	32
Figure 3	Composantes de la théorie sociale de l'apprentissage de Wenger (1998/2005) ....	35
Figure 4	Synthèse de l'apport conceptuel de Wenger (1998/2005) à la notion de communauté de pratique .....	37
Figure 5	Les deux dimensions de la création de connaissances selon Nonaka et Takeuchi (1995/2006) .....	41
Figure 6	Synthèse de l'apport conceptuel de Wenger <i>et al.</i> (2002) à la notion de communauté de pratique .....	43
Figure 7	Le développement du concept de CdeP dans les travaux de Wenger <i>et al.</i> (2002) .....	44
Figure 8	Le modèle de prise de décision organisationnelle de Kinnaman et Bleich (2004).....	55
Figure 9	Opérationnalisation du continuum de mise en commun : synthèse des déterminants identifiés par cinq groupes d'auteurs .....	61
Figure 10	L'organisation apprenante de Senge (1991) .....	67
Figure 11	Le positionnement des formules sur le continuum de mise en commun et le domaine auquel elles sont rattachées .....	72
Figure 12	Représentation graphique des états disciplinaires proposés par Choi et Pak (2006) .....	77
Figure 13	Les deux pôles constitutifs de l'interdisciplinarité et de la communauté de pratique inhérents au processus de co-construction des connaissances .....	85
Figure 14	Éléments qui ressortent de l'analyse de contenu de la littérature réalisée par Greenfield (2007) relativement à l'apprentissage en CdeP .....	89
Figure 15	Références obtenues dans les bases de données Medline (Ovid) et Cinahl pour chacun des mots-clés selon leur pairage avec celui de communauté de pratique.....	113

Figure 16	Nombre de références obtenues dans la base de données Web of Science pour chacun des mots-clés, selon leur pairage à celui de communauté de pratique ....	114
Figure 17	Nombre d'articles s'appuyant sur une conceptualisation axée sur la disciplinarité, la professionnalité ou d'autres formulations .....	150
Figure 18	Représentation des problématiques qui valorisent le pôle collaboratif des CdeP dans l'optique d'une meilleure pratique .....	157
Figure 19	Des problématiques qui valorisent le pôle collaboratif des CdeP comme prérequis au partage des connaissances menant à une meilleure pratique.....	158
Figure 20	Des problématiques qui valorisent le pôle cognitif des CdeP, lequel requiert la collaboration en vue d'une meilleure pratique.....	160
Figure 21	Opérationnalisation de l'expérience : fusion ou complémentarité des pôles relationnel et cognitif .....	171
Figure 22	Aller-retour vers le pôle relationnel (collaboratif) : pilier du transfert de connaissances .....	216

## LISTE DE SIGLES

CCM	Modèle de prise en charge de maladies chroniques
CCM-E	Modèle élargi de prise en charge des maladies chroniques / <i>Expended Chronic Care Model</i>
CdeP	Communauté de pratique
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
ICCC	<i>Innovative Care for Chronic Conditions</i>
OMS	Organisation mondiale de la santé
SAC	Système adaptatif complexe

## **REMERCIEMENTS**

Tout d’abord, un immense merci à Cecilia Borges, ma bienveillante directrice, pour son implication rassurante. Sans être trop présente, jamais absente, toujours attentive sans être directive. Notre collaboration me manquera. Encore merci Cecilia.

Merci aussi à Patrice pour sa patience, sa compréhension et son appui dans ce processus parfois envahissant.

Merci aux organismes subventionnaires qui m’ont offert leur soutien et leur confiance : le Fonds Québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC), pour la bourse de doctorat en recherche et la bourse de stage à l’Institut national pour l’éducation et la santé, Paris, France ainsi que la Faculté des sciences de l’éducation de l’Université de Montréal pour la Bourse d’excellence de la doyenne (Ph.D.).

Merci également aux membres du jury de cette thèse qui, au terme de leur lecture attentive m’ont fait part de leurs judicieux conseils et de leurs intéressants commentaires. Je les remercie également de leur attitude inspirante lors de la soutenance.

Merci à Hélène Grimaud qui m'a transmis son « air » d'aller, m'a propulsée et m'a donné la fougue pour démarrer. Les trois premiers chapitres, je les lui dois (Chopin, *Ballade no 1*). Et que dire de la fin, lorsqu'elle me tenait la main (Brahms, *Concertos pour piano no 1 et no 2*; Gluck, *Mélodie d'Orphée et Eurydice (Danse des esprits bienheureux)*).

Merci à Alexandre Tharaud, qui m'a apaisée, tranquillisée et autorisée à espérer. L'analyse des résultats, je la lui dois. Et en fin de parcours, lors de l'épreuve de la correction, il m'a donné la patience, la persévérance : ne pas abdiquer et, tout comme lui, encore peaufiner (J.S. Bach, *Concertos italiens*).

Et Angèle Dubeau, Katia et Marielle Labèque, Montserra Figueras, Valérie Milot qui, ici et là, m'ont offert des pauses, des accalmies réconfortantes et réparatrices.

Puis Mouloudgi, dont la douceur m'a permis de garder l'ardeur aux dernières heures. L'envie de valser et de terminer, il m'a donnée.

Et, entre eux, l'intense légèreté toujours retrouvée avec Monique Leyrac, Vanessa Paradis, Alain Bashung, Damien Rice, puis Nougaro qui me disait : « *Tu verras, tu verras* », tu y arriveras!

Leurs musiques m'ont réconfortée et permis d'y arriver, sans jamais en douter.

## INTRODUCTION

La complexité croissante des soins de santé, associée à la hausse des maladies chroniques, est aujourd'hui constatée et déplorée, tant dans les médias grand public que dans les publications spécialisées du secteur de la santé. Selon plusieurs auteurs, le système de santé, qui favorise une approche linéaire de causalité et la spécialisation professionnelle – lesquelles sont davantage adaptées aux maladies aiguës –, doit impérativement être réaménagé. Plusieurs d'entre eux clament que cette complexité des maladies chroniques requiert une approche interprofessionnelle apte à s'adapter aux besoins changeants des patients, de leurs proches et de leurs intervenants.

Dans cette perspective, les communautés de pratique (CdeP) se sont imposées comme une approche fortement valorisée ces dernières années, du fait qu'elles permettent un apprentissage collaboratif dans la pratique. À l'instar d'Edgar Morin philosophe de la complexité en sciences (Morin, 1990/2005), des chercheurs du domaine de la santé prônent le déploiement de CdeP interprofessionnelles permettant une approche holistique, capable de s'adapter à la complexité des soins des maladies chroniques. Qui plus est, ils sont également nombreux à considérer les CdeP appropriées à la société actuelle axée sur la connaissance. En effet, ils estiment que les CdeP permettent de suivre plus facilement le rythme rapide des changements dans un domaine d'intérêt, en plus de favoriser l'échange de connaissances tacites, ce qui nécessite une interaction dans la pratique et s'avère fondamental dans le processus de création de connaissances.

Notre problématique de recherche, étayée dans le premier chapitre, s'appuie donc sur ce constat déplorant le travail en silo qui prévaut aujourd'hui dans le système de soins et qui s'avère non-adapté à la prise en charge des maladies chroniques, mettant en évidence l'essentiel changement de paradigme qui doit marquer le passage à une nouvelle approche d'organisation des soins. D'abord, afin de mieux saisir cette référence omniprésente à la notion de complexité associée à la pratique de soins des maladies chroniques, il nous a semblé essentiel d'en exposer brièvement les fondements épistémologiques. Ainsi, dans un premier temps, notre problématique présente les grands jalons de la théorie de la complexité



émergente en sciences et sur laquelle se basent aujourd'hui plusieurs chercheurs du domaine de la santé qui valorisent des modèles de soins intégrés, centrés sur le patient et sur la mise en commun des savoirs disciplinaires. Toutefois, avant d'exposer ces modèles de soins, il nous est apparu essentiel de présenter le Système adaptatif complexe (traduction libre de *Complex Adaptive System*) conçu dans l'optique de Fraser et Greenhalgh (2001), Plsek et Greenhalgh (2001), Plsek et Wilson (2001) et Wilson *et al.* (2001) et ici pris en compte comme mode de représentation d'une pratique interprofessionnelle adaptée à la complexité des soins [une façon de la concevoir], basé sur la théorie de la complexité. Puis, en référence au changement de pratique escompté, nous positionnons la communauté de pratique face aux principaux modèles de soins des dernières années, centrés sur le patient et favorisant la collaboration interprofessionnelle, dans la même intention d'adaptation à la complexité des maladies chroniques, soit le Modèle de prise en charge des maladies chroniques (Traduction du *Chronic Care Model*) développé par Wagner *et al.* (1999) ainsi que les versions subséquentes bonifiées. Enfin, nous exposons comment la culture et la structure organisationnelles souples des communautés de pratique sont en mesure de s'arrimer aux paramètres d'un système adaptatif complexe ou de modèles de prise en charge des maladies chroniques, générant une capacité d'adaptation à la complexité clinique des maladies chroniques. Ainsi, au terme de la délimitation de notre problématique, l'adéquation potentielle de la communauté de pratique comme formule ou mode de collaboration interprofessionnelle adaptée à la complexité des maladies chroniques a confirmé notre intention de retenir cette formule de travail collaboratif comme objet de notre recherche.

L'objectif général de recherche qui a alors émergé a été d'analyser et de comprendre les expériences, rapportées dans la littérature, de collaboration interprofessionnelle au sein de communautés de pratique centrées sur le patient atteint de maladies chroniques. En fait, notre démarche visait ultimement à mettre en lumière la valeur de la notion de CdeP et à mieux comprendre en quoi sa mise en application, sur le terrain de la pratique des soins de santé, favorise le développement d'une collaboration interprofessionnelle favorable au partage et à la co-construction des connaissances.

Toutefois, la densité conceptuelle et théorique de cette formule de travail collaboratif nous est rapidement apparue à circonscrire et à organiser. De ce fait, le deuxième chapitre présente les fondements théoriques de la notion de communauté de pratique dans une perspective sociale appliquée à la problématique des maladies chroniques et à l'organisation conséquente des soins. Ce positionnement théorique est d'abord axé sur l'évolution du concept dans les principaux travaux de Wenger et de ses collaborateurs, ce qui permet de bien le définir et le circonscrire. Les communautés de pratique sont ensuite positionnées comparativement à des modes de travail collaboratif qui lui sont fréquemment associés, voire même confondus dans la littérature (communauté, communauté d'apprentissage, communauté apprenante, organisation apprenante, communauté épistémique). Dans la même veine, une section est consacrée à l'opérationnalisation comparative et critique des notions de collaboration, coopération et coordination ainsi qu'aux notions d'interdisciplinarité et d'interprofessionnalité. Le concept CdeP est également positionné eu égard à ses axes social (collaboration) et cognitif (connaissances), révélant son apport à l'apprentissage partagé et à la co-construction des connaissances. Puis, les CdeP sont abordées comme formule de travail collaboratif adaptée à la gestion des connaissances, fusionnant l'évidence scientifique et l'expérience pratique, favorisant l'apprentissage et l'innovation. Enfin, ces avenues conceptuelles ont mené à dresser un bilan des avancées et des limites que les auteurs attribuent au déploiement des CdeP dans le domaine de la santé.

Ultimement, ce cadre conceptuel relié à la notion de CdeP a favorisé l'émergence des objectifs spécifiques de notre recherche, à savoir (1) analyser la cohérence entre l'opérationnalisation de la notion de CdeP comme formule de mise en commun valorisée par les auteurs et l'application qu'ils en rapportent dans le cadre d'expériences menées dans le domaine de la santé, lorsqu'il s'agit de maladies chroniques; (2) vérifier dans quelle mesure les retombées attribuées à la collaboration interprofessionnelle, au sein de CdeP œuvrant auprès de patients atteints de maladies chroniques, sont reliées au partage et à la co-construction de connaissances (dimension cognitive) ou à la dynamique relationnelle (dimension collaborative); (3) identifier les obstacles et les facteurs qui facilitent le développement d'une collaboration interprofessionnelle favorable au partage et à la co-construction des

connaissances au sein de communautés de pratique œuvrant auprès de patients atteints de maladies chroniques.

Le chapitre 3 présente la méthode que nous avons retenue pour répondre à nos objectifs, soit la métasynthèse, dans l'optique de Beaucher et Jutras (2007). Une fois notre position méthodologique campée, eu égard à sa posture interprétative notamment (Gadamer, 1993/1996), ce chapitre présente les différentes étapes méthodologiques déployées, à commencer par la préanalyse qui correspond à la procédure de recherche documentaire, puis le processus de sélection des références s'appuyant sur des critères d'inclusion et d'exclusion, la compilation des références dans le logiciel EndNote et l'identification des indicateurs donnant forme à une grille de codification en vue de l'analyse des données, laquelle est basée sur le cadre conceptuel préalablement développé. L'étape de traitement et d'analyse des données est ensuite présentée de manière détaillée, pour terminer avec la description de l'étape de validation et enfin, l'analyse des forces et des limites de ces choix méthodologiques.

Le chapitre 4 présente quant à lui l'étape de préanalyse réalisée, laquelle correspond en fait à l'analyse de la pertinence et de l'adéquation des 194 références obtenues via les bases de données consultées (Medline, Cinhalt et Web of Science). Pour ce faire, la révision et l'application des critères d'inclusion et d'exclusion présentés dans le cadre de la méthodologie est exposée, donnant lieu à la sélection de 13 articles qui seront soumis à l'analyse. De plus, ce chapitre présente le processus de révision de la version préliminaire de la grille de codification et sa validation déployée concomitamment.

Le chapitre 5 présente l'analyse des articles sélectionnés, en cherchant d'abord à rendre compte des particularités de leurs contenus (en l'occurrence : la place accordée au concept de CdeP, la place accordée aux maladies chroniques, la place accordée au patient, la dispersion géographique des membres de la communauté, les modes de communication déployés, la diversité des profils professionnels engagés, une conceptualisation axée sur les disciplines ou sur les professions, l'importance accordée aux pôles collaboratif puis cognitif). Nous procédons ensuite à un découpage analytique des trois principales parties de chacun des articles, soit la problématique, la description de l'expérience menée et les résultats obtenus.

Ainsi, dans chacun des articles : 1) l'analyse de la problématique tente de cerner notamment si la CdeP est déployée comme moyen de parvenir à un objectif ou comme véritable objet de recherche, puis 2) l'analyse de la description de l'expérience menée est quant à elle réalisée, dans un premier temps en se centrant sur la présence d'une définition de la notion de CdeP, puis dans un deuxième temps en se penchant sur l'opérationnalisation ou conceptualisation de l'expérience rapportée; 3) enfin, les résultats obtenus sont analysés eu égard notamment aux prérequis, retombés et obstacles associés à l'expérience de CdeP rapportée. Soulignons que l'analyse de l'importance accordée aux deux pôles collaboratif et cognitif est appliquée à chacune des trois parties des articles.

Le chapitre 6 présente d'abord une synthèse des principaux constats issus de l'analyse des résultats puis les discute dans l'optique des trois objectifs spécifiques de notre recherche lesquels, rappelons-le sont centrés sur : 1) le niveau d'opérationnalisation de l'expérience menée 2) l'importance accordée aux pôles relationnel et cognitif eu égard aux retombées attribuées à l'expérience menée en CdeP et 3) l'identification des facteurs qui facilitent la collaboration interprofessionnelle au sein de CdeP et les facteurs freinant cette collaboration.

Enfin, la conclusion générale présente une synthèse de la démarche méthodologique et des résultats obtenus, faisant ressortir les principaux apports de cette recherche, eu égard notamment à nos intentions de départ. Sont ensuite mentionnées les limites de cette recherche ainsi que les pistes de recherches futures qu'elle permet d'envisager.

## CHAPITRE I – PROBLÉMATIQUE<sup>1</sup>

À l’instar de la complexité sociale actuelle, le système de santé est aujourd’hui marqué d’une complexité attribuable aux maladies chroniques. Le caractère complexe de ces maladies et, de surcroît, la hausse anticipée de leur prévalence, génère l’urgence d’une organisation et d’une approche différentes des services dispensés. Ce réaménagement des soins de santé, adaptés à la complexité croissante, nécessite un changement de paradigme basé sur la collaboration interprofessionnelle et l’ouverture à l’incertitude aptes à favoriser une mise en commun des connaissances. Les communautés de pratique paraissent alors mériter une investigation à savoir si elles peuvent favoriser une telle collaboration adaptée à l’incertitude et à l’imprévisibilité qui caractérisent les maladies chroniques et faciliter ainsi le partage et la co-construction de connaissances permettant une pratique évolutive, adaptée à la complexité.

Dans cette optique, il nous paraît approprié d’examiner les fondements épistémologiques de la notion de complexité afin de mieux comprendre le changement de paradigme requis concernant spécifiquement les maladies chroniques. Par la suite, la présentation de modèles de soins adaptés aux maladies chroniques qui ont émergé ces dernières années, de même que de nouvelles approches basées sur l’adaptation du système de soins à la complexité de ces maladies et sur l’essentielle collaboration entre professionnels de différents secteurs, nous permettra de positionner les communautés de pratique comme mode de collaboration interprofessionnelle adapté aux services de soins requis. Enfin, l’intérêt de mieux saisir le développement d’une pratique collaborative favorable au partage et à la co-construction des connaissances au sein de communautés de pratique affirme le but de notre recherche qui est d’analyser et de comprendre des expériences, rapportées dans la littérature, de collaboration interprofessionnelle au sein de communautés de pratique centrées sur le patient atteint de maladies chroniques.

---

<sup>1</sup> Les trois premiers chapitres de cette thèse ont été déposés à titre de devis de recherche doctorale, à l’hiver 2012, au Département de psychopédagogie et d’andragogie de l’Université de Montréal.

## **1.1 UNE NOUVELLE APPROCHE SCIENTIFIQUE DE LA COMPLEXITÉ**

Les auteurs sont nombreux à invoquer la complexité croissante des soins de santé attribuable, notamment, à l'augmentation des maladies chroniques et la nécessité conséquente d'une nouvelle approche d'organisation des soins. La théorie de la complexité émergente en sciences représente une source d'inspiration pour les chercheurs du domaine de la santé qui valorisent des modèles de soins intégrés, qui vont au-delà de maladies spécifiques associées aux spécialités, en étant plutôt centrés sur le patient et sur la mise en commun des savoirs disciplinaires. Afin de mieux saisir cette référence omniprésente à la notion de complexité associée à la pratique de soins des maladies chroniques et de mieux comprendre le véritable changement de paradigme qui en émerge, il nous semble essentiel d'en exposer d'abord brièvement les fondements épistémologiques.

### **1.1.1 La science de la complexité comme source d'inspiration, eu égard à la complexité ambiante actuelle**

La complexité est sans aucun doute l'une des principales caractéristiques de la société actuelle selon Heylighen, Cilliers et Gershenson (2006), et ce, du fait que les avancées technologiques et économiques rendent la production, le transport et les communications encore plus efficaces, et que nous interagissons avec plus de gens, d'organisations, de systèmes et d'objets jusque-là difficilement accessibles, répandus à travers le globe. Selon ces auteurs, « le résultat est l'émergence d'un large système complexe incluant l'ensemble des systèmes interreliés, où un changement dans l'un des composants peut virtuellement en affecter un autre, et ce, d'une manière fortement imprévisible » (Heylighen *et al.*, 2006, p. 1, traduction libre).

Selon Heylighen *et al.* (2006), la méthode scientifique traditionnelle, basée sur un modèle linéaire de cause à effet – dont la philosophie newtonnienne sous-jacente valorise le réductionnisme, le déterminisme et la connaissance objective –, s'avère maintenant incapable de composer avec un niveau si complexe d'interdépendances. Cette vision est partagée par Brown (2006), De Simone (2006), Holden (2005), Martinez-Lavin, Infante et Lerma (2008) et Sturmberg (2007). Sturmberg (2007) insiste quant à lui, sur le réductionnisme de la science classique qui prend pour acquis que tout système peut être compris en analysant ses différentes

parties et qui considère que notre monde se caractérise de manière inhérente par une simplicité, une régularité et un caractère prévisible.

La science de la complexité offre une alternative méthodologique capable de prendre en compte la complexité ambiante. Elle s'appuie sur une nouvelle façon de penser et sur une nouvelle vision du monde où le déterminisme (positiviste) est remplacé par la mécanique quantique et la théorie du chaos (postmodernes et constructivistes), générant un profond changement de paradigme (De Simone, 2006; Heylighen *et al.*, 2006). La théorie des systèmes remplace le réductionnisme par une vision scientifique holistique (El Ansari et Phillips, 2004; Heylighen *et al.*, 2006). De plus, à l'instar de la cybernétique et de la science sociale postmoderne, la théorie des systèmes perçoit la connaissance comme intrinsèquement subjective (Heylighen *et al.*, 2006). Cette nouvelle vision scientifique est liée à la « théorie de la complexité » maintenant bien établie dans plusieurs disciplines, telles que l'informatique, la physique, la gestion et plusieurs domaines des soins de santé, notamment les soins primaires (Brown, 2006; Holden, 2005; Paley, 2007).

Comme le formalise Brown (2006), la théorie de la complexité place les événements à l'intérieur d'une matrice qui reconnaît que bien que des relations simples entre deux éléments peuvent se produire, des interrelations plus complexes, s'appuyant sur de multiples influences dynamiques sous-jacentes, peuvent également être présentes. Selon l'auteur, des événements très chaotiques peuvent émerger à l'intérieur de cette matrice, comportant souvent des effets réels mais non perçus. Ainsi, les événements complexes sont multidimensionnels et présentent comme caractéristique un degré élevé d'incertitude et de désaccord (Brown, 2006).

Dans cette optique, comme le rapporte Fortin (2000), Edgar Morin a éminemment décrit et déploré « l'émiettement du savoir », corollairement à la spécialisation disciplinaire, voire même à « l'hyperspécialisation ». Cet auteur montre bien comment la théorie de la complexité rejoint en fait la nécessité revendiquée par Morin d'une « méthode » qui reconnaisse cette complexité, « une méthode qui détecte et non pas occulte les liaisons, articulations, solidarités, implications, imbrications, interdépendances, complexités, [...] une méthode non simplifiante, non mutilante » (Fortin, 2000, p. 8-9). Car, comme le dit Morin lui-même, la pensée complexe sous-jacente « comporte la reconnaissance d'un principe d'incomplétude et d'incertitude.

Mais elle porte aussi en son principe la reconnaissance des liens entre les entités que notre pensée doit nécessairement distinguer mais non isoler les unes des autres » (Morin, 1990/2005, p.11).

En écho à Morin, nous verrons que la complexité actuelle des soins de santé attribuable à la hausse des maladies chroniques nécessite une nouvelle approche d'organisation des soins qui représente un véritable changement de paradigme.

### **1.1.2 La complexité actuelle des soins de santé attribuable à la hausse des maladies chroniques**

Wilson, Holt et Greenhalgh (2001) font état de la complexité des soins cliniques. Selon eux, les systèmes biologiques et sociaux sont complexes de manière inhérente, alors il est extrêmement surprenant que certaines maladies humaines soient attribuables à une seule cause ou traitement. Invoquant les multiples systèmes physiologiques qui interagissent et s'autorégulent – biochimique et neuroendocrinologique notamment –, de même que les systèmes psychologique et social, les auteurs statuent que la complexité du système humain rend imprévisible toute conduite et maladie, puis s'étonnent qu'on puisse encore tenter de les saisir dans un simple registre de cause à effet. Toujours selon eux, la maladie comme système complexe résulte d'une interaction dynamique entre les systèmes physiologique et psychosocial, et non pas de l'échec d'un unique composant. Une approche holistique de la santé, acceptant l'imprévisible, est ainsi valorisée : « La santé peut seulement être maintenue (ou rétablie) à travers une approche holistique qui accepte l'imprévisible et qui construit sur de subtiles forces émergentes à l'intérieur du système global » (Wilson *et al.*, 2001, p. 1, traduction libre).

Nous constatons que la littérature abonde relativement à la complexité croissante des soins de santé, attribuable notamment à l'augmentation des maladies chroniques<sup>2</sup>. Comme le

---

<sup>2</sup> Les auteurs suivants abordent cette question de manière explicite : Anderson, Issel, Reuben et McDaniel (2003); Bodenheimer, Wagner et Grumbach (2002); Brown (2006); De Simone (2006); Epping-Jordan, Pruitt, Bengoa et Wagner (2004); Griffiths (2007); Hoffman, Rice et Sung (1996); Holden (2005); Kirsh, Watts, Pascuzzi, O'Day, Davidson, Strauss *et al.* (2007); Kupersmith (2007); Leykum, Pugh, Lawrence, Parchman, Noël, Cornell *et al.* (2007); Miller, McDaniel, Crabtree et Stange (2001); Organisation mondiale de la santé (2002); Plsek et Greenhalgh (2001); Soubhi (2007); Weiss (2007).



mentionne l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2003, p. 11), « les maladies chroniques recouvrent une catégorie extrêmement vaste de problèmes de santé qui peuvent paraître à première vue très disparates ». En fait, elles regroupent tout problème de santé qui persiste dans le temps et qui requiert des soins de santé continus. À l'instar de l'OMS, la littérature sur la question leur associe principalement les maladies non contagieuses, telles les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, les troubles mentaux à long terme (comme la dépression et la schizophrénie), le diabète, les maladies respiratoires et le cancer de même que certaines maladies contagieuses telles le VIH/SIDA (OMS, 2003; Singh, 2008). Attestant de la vastitude des maladies chroniques, soulignons que l'Institut de la statistique du Québec (2011), s'appuyant sur le critère de prévalence élevée de la maladie ou de son impact sur l'utilisation des services de santé, rangent sept maladies au registre de la chronicité : les allergies (alimentaires et non alimentaires), l'arthrite (ou les rhumatismes), le cancer, le diabète, l'hypertension, les maladies cardiaques, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et les problèmes de la thyroïde. Enfin, le Commissaire à la santé et au bien-être<sup>3</sup> (CSBE, 2010) rapporte, à juste titre, que les experts ne s'entendent pas complètement sur l'ensemble des problèmes de santé à inclure sous le vocable de maladies chroniques et que des observateurs proposent maintenant d'inclure la maladie d'Alzheimer, certains problèmes de santé mentale de nature sévère et persistante, de même que certains problèmes de santé d'origine infectieuse, tels le VIH.

En fait, comme le rapporte le CSBE (2010), les maladies chroniques sont la principale cause de morbidité et de mortalité dans les pays occidentaux. Déjà, en 2003, l'OMS observait que ces maladies chroniques représentaient 60 % des maladies dans le monde et que leur augmentation était telle qu'en 2020, elles représenteraient 80 % des services de santé dans les pays en développement<sup>4</sup>. Au Canada et au Québec, tout comme ailleurs, le pourcentage de la population des 12 ans et plus déclarant au moins une maladie chronique est à la hausse depuis 2000-2001 (Institut de la statistique du Québec, 2009). Aujourd'hui même, au Canada, plus de 65 % de cette même population et au-delà de 90 % de la population âgée de 65 ans et plus rapportent souffrir d'au moins une maladie chronique (CSBE, 2010). Au Québec plus

---

<sup>3</sup> Il s'agit d'une instance gouvernementale québécoise.

<sup>4</sup> Et également aux États-Unis, selon Leykum *et al.* (2007), qui s'appuient sur les recherches de Wu (2000).

précisément, un peu plus de la moitié de la population âgée de 12 ans et plus (52,6 %) est atteinte d'au moins une maladie chronique (Institut de la statistique du Québec, 2009).

Les maladies chroniques constituent donc aujourd'hui la principale cause d'utilisation des services de santé, d'invalidité et de décès aux États-Unis (Pham *et al.*, 2004) et mondialement (Murray et Lopez, 1997a et b; Murray, Lopez et Jamison, 1994). En fait, comme le résume Samson (2010)<sup>5</sup>, dans *Le Soleil*, « les maladies chroniques sont responsables de 65 % des coûts de santé des pays les plus industrialisés et environ 50 % des soins de santé sont consommés par 5 % des patients, dont la majorité souffre de multiples maladies chroniques »<sup>6</sup>. Quant à Weiss (2007), il précise que le temps dispensés aux soins d'une personne présentant une maladie chronique est en moyenne deux fois et demie supérieur à celui déployé auprès d'une personne ne présentant pas de maladie chronique. Ainsi, comme le constate l'Institut de la statistique du Québec (2008), « si la tendance se maintient et avec le vieillissement de la population et la recrudescence des facteurs de risque (par exemple l'obésité, la sédentarité), le fardeau des maladies chroniques devrait s'alourdir, tant pour les personnes (notamment sur le plan de la qualité de vie) que pour le système de santé ».

Quant au commissaire à la santé et au bien-être (2010), il conclut que le système de santé et de service sociaux québécois, tel que conçu présentement et malgré les efforts ponctuels accomplis ces dernières années, parvient difficilement à relever le défi que représentent les maladies chroniques. Pour sa part, l'Institut de la statistique du Québec (2011) estime qu'une pratique de soins adéquate, eu égard aux patients qui présentent un ou plusieurs problèmes de santé chroniques, c'est-à-dire qui parviendrait à « en limiter la progression et les symptômes, est complexe et pose plusieurs défis au système de santé » (p. 1). Encore une fois, comme le synthétise si bien Samson dans le quotidien *Le Soleil* (2010), notre système de santé a été conçu pour une prise en charge limitée dans le temps de même qu'eu égard aux professionnels impliqués.

---

<sup>5</sup> Version en ligne consultée le 6 janvier 2012 à : <http://www.cyberpresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201005/13/01-4280170-maladies-chroniques-le-quebec-fait-pietre-figure.php>.

<sup>6</sup> Ces chiffres sont basés sur des données présentées par le CSBE (2010), *De la performance du système de santé et de services sociaux : État de la situation portant sur les maladies chroniques*. Québec, 136 p.

Le système de santé a été bâti autour de l'hôpital et des médecins, afin de résoudre des problèmes aigus avec une prise en charge ponctuelle et limitée. Or, les maladies chroniques ont besoin d'être suivies dans le temps et pas seulement en temps de crise, en plus d'être soutenus par divers professionnels, nutritionnistes, physiothérapeutes, infirmières, etc.

Soulignons néanmoins qu'aussi paradoxal que cela puisse paraître, l'augmentation des maladies chroniques est attribuable, entre autres, au succès des services de santé publique qui ont permis l'accroissement de l'espérance de vie des populations et l'augmentation conséquente de patients vivant avec une ou plusieurs de ces maladies et ce, pendant des décennies. Comme le précisent plusieurs auteurs, dont Johnston et Cooper (1997) ainsi que Molleman, Broekhuis, Stoffels et Jaspers (2008), cette nouvelle réalité est attribuable au développement de nouvelles technologies de pointe et de connaissances basées sur les données probantes (*evidence-based knowledge*), ce qui a amené les dispensateurs de soins à développer une capacité diagnostique et de traitement évoluée qui a contribué à l'augmentation de la durée de vie. Toutefois, ce développement technologique a aussi participé à une augmentation de la spécialisation et de la différenciation des fonctions professionnelles médicales (Molleman *et al.*, 2008). L'atteinte de résultats de soins de santé satisfaisants requiert ainsi l'implication et la contribution de multiples disciplines assumant différentes fonctions auprès des patients. Ces contributions requièrent toutefois d'être coordonnées, ce qui nécessite la concertation des professionnels impliqués (Molleman *et al.*, 2008). Ainsi, toujours selon ces auteurs, l'arrimage entre la complexité des soins et la « coopération » pourrait permettre la rencontre de la qualité et de l'efficacité. De leur point de vue, le travail d'équipe multidisciplinaire peut générer une zone propice au dialogue et à une créative résolution de problème, et ce, à travers la mise en commun de l'expertise des différentes disciplines. À cet effet, Epping-Jordan, Pruitt, Bengoa et Wagner (2004) estiment aussi que des solutions créatives sont nécessaires pour répondre aux demandes croissantes des maladies chroniques, notamment dans les pays avec une infrastructure de soins primaires limitée. Selon eux, des modèles de soins intégrés qui vont au-delà de maladies spécifiques et qui font la promotion de soins centrés sur le patient représentent une solution réaliste.

Certes, les avancées biomédicales et comportementales ont grandement accru la prévention, et surtout le contrôle de maladies chroniques telles que le diabète, les incidents cardiovasculaires,

le VIH et le cancer, mais elles ne suffisent pas encore, selon l’OMS (2003). Les « évidences » (ou « preuves ») se sont accumulées à travers le monde à l’effet que lorsque les patients reçoivent les traitements appropriés, un soutien d’autogestion de la maladie et un suivi régulier, ils se portent mieux. De surcroît, les « évidences » suggèrent qu’un système de soins organisé, qui ne se réduit pas à une unique personne dispensant les soins, s’avère déterminant dans la production de retombées positives (OMS, 2003).

### **1.1.3 Un changement de paradigme marquant le passage à une nouvelle approche d’organisation des soins**

L’OMS (2003) insiste sur la nécessité d’arrimer les systèmes de santé d’aujourd’hui, dont le modèle a été pensé en fonction des maladies aiguës, à la prévalence actuelle des maladies chroniques qui représentent des problèmes de santé de longue durée. À l’instar de l’OMS, les auteurs sont nombreux à préconiser un urgent réaménagement des soins de santé adaptés à cette complexité croissante, rejetant les modèles linéaires jusque-là prévalant (Plsek et Wilson, 2001). Comme le rapportent Plsek et Greenhalgh (2001) : « Pour composer avec l’augmentation de la complexité dans les soins de santé, nous devons abandonner les modèles linéaires, accepter l’imprévisible, respecter (et favoriser) l’autonomie et la créativité, et répondre de manière flexible aux patterns et « opportunités » émergents » (p. 5, traduction libre).

En fait, selon Côté, Bélanger et Blais (2002), Johnston et Cooper (1997), Platt *et al.* (2001), Stewart (2001), Stewart, Brown, Donner *et al.* (2000) de même que Stewart, Brown, Weston *et al.* (2003), la méthode clinique centrée sur le patient s’avère toute désignée pour composer avec la complexité. Selon Johnston et Cooper (1997), le système de soins (américain) a été construit en s’appuyant sur l’intention de « guérir » (*cure*) plutôt que dans l’optique de « prodiguer des soins » (*care*). Or, comme nous l’avons vu, la situation actuelle générée par une population qui vit plus longtemps augmente les manifestations de diverses maladies chroniques qui nécessitent une continuité des soins. Toujours selon Johnston et Cooper (1997), aucune avenue précise ne s’impose quant au système de soins à déployer [*sic*] mais il est sûr que la structure des services se doit d’être transformée. Les soins centrés sur le patient sont alors valorisés, et ce, dans l’optique des retombées pour le patient lui-même, eu égard aux

tâches de chaque spécialité impliquée. Ainsi, selon l'auteur, ce *pattern* de livraison de soins vise à réduire les coûts et à accroître la qualité et l'efficacité par un moindre nombre de duplication d'activités (professionnelles) et par l'implication du patient dans la gestion de sa maladie. En fait, la prise en compte des éléments biopsychosociaux (Allan, Campbell, Guptill, Stephenson et Campbell, 2006) et l'implication explicite du patient dans la gestion de la maladie (Côté *et al.*, 2002; Platt *et al.* 2001; Stewart, 2001; Stewart, Brown, Donner *et al.*, 2000; Stewart, Brown, Weston *et al.*, 2003) sont associées à la qualité et à l'efficacité recherchées.

## **1.2 L'ÉMERGENCE DE DIFFÉRENTS MODÈLES DE SOINS ADAPTÉS À LA COMPLEXITÉ DES MALADIES CHRONIQUES CENTRÉS SUR LE PATIENT ET FAVORISANT LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE**

Le CSBE (2010) fait état de diverses recherches et projets pratiques qui révèlent comment les problèmes organisationnels du système de santé canadien (et québécois) « se traduisent par une réduction de la capacité à répondre aux besoins de santé des populations, ce qui est particulièrement important pour la prise en charge et le suivi des maladies chroniques » (p. 77). Les principales difficultés organisationnelles concernent la continuité des services ainsi que l'accès rapide, assuré et en tout temps aux soins primaires. De plus, toujours selon le CSBE (2010), au cours de cette dernière décennie, plusieurs instances provinciales et fédérales<sup>7</sup> ont relevé les problèmes relatifs à l'organisation des services médicaux de première ligne : la fragmentation des services, l'utilisation inefficace des fournisseurs de soins en raison du manque de coordination, la faible importance accordée à la prévention ainsi que les problèmes d'accès aux soins. Enfin, le CSBE souligne que les données de recherche montrent que le système de santé actuel « ne favorise pas l'utilisation d'équipes interdisciplinaires » (p. 77). Ainsi, comme le mentionnent Davis, Wagner et Groves (2000), la recherche portant sur des méthodes de soins innovatrices des maladies chroniques se doit d'être priorisée.

Dans cette perspective, Leykum *et al.* (2007) font remarquer que différents modèles de livraison de soins aux patients atteints de maladies chroniques ont émergé au cours des

---

<sup>7</sup> Comité sénatorial (2002); CSBE (2001, 2002).

dernières années. En effet, comme le mentionne le CSBE (2010), en constatant le soutien à offrir aux personnes qui présentent une maladie chronique afin qu'elles gèrent mieux leurs soins, « certains pays ont accéléré l'élaboration et l'implantation de modèles et programmes de gestion des maladies chroniques, dans un but d'efficacité et d'efficience » (p. 88). Ainsi, à l'échelle internationale, le CSBE donne en exemple une vingtaine de modèles de prise en charge des maladies chroniques, en plus d'un grand nombre de programmes déployés au Québec ou dans d'autres provinces canadiennes. Le commissaire observe cependant que de nombreux modèles ont été élaborés à partir du modèle de prise en charge des maladies chroniques (CCM) ou qu'ils en « présentent de nombreuses caractéristiques » ou, à tout le moins, « quelques traits similaires ».

Ainsi, le CCM et ses versions subséquentes bonifiées représentent des références fondamentales, eu égard aux environnements de soins à développer lorsqu'il s'agit de maladies chroniques.

Ces modèles de soins s'imposent en fait comme des structures opérationnelles à déployer. Ils nous apparaissent alors nécessiter des modes de représentations complémentaires [de nouvelles approches], eu égard à la complexité inhérente aux maladies chroniques et aux soins requis ainsi qu'à la collaboration essentielle, centrée sur les besoins du patient et de ses proches, entre professionnels de différents secteurs.

En référence au changement de pratique escompté, nous présentons le modèle de prise en charge des maladies chroniques et ses deux versions subséquentes. Le système adaptatif complexe développé en sciences et la communauté de pratique – qui s'impose comme un modèle de collaboration interprofessionnelle valorisé dans le milieu de la santé –, sont quant à eux présentés en guise d'approches donnant un sens aux changements organisationnels, fonctionnels.

### **1.2.1 Le système adaptatif complexe**

Dans une perspective de changement, plusieurs auteurs considèrent que les services de santé adaptés à la complexité nécessitent un changement de paradigme qui, en plus d'être centré sur le patient, favorise des environnements de soins ouverts à l'incertitude et basés sur la

collaboration interprofessionnelle, aptes à favoriser une mise en commun des connaissances<sup>8</sup> (Fraser et Greenhalgh, 2001; Molleman *et al.*, 2008; Soubhi, 2007, 2009).

Selon Leykum *et al.* (2007), le système adaptatif complexe (SAC, traduction libre de *Complex Adaptive System*) qui s'appuie sur la science de la complexité et qui considère que les environnements cliniques sont non linéaires, s'impose de plus en plus comme cadre de référence pour décrire et comprendre les systèmes cliniques. Toujours selon Leykum *et al.* (2007), le système adaptatif complexe permet en outre de concevoir et d'implanter des interventions qui apportent des retombées positives pour le patient, ce qui en fait une alternative aux modèles élaborés jusqu'ici.

Soulignons au passage la représentation des systèmes (adaptatifs) complexes que nous offrent Martinez-Lavin, Infante et Lerma (2008), laquelle nous apparaît intéressante, dans la mesure où elle met en évidence les caractéristiques qui leur confèrent une capacité d'adaptation applicable au système de soins lorsqu'il s'agit de maladies chroniques<sup>9</sup> : un rassemblement macroscopique<sup>10</sup> de simples unités interagissant (souvent non linéairement), dotées d'une habileté à évoluer et à s'adapter à un environnement changeant, présentant un contrôle dispersé et décentralisé, avec des boucles de rétroaction négative (inhibition) ou positive (stimulation). Comme le rappellent les auteurs : « Ces caractéristiques assurent la résilience

---

<sup>8</sup> Dans le cadre de nos lectures, pour la plupart en langue anglaise, le terme *knowledge* est utilisé indifféremment selon qu'il réfère à la « connaissance » ou au « savoir ». Ainsi, nous traduisons ce terme par l'un ou l'autre en nous appuyant sur la distinction de Legroux (1981, 2008). Soulignons qu'en cas de difficulté à percevoir le sens attribué au terme *knowledge* par les auteurs, nous le traduisons par « connaissance » (plus près du sujet connaissant qui apparaît comme une instance essentielle dans le cadre des communautés de pratique liées à l'apprentissage partagé).

La distinction de Legroux (1981, 2008) s'inscrit dans une perspective piagétienne : « Un savoir est ce qui est transmis, mais non assimilé. Cette assimilation est de la connaissance. C'est cette connaissance, parfois différente du savoir transmis, qui permet une activation dans des situations complexes. Cette connaissance peut différer de ce qui a été transmis, car elle s'ancre sur des connaissances acquises précédemment » (p. 128). Enfin, Legroux affirme que comparativement au savoir, la connaissance engage la personne toute entière, autant avec son affectivité qu'avec son intelligence, autant avec son expérience qu'avec sa raison. Relative à chacun, la connaissance est à la fois objective et subjective. Elle assure la finesse des jugements, la compréhension en profondeur des situations, la capacité à mettre en œuvre des situations adaptées. Elle assure, en termes plus abstraits, l'équilibration maximale entre l'individu et son environnement (p. 300-301).

<sup>9</sup> Le titre de son article exprime d'ailleurs explicitement l'applicabilité aux maladies chroniques : « *Hypothesis: the chaos and complexity theory may help our understanding of fibromyalgia and similar maladies* ».

<sup>10</sup> Macroscopique dans le sens de « global ou systémique », selon Rickles, Hawe et Shiell (2007).

face à une perturbation environnementale, d'où le terme de systèmes adaptatifs complexes » (Martinez-Lavin, Infante, Lerma, 2008, p. 261).

Le système adaptatif complexe conçu dans l'optique de Fraser et Greenhalgh (2001), Plsek et Greenhalgh (2001), Plsek et Wilson (2001) et Wilson *et al.* (2001) apparaît comme un mode de représentation d'une pratique interprofessionnelle adaptée à la complexité des soins [une façon de la concevoir]. Basé sur la théorie de la complexité, le SAC veut répondre au changement de paradigme escompté eu égard à la nécessité d'adapter le système de soins de santé à la complexité des soins (Brown, 2006). Un « système adaptatif complexe est un rassemblement d'agents individuels, libres d'agir de manière pas toujours totalement prévisible, dont les actions sont interreliées, de sorte que l'action d'un agent change le contexte d'action des autres agents » (Plsek et Greenhalgh, 2001). Les paramètres constitutifs des SAC et les principes qui en découlent ressortent de cette définition, soit : 1) des agents (en l'occurrence des dispensateurs de soins); 2) les interconnexions (interrelations entre les agents); 3) l'auto-organisation (l'absence de structure hiérarchique) et 4) la co-évolution (essentielle) du système et de l'environnement (Brown, 2006; Leykum *et al.*, 2007).

En fait, lorsque Plsek et Greenhalgh (2001) présentent le SAC, ils réfèrent à cette zone de complexité que présentent certaines situations dans les soins de santé modernes. Ces situations complexes montrent un tel degré d'incertitude que les protocoles rigides sont souvent abandonnés, à juste titre. Les auteurs valorisent alors l'intuition, l'interprétation, l'abandon de l'adhésion non critique à des règles, lignes directrices (*guidelines*) ou protocoles et préconisent le recours à des outils [modes] de gestion de la complexité.

Selon Brown (2006), pour répondre aux besoins chroniques, les principes-clés de la théorie des SAC doivent être appliqués à la planification des soins de santé et à la recherche connexe. Dans le cadre de leur recherche, Leykum *et al.* (2007) ont observé une relation significative entre le nombre de paramètres du SAC déployés dans le cadre d'une intervention et son efficacité, eu égard à des patients atteints de diabète de type II. Cette efficacité des interventions, présentant des caractéristiques des SAC, amène ces auteurs à valoriser une approche dynamique d'organisation des interventions. Ainsi, Leykum *et al.* (2007) perçoivent l'intervention comme un processus participatif et adaptatif, plutôt que comme l'application



d'un ensemble de modèles (règles préalablement établies). De plus, leur recherche révèle que deux paramètres, la co-évolution (habileté des participants à modifier leurs pratiques basées sur des forces intérieures et extérieures au cadre clinique) et les interconnexions (changements de *patterns* de communication entre les intervenants) ont le plus fort effet sur l'intervention.

Soulignons que l'applicabilité de la notion de SAC aux systèmes de soins de santé a soulevé des critiques, plus précisément sur la transposition des fondements conceptuels : système, complexité, chaos, linéarité, agent, règle, émergence, auto-organisation, co-évolution (Paley, 2007; Reid, 2002; Rickles, Hawe et Shiell, 2007). Paley (2007) se montre particulièrement critique face à la transposition offerte dans le cadre des quatre articles complémentaires publiés par Fraser et Greenhalgh (2001), Plsek et Greenhalgh (2001), Plsek et Wilson (2001) ainsi que par Wilson *et al.* (2001), lesquels sont (néanmoins) devenus des références dans le domaine de la santé. Il nous semble cependant que des références complémentaires (en philosophie des sciences), qui abordent la théorie et la science de la complexité, permettent de se prémunir d'une application erronée ou abusive des concepts principaux. Enfin, le registre métaphorique du SAC, tel que présenté par les différents auteurs cités plus haut, paraît offrir le bénéfice fort appréciable de fournir des paramètres d'appréciation critique, eu égard aux systèmes de santé.

### **1.2.2 Le modèle de prise en charge des maladies chroniques (CCM) et ses versions bonifiées**

Plusieurs auteurs (Bodenheimer, Wagner et Grumbach, 2002a et b; Dorr *et al.*, 2006; Epping-Jordan *et al.*, 2004; Kirsh *et al.*, 2007; Leykum *et al.*, 2007; Poissant *et al.*, 2010; Shortell *et al.*, 2004; Wagner, Brian et Von Korff, 1996) valorisent le modèle de prise en charge des maladies chroniques<sup>11</sup> (*Chronic Care Model*, CCM) comme modèle de gestion des maladies chroniques, développé par Wagner *et al.* (1999). Comme le mentionnent Epping-Jordan *et al.* (2004), le CCM décrit les changements à apporter au système de soins de santé afin de soutenir les pratiques (actuellement déployées dans le cadre des soins primaires), dans le but d'améliorer les soins des maladies chroniques. Ce modèle vise un changement de pratique aux

---

<sup>11</sup> Tout au long du texte, nous utiliserons cette traduction du *Chronic Care Model* (CCM) retenue par le commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

niveaux fonctionnel et clinique, par le biais d'interactions productives entre des patients actifs et informés et une équipe de soins disposée et proactive (Barr *et al.*, 2003). Dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins, l'équipe de travail centre ses efforts et ses interventions sur les quatre composants du système de soins. Comme le mentionne Epping-Jordan *et al.* (2004), ces éléments interdépendants composent un système de soins adapté aux maladies chroniques :

- **Soutien à l'autogestion** (*self-management support*). L'emphase est mise sur le rôle central des patients dans la gestion de leur maladie (Barr *et al.*, 2003). Il s'agit alors de dispenser l'information et le soutien afin d'aider le patient (et sa famille) à mieux prendre soins de sa maladie (Epping-Jordan *et al.*, 2004).
- **Soutien à la prise de décision** (*decision support*). L'intégration dans la pratique quotidienne des « lignes directrices basées sur l'évidence » (traduction libre de *evidence-based guidelines*) (Barr *et al.*, 2003). Ainsi, le partage d'expertises est essentiel et complémentaire aux « lignes directrices » et protocoles qui s'avèrent insuffisants (Epping-Jordan *et al.*, 2004).
- **Restructuration du système de livraison des soins** (*delivery system design*). Centrée sur l'équipe de travail et l'élargissement de la pratique de chacun de ses membres (Barr *et al.*, 2003). De plus, selon Epping-Jordan *et al.* (2004), cela consiste à reconcevoir, restructurer le système de livraison des soins (actuellement adapté aux soins aigus) afin de rendre les interactions plus productives : rencontres planifiées à l'avance, équipe composée de tous les professionnels essentiels aux soins effectifs des maladies chroniques (non uniquement les médecins).
- **Systèmes d'informations cliniques** (*clinical information systems*). Assurer l'accès aux bases de données cliniques au moment opportun et relativement aux populations concernées et aux patients individuellement (Epping-Jordan *et al.*, 2004).

Enfin, le déploiement d'interactions productives entre le patient actif et informé et l'équipe de soins au travers une action concertée, eu égard à ces quatre composants fondamentaux du système de santé, nécessite également une prise en compte des ressources communautaires et des politiques. Ce qui requiert le développement de partenariats entre les organisations

communautaires qui soutiennent et répondent aux besoins du patient (Epping-Jordan *et al.*, 2004).

L'examen de la pertinence et de l'applicabilité du CCM par l'OMS (2003) dans les pays en développement a entraîné la révision et l'adaptation du modèle, générant une version bonifiée, appelée *Innovative Care for Chronic Conditions* (ICCC) que nous traduisons par Soins innovants des maladies chroniques<sup>12</sup>. La bonification du CCM repose ici sur la meilleure intégration des dimensions communautaire et politique dans l'amélioration des soins pour les personnes atteintes de maladies chroniques et à ne plus assimiler le modèle (aussi fortement) à la structure de soins primaires (Bodenheimer *et al.*, 2002a; Epping-Jordan *et al.*, 2004; CSBE, 2010). La meilleure intégration des dimensions communautaire et politique rend le modèle de soins mieux adapté au contexte international, car dans plusieurs pays l'accès aux soins est difficile et la présence de partenaires communautaires devient alors importante, voire essentielle aux interactions patients-équipes de soins (CSBE, 2010). Comme le mentionnent Epping-Jordan *et al.* (2004), l'ICCC offre trois registres sur lesquels construire et restructurer les systèmes de soins relatifs aux maladies chroniques, en tenant compte des demandes et des ressources locales : micro (le patient et ses proches), meso (l'organisation des soins de santé et la communauté) et macro (le système politique). Par exemple, ce troisième registre représente la création et l'intégration de politiques publiques saines et pertinentes, le financement régulier, une législation favorable à la santé, le renforcement de partenariats, le développement et l'affectation de ressources humaines ainsi que l'assurance d'une direction et d'un plaidoyer favorable à la santé (Dubé, 2006, cité dans CSBE, 2010).

Poissant *et al.* (2010) rappellent que le modèle insiste sur la nécessité de déployer des partenariats dynamiques entre la communauté et le système de soins de santé, de même qu'entre les patients et les professionnels de la santé. Ces auteurs mentionnent également des retombées (appréciées) de ces partenariats sur la livraison des services de santé, notamment via la mise en application de la recherche dans une perspective préventive et de livraison de soins, favorisant ainsi l'innovation en santé.

---

<sup>12</sup> Nous référerons à ce modèle amélioré en recourant à l'acronyme anglais ICCC.

Enfin, l'élaboration du modèle élargi de prise en charge des maladies chroniques (*Expended Chronic Care Model*, CCM-E) par Barr *et al.* (2003) « a permis d'étendre les apports du CCM au domaine de la prévention et de la promotion de la santé en allant au-delà du milieu clinique et en prenant en considération les ressources communautaires et les politiques environnantes » (CSBE, 2010, p. 98). Ainsi, le CCM-E a ajouté « trois composantes écosystémiques au CCM : la création de politiques publiques saines, le développement de milieux propices à la santé et le renforcement de l'action communautaire » (CSBE, 2010, p. 98; Barr, 2003). Comme le résume bien le CSBE, ce modèle élargi « vise davantage la promotion de la santé et se base sur une approche populationnelle qui considère tous les déterminants de la santé : les aspects sociaux, environnementaux, économiques et culturels » (p. 99).

On voit donc que les versions bonifiées du CCM ont donné plus d'importance à des dimensions ou composants déjà existants : ressources communautaires et politiques, dimension préventive.

### **1.2.3 Les communautés de pratique comme mode de collaboration interprofessionnelle adapté à la complexité des maladies chroniques**

Les unités de soins d'un hôpital sont dynamiques, imprévisibles et requièrent une capacité d'adaptation face aux situations d'incertitude et de risque (Matthews et Thomas, 2007). Les décisions relatives aux soins sont fréquemment difficiles parce qu'elles revêtent un fort degré d'incertitude et présentent des conséquences importantes, à commencer par l'impact potentiel sur la qualité de vie du patient (Lessard, 2007). De ce fait, selon McKeon, Oswaks et Cunningham (2006), la nature complexe des soins de santé, particulièrement en contexte d'incertitude, nécessite une collaboration s'appuyant sur un modèle mental partagé afin de rapidement discriminer les signaux de défaillance à travers une multitude de données.

Les auteurs sont nombreux à valoriser la collaboration interprofessionnelle (ou interdisciplinaire) dans le domaine de la santé (mentionnons ceux qui nous sont apparus incontournables du point de vue de la rigueur conceptuelle : Couturier et Chouinard, 2006; Couturier, Gagnon, Carrier et Etheridge, 2008; D'Amour, Goulet, Labadie, San Martín-Rodriguez et Pineault, 2008; D'Amour, Ferrada-Videla, San Martín-Rodriguez et Beaulieu,

2005; Davoli et Fine, 2004; Freidman, 2001; Klein, 2008). La littérature à cet effet nous montre que les communautés de pratique (CdeP) (Lave et Wenger, 1991) représentent un mode de collaboration interprofessionnelle valorisé par un très grand nombre de chercheurs du domaine de la santé<sup>13</sup>. D'ailleurs, à ce jour, lorsque, à l'instar de Li *et al.* (2009a), nous procédons à une recherche sur le web via *Google scholar*, en utilisant les mots exacts « *Health community of practice* », nous obtenons 1 920 000 liens, ce qui n'est pas peu dire!

Soulignons que la notion de communauté de pratique s'inscrit dans un cadre conceptuel dense et élargi, applicable à une variété de domaines, dont celui de la santé. En référence à la définition de Wenger, McDermott et Snyder (2002), les communautés de pratique sont « des groupes de personnes qui partagent une préoccupation, un ensemble de problèmes ou une passion à propos d'un sujet et qui approfondissent leurs connaissances et leur expertise dans ce domaine en interagissant de manière régulière » (p. 4). Dès lors, la collaboration devient un élément central pour le tissage de liens, le partage de connaissances et la concertation autour de questions et d'actions communes.

Wenger (1998) propose de « concevoir l'apprentissage sous l'angle d'une participation sociale » (p. 2). Dans cette perspective, les CdeP, de par leur structure dynamique, permettent l'apprentissage continu sur un objet de connaissance particulier. Il importe de souligner que cette vision sociale de l'apprentissage et les quatre concepts sous-jacents (sens, communauté, pratique et identité) révèlent l'importance du monde extérieur dans le processus de construction de sens, de même que l'importance de la pratique (du « faire »), dans le processus développemental de l'identité personnelle (définition de soi). En fait, la conceptualisation associée à la notion de CdeP est toujours présentée dans l'optique du processus d'apprentissage, ce qui en marque l'intérêt lorsqu'il s'agit de la complexité des soins qui requièrent la mise en commun des savoirs professionnels autour d'une problématique de santé en perpétuelle transformation, génératrice d'incertitude.

---

<sup>13</sup> Barr (2001); Booth, Tolson, Hotchkiss et Schofield (2007); Cope, Cuthbertson et Stoddart (2000); Fung-Kee-Fung, Goubanova, Sequeira, Abdulla, Cook, Crossley *et al.* (2008); Huckson et Davies (2007); Iedema, Meyerkort et White (2005); Kernick (2005); Norman et Huerta (2006); Poissant *et al.* (2010); Rolls, Kowal, Elliott et Burrell (2008); Rossignol, Poitras, Dionne, Tousignant, Truchon, Arsenault *et al.* (2007); Soubhi (2007); Soubhi, Rege Colet, Gilbert, Lebel, Thivierge, Hudon, Fortin (2009); Tartas et Muller (2007); Andrew, Tolson et Ferguson (2008); Tolson, Booth et Lowndes (2008); Tolson, McAloon, Hotchkiss et Schofield (2005); Tolson, Schofield, Kelly et Booth (2006).

De manière plus précise, mentionnons qu'un argument fréquemment invoqué en faveur des CdeP porte sur le mode de gestion des connaissances qu'on tente d'implanter dans le milieu de la santé, lequel repose sur une politique de soins « basés sur l'évidence », qui préconise la mise en application (dans la pratique) des savoirs explicites issus de la recherche. Dans ce contexte, des guides de pratiques cliniques dérivés des résultats de recherche et offrant des « lignes directrices » (*guidelines*) sont valorisés par les gestionnaires (Fung-Kee-Fung *et al.*, 2008; Gabbay et Le May, 2004; Gabbay, Le May, Jefferson, Webb, Lovelock, Powell, Lathlean *et al.*, 2003; Tsai, 2005). Plusieurs auteurs se montrent toutefois étonnés qu'un tel processus linéaire et rationaliste d'acquisition de connaissances soit ainsi valorisé dans le domaine de la santé alors que la réalité montre plutôt que les praticiens basent leur prise de décision sur leurs « lignes de pensée personnelles » (*mindlines*) (Booth *et al.* 2007; Gabbay et Le May, 2004; Gabbay *et al.*, 2003; Kernick, 2005; Tsai, 2005) et que ces *mindlines* sont minimalement appuyées sur des sources littéraires (Booth *et al.*, 2007; Gabbay et Le May, 2004; Tsai, 2005). La CdeP est alors perçue comme une formule à valoriser pour unir les deux registres de connaissances explicites et tacites, relier l'approche de gestion des connaissances basées sur l'évidence et l'approche basée sur l'expérience, fusionner les *guidelines* et les *mindlines* (Fung-Kee-Fung *et al.*, 2008; Gabbay et Le May, 2004; Li *et al.*, 2009a).

Il va sans dire que la culture et la structure organisationnelles souples des communautés de pratique paraît en mesure de s'arrimer aux paramètres d'un système adaptatif complexe, générant une capacité d'adaptation cliniquement féconde en cas de situations inusitées et incertaines. Ainsi, à l'intérieur même des CdeP, les interactions requises entre les intervenants capables d'auto-organisation, c'est-à-dire de structurer leur action collective à travers le partage et la co-constuction de connaissances, peuvent permettre la co-évolution de leur système d'activité (individuel et collectif) et de leur environnement de soins. De plus, du fait que les CdeP permettent l'intégration de différents profils professionnels centrés sur un patient commun, rattachés à des domaines diversifiés (bio-psycho-social), elles favorisant la rencontre des expertises médicales et sociales. Ainsi, les CdeP paraissent capables de s'adapter à la complexité et de favoriser une véritable collaboration interprofessionnelle dans un environnement ouvert, débordant le monde médical, tenant compte de la réalité du patient, des

ressources communautaires et des politiques ambiantes, tel que le valorise le modèle de prise en charge des maladies chroniques (CCM) et les modèles qui en découlent (le ICCM et le CCM-E).

### **1.3 DE L'INTÉRÊT DE MIEUX SAISIR LE DÉVELOPPEMENT D'UNE PRATIQUE COLLABORATIVE FAVORABLE AU PARTAGE ET À LA CO-CONSTRUCTION DES CONNAISSANCES AU SEIN DE COMMUNAUTÉS DE PRATIQUE**

Le Réseau de recherche en santé des populations du Québec (2007)<sup>14</sup>, dont l'un des objectifs vise le partage et l'utilisation des connaissances auprès et par les différents acteurs du réseau de la santé (décideurs, intervenants et population), insiste sur l'importance du contexte propice au partage des connaissances et sur la méconnaissance qu'on en a. Qui plus est, la même instance gouvernementale estime que la recherche devrait approfondir les enjeux relationnels qui constituent une dimension fondamentale du partage des connaissances.

De plus, considérant la complexité des maladies chroniques, la littérature sur le sujet nous amène à envisager un mode de collaboration interprofessionnelle favorisant le partage des connaissances que requiert une pratique de soins évolutive, capable de répondre efficacement à l'incertitude inhérente à la chronicité. Dans cette perspective, à l'instar du Réseau de recherche en santé des populations du Québec, nous nous interrogeons sur l'arrimage entre la collaboration et le partage des connaissances. Enfin, compte tenu que la collaboration interprofessionnelle escomptée n'est pas implantée dans nos systèmes de soins actuels qui sont davantage axés sur la spécialisation et la fragmentation conséquente des soins, les CdeP nous apparaissent un mode de collaboration interprofessionnelle adapté au partage et à la co-construction de connaissances.

#### **1.3.1 L'objectif général de notre recherche**

Ainsi, dans une perspective générale, nous nous interrogeons à savoir quelles sont les conditions favorables au développement d'une collaboration interprofessionnelle au sein de

---

<sup>14</sup> Le Réseau de la recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ) compte 634 chercheurs.

communautés de pratique œuvrant auprès de patients atteints de maladies chroniques ? Comment les professionnels ainsi rassemblés en arrivent-ils, à travers leurs échanges et réflexions, à une pratique concertée favorable au partage et à la co-construction de connaissances ? Dans quelle mesure la collaboration interprofessionnelle déborde-t-elle le cadre clinique médical et intègre-t-elle les ressources du milieu communautaire ?

Telles sont les principales questions qui soutiennent notre démarche de recherche dont l'objectif général est d'analyser et de comprendre des expériences, rapportées dans la littérature, de collaboration interprofessionnelle au sein de communautés de pratique centrées sur le patient atteint de maladies chroniques.

Notre démarche vise ultimement à mieux saisir le développement d'une collaboration interprofessionnelle favorable au partage et à la co-construction des connaissances au sein de communautés de pratique dont l'efficacité et l'efficience permettent l'adaptation à la complexité et à l'incertitude que génèrent les maladies chroniques. Une synthèse des déterminants (favorables et défavorables) à la collaboration interprofessionnelle permettra la formulation de recommandations pragmatiques visant l'amélioration des services de santé ou l'identification de pistes de recherche qui y mèneront.



## CHAPITRE II – CADRE CONCEPTUEL

La problématique des maladies chroniques paraît favoriser le déploiement de CdeP comme mode de collaboration interprofessionnelle adapté à la complexité et à l'incertitude qui les caractérisent, de même qu'à l'ouverture de l'environnement de soins qu'elles requièrent, au-delà de la perspective médicale. Ses paramètres en font un mode de collaboration interprofessionnelle adapté au partage et à la co-construction de connaissances nécessaires au suivi clinique requis.

Comme l'illustre la figure 1, ce chapitre porte d'abord sur les fondements théoriques de la notion de communauté de pratique dans une perspective sociale appliquée à la problématique des maladies chroniques et à l'organisation conséquente des soins. Ce positionnement théorique est axé sur l'évolution du concept dans les principaux travaux de Wenger et de ses collaborateurs. Les communautés de pratique sont ensuite positionnées comparativement à des modes de travail collaboratif qui lui sont fréquemment associés, voire même confondus dans la littérature (communauté, communauté d'apprentissage, communauté apprenante, organisation apprenante, communauté épistémique). Dans la même veine, une section est consacrée à l'opérationnalisation comparative et critique des notions de collaboration, coopération et coordination ainsi qu'aux notions d'interdisciplinarité et d'interprofessionnalité. Le concept CdeP est également positionné eu égard à ses axes collaboratif (social) et cognitif (connaissances), révélant son apport à l'apprentissage partagé, à la co-construction des connaissances. Enfin, les CdeP sont abordées comme formule de travail collaboratif adaptée à la gestion des connaissances, fusionnant l'évidence scientifique et l'expérience pratique, favorisant l'apprentissage et l'innovation.



*Figure 1.* Positionnement conceptuel de la notion de CdeP.

Ce positionnement conceptuel nous paraît essentiel, compte tenu de notre intention de recherche qui est d'analyser et de comprendre des expériences de collaboration interprofessionnelle rapportées dans la littérature dans le domaine de la santé. Cette démarche nous permettra de mieux analyser et de mieux saisir le cadre théorique et conceptuel des auteurs qui seront consultés. Enfin, précisons qu'elle nous paraît incontournable car notre recherche est planifiée dans l'optique de mieux saisir le développement d'une collaboration interprofessionnelle favorable au partage et à la co-construction des connaissances au sein de communautés de pratique œuvrant auprès de patients atteints de maladies chroniques.

## **2.1 LES COMMUNAUTÉS DE PRATIQUE COMME FORMULE DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ADAPTÉE À LA COMPLEXITÉ DES MALADIES CHRONIQUES**

Dans la mesure où nous reconnaissons la valeur des CdeP dans le développement d'une pratique de soins adaptée aux maladies chroniques, il apparaît important de mieux saisir ce qui nous paraît être l'ultime apport de ces communautés soit : l'apprentissage partagé qui permet

une pratique concertée. Ainsi, nous allons d'abord nous pencher sur la conception des CdeP selon Wenger, dans une perspective sociale et comment, selon lui, l'apprentissage est socialement ancré.

À l'instar de plusieurs auteurs, dont Cope, Cuthbertson et Stoddart (2000), Cox (2005), Éraut (2002), Gabbay *et al.* (2003), Greenfield, Travaglia, Nugus et Braithwaite (2007), Li *et al.* (2009a), Mendes, Ferreira da Silva et Tribolet (2008), Roberts (2006) et Tsai (2005), nous estimons que pour bien circonscrire et comprendre le concept de CdeP de même que les différentes interprétations qui lui sont attribuées, l'analyse de son évolution dans l'œuvre de Wenger s'avère incontournable, et ce, en se centrant sur ses publications majeures à titre d'auteur ou de co-auteur, soit Lave et Wenger (1991), Wenger (1998/2005) ainsi que Wenger, Mc Dermott et Snyder (2002). À chacune de ces étapes conceptuelles, les éléments qui nous paraissent s'imposer comme des fondements de la notion de CdeP seront explicités.

### **2.1.1 L'amorce de l'apprentissage individuel situé et socialement ancré : la participation périphérique légitime (Lave et Wenger, 1991)**

Lave et Wenger (1991) situent l'apprentissage dans une (co)participation sociale. Selon J.A. Hanks, dans son introduction à cet ouvrage, les auteurs démontrent comment l'apprentissage situé relie l'apprentissage individuel et les situations sociales dans lesquelles il apparaît. En fait, plutôt que de restreindre l'apprentissage à l'acquisition de savoirs propositionnels et de se demander quels types de processus cognitifs et de structures conceptuelles sont impliqués, ils s'interrogent sur les engagements sociaux qui fournissent le contexte nécessaire au déploiement de l'apprentissage de l'individu. Ainsi, comme le note Hanks, l'apprenant n'acquiert pas un corpus discret de savoirs abstraits qu'il va transporter et répéter dans d'éventuels contextes, il acquiert plutôt l'habileté « d'accomplissement »<sup>15</sup> en s'engageant dans le processus, dans des conditions de « participation périphérique légitime ». Ce concept, central dans cet ouvrage de Lave et Wenger (1991) (Cox, 2005; Li *et al.*, 2009a; Roberts, 2006), connote un mode particulier d'engagement de l'apprenant qui participe à la pratique

---

<sup>15</sup> Traduction libre de *to perform*.

(d'un expert), mais en assumant une implication et une responsabilité limitées face au produit ultime généré (Hanks, cité dans Lave et Wenger, 1991).

En fait, toujours selon Lave et Wenger (1991), la légitimité de participation définit le mode d'appartenance et n'est donc pas seulement une condition cruciale à l'apprentissage, mais un élément constitutif. Selon eux, « la participation centrale » correspond à un positionnement évident dans une communauté de pratique alors que *peripherality* (traduction libre, « périphérie ») suggère qu'il y a de multiples façons, plus ou moins engagées et intégrées, de se situer dans le champ de participation défini par une communauté. La participation périphérique est donc un positionnement dans le monde social.

Dans cette optique, les auteurs mettent en garde contre l'interprétation réductrice qui peut être attribuée à la participation périphérique versus une pleine participation. Ils insistent sur le caractère positif de ce concept dynamique de « périphérie » qui suggère plutôt l'ouverture, une façon d'accéder à des sources de compréhension à travers une implication en devenir, qui se développera au rythme de l'apprenant. Ainsi, ce qui apparaît intéressant dans cette conception, c'est que l'ambiguïté inhérente à la participation périphérique est dépassée par la légitimité qui lui est conférée : la légitimité octroyée par l'organisation sociale concernée, qui attribue un plein potentiel analytique aux membres positionnés en périphérie.

Lave et Wenger (1991) associent quatre notions fondamentales à la participation périphérique légitime et à l'apprentissage situé : la situation d'apprentissage; l'accompagnement par des experts en guise de modèle; la co-participation et la communauté de pratique. Ils insistent sur comment ces éléments fournissent à l'apprentissage un cadre différent du cadre conventionnel de formation. Selon eux, l'intérêt de l'apprentissage situé à travers une participation périphérique légitimée en CdeP s'impose car il permet de passer du focus conventionnel sur l'individu comme apprenant, à l'apprentissage comme participation dans le monde social, de même que de passer de la centration sur le processus cognitif, à une vision plus englobante d'apprentissage ancré dans une pratique sociale.

Aux yeux de Cox (2005), Li *et al.* (2009a) et Roberts (2006), l'apport de Lave et Wenger s'inscrit dans la lignée de celui de Brown et Duguid (1991), qui font office de précurseurs. Par

exemple, selon Cox (2005), Brown et Duguid recourent au concept de CdeP pour décrire comment les travailleurs s'engagent (spontanément, de manière improvisée) dans des groupes informels à la fois sur les lieux mêmes du travail et hors du travail, pour le partage d'informations ainsi que pour développer de nouvelles solutions aux problèmes vécus par l'équipe de travail et reconnus par les instances officielles. Pour lui, cette conception des CdeP s'éloigne toutefois du focus de Lave et Wenger sur la transmission d'habiletés existantes et se centre plutôt sur la création de nouvelles connaissances.

Comme le résume Li *et al.* (2009a), Lave et Wenger (1991) estimaient donc qu'une bonne part de l'apprentissage des praticiens se réalise dans des relations sociales sur les lieux de travail plutôt qu'en classe, ce qui correspond au concept d'« apprentissage situé ». Selon eux, le thème central de ce premier livre est les relations entre novices et experts, et le processus à travers lequel les nouveaux venus développent une identité professionnelle. L'apprentissage survient surtout au cours de rassemblements informels, où les professionnels interagissent entre eux et partagent des histoires à propos de leurs expériences et où les novices consultent ouvertement et spontanément les experts. Dans le cadre d'un tel processus, les failles de la pratique sont identifiées et des solutions sont envisagées. Les interactions informelles deviennent alors le moyen pour les praticiens de bonifier leur pratique et de générer des nouvelles approches aux problèmes récurrents (Li *et al.*, 2009a).

Toujours selon Li *et al.* (2009a), à cette étape conceptuelle de 1991, les CdeP sont vaguement définies comme des gens de la même discipline qui améliorent leurs habiletés en travaillant aux côtés d'experts et en étant impliqués dans des tâches de plus en plus complexes. Le parcours entre la position de nouveau venu et la position d'expert est bien reconnu dans le concept d'« apprentissage périphérique légitime », par lequel les nouveaux arrivants ont la possibilité d'apprendre en assumant d'abord des tâches simples. La maîtrise éventuelle des compétences permet de devenir expert, ce qui favorise un plus fort engagement dans la pratique (Lin et Beyerlein, 2006) et, subséquemment, d'assumer les responsabilités de mentorat auprès des nouveaux venus. Dans ce contexte, selon Li *et al.* (2009a) les CdeP peuvent être vues comme un système permettant aux gens de développer et de parfaire des tâches existantes plutôt que de créer de nouvelles façons de faire.

Selon Cox (2005), l'ouvrage de Lave et Wenger (1991) s'est avéré déterminant parce qu'il propose une nouvelle approche pour mieux comprendre l'apprentissage, notamment celui qui se développe au travail. Cette approche se centre sur les interactions sociales situées, informelles, plutôt que sur un processus mécaniste de transmission cognitive. Contrairement à Li *et al.* (2009a), il considère que de telles interactions authentiques stimulent l'apprentissage de ce qui se doit d'être connu et découvert eu égard aux complexités de la pratique réelle. De plus, selon l'auteur, l'apprentissage dépasse ici l'acquisition de connaissances car il contribue au changement d'identité. La participation périphérique qui s'inscrit dans la pratique est identifiée comme un élément déterminant dans le processus d'apprentissage.

Ainsi, comme le constate Roberts (2006), Lave et Wenger (1991) définissent les CdeP comme « un système de relations entre des personnes, des activités et le monde, système qui se développe dans le temps et parallèlement à d'autres communautés de pratique interreliées », eu égard aux connaissances impliquées. Selon lui, ainsi définies, les CdeP ne peuvent instantanément émerger depuis une recommandation extérieure. Certes, un gestionnaire peut créer une CdeP relativement à un projet particulier, mais ce n'est qu'à travers le temps que cette CdeP émergera réellement. Le gestionnaire pourrait plutôt favoriser l'émergence spontanée des CdeP, les soutenir dans leur développement, dépassant ainsi la pratique fragmentée de leur organisation (Roberts, 2006).

Enfin, comme l'illustre la figure 2, la thèse de Lave et Wenger (1991) insiste sur le pôle social de l'apprentissage individuel qui permet le développement de l'identité partagée, à travers notamment l'*apprenticeship*, c'est-à-dire le transfert des connaissances entre l'apprenti et l'expert, dans le contexte d'un apprentissage périphérique légitime, se déroulant en communauté de pratique.

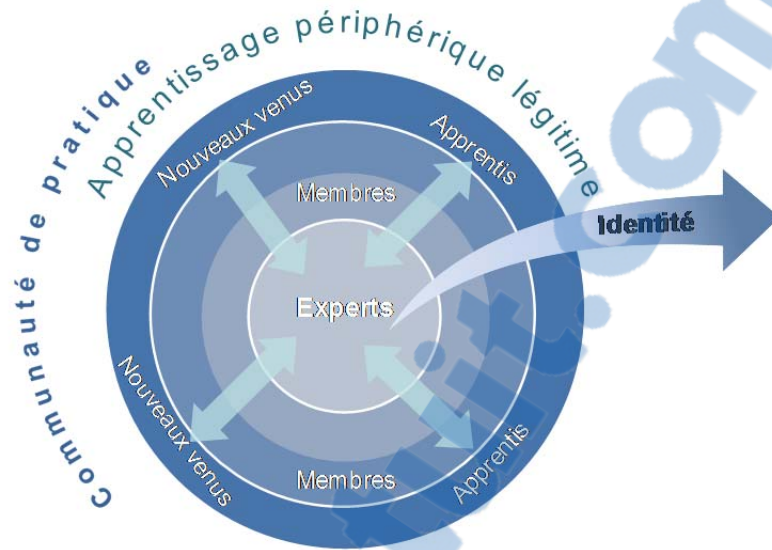


Figure 2. Synthèse de l'apport conceptuel de Lave et Wenger (1991) de la notion d'apprentissage périphérique légitime en communauté de pratique.

### 2.1.2 L'apprentissage individuel situé et partagé dans une pratique collective réifiée (Wenger, 1998/2005)

Comme le mentionnent Mendes *et al.* (2006), Li *et al.* (2009a) et Roberts (2006), plutôt que de poursuivre le développement du concept de CdeP dans l'optique de l'apprentissage périphérique légitime, l'élément central de l'élaboration de 1998 est la description de la CdeP comme une entité délimitée par trois dimensions interreliées : l'engagement mutuel, l'entreprise conjointe et le répertoire partagé. Ces dimensions s'avèrent révélatrices d'une pratique concertée et réifiée, de même que de la co-participation essentielle et de l'identité ainsi générée.

#### 2.1.2.1 Les dimensions sociales de la pratique partagée en communauté

Les définitions succinctes et complémentaires des trois dimensions d'une CdeP, établies par Li *et al.* (2009a) et Roberts (2006), permettent de compléter celles de Wenger (1998/2005) et de bien saisir, comme le mentionne Wenger, « la portée de la pratique dans la notion de communauté » :

- **L'engagement mutuel** représente les interactions entre les individus qui conduisent à la création et au partage de sens relativement à un enjeu ou à un problème rencontré (Li *et al.*, 2009a). Les membres de la CdeP interagissent donc les uns avec les autres en établissant des règles et en développant des liens (Roberts, 2006). Selon Wenger (1998/2005), cet engagement mutuel est l'élément essentiel d'une CdeP, c'est ce qui définit la communauté.
- **L'entreprise conjointe** est le processus par lequel les gens s'engagent et travaillent ensemble dans un but commun (Li *et al.*, 2009a). Les membres sont alors reliés par une compréhension du sens attribué à l'entreprise conjointe (Roberts, 2006). Enfin, selon Wenger (1998/2005), la négociation d'une entreprise commune (ou d'un projet commun) est fondamentale à la cohérence d'une communauté. Pour cet auteur, trois éléments s'avèrent essentiels à une entreprise commune :
  - ✓ elle doit être le fruit d'une négociation collective qui reflète la complexité de l'engagement mutuel;
  - ✓ elle est définie par les participants en cours de processus et doit s'arrimer à leur réalité, à leurs intérêts;
  - ✓ elle n'est pas qu'un objectif, elle crée chez les participants une relation de responsabilité mutuelle.
- **Le répertoire partagé** réfère aux ressources communes (structure, langage, outils, routines, histoires, artefacts) partagées par une communauté en vue de faciliter la négociation de sens, l'arrimage et la mise en commun, en plus de créer davantage d'engagement dans la pratique. Il s'agira alors autant d'éléments de participation : modes de fonctionnement, routines partagées que d'éléments de réification (symboles partagés, documents produits ensemble, etc.) (Li *et al.*, 2009a; Roberts, 2006; Wenger, 1998/2005).

Ces dimensions de la pratique en tant que propriétés de la communauté sont présentées comme essentielles, du fait qu'elles permettent de mieux saisir le cheminement collaboratif d'une CdeP. En outre, Wenger (1998/2005) présente 14 indicateurs de l'existence d'une CdeP, lesquels renvoient aux trois dimensions, ce qui paraît démontrer son intention de délimiter davantage la notion de CdeP dans cette étape conceptuelle. Toutefois, l'interprétation qu'en font Li *et al.* (2009a) montre que la plupart de ces 14 indicateurs se rapportent plutôt à



l'engagement mutuel et au répertoire partagé, et que seulement deux se rapportent au travail dans un but commun (entreprise conjointe)<sup>16</sup>, ce qui révèle la difficulté de circonscrire un projet collectif.

### ***2.1.2.2 Du sens à l'identité en passant par la pratique en communauté : les deux axes de l'apprentissage***

Wenger (1998/2005) conçoit l'apprentissage sous l'angle d'une participation sociale, c'est-à-dire d'un processus de « collaboration active aux *pratiques* d'une communauté sociale et de la construction *d'identités* en lien avec elle ». Pour lui, un tel mode d'engagement « façonne non seulement notre agir, mais aussi notre manière d'être et de l'interpréter (*sens*) » (p. 2).

Dans cette perspective, l'auteur propose une théorie sociale de l'apprentissage qui s'appuie sur quatre composantes principales qui mettent en évidence l'importance de la participation sociale, laquelle est vue comme un processus d'apprentissage, une démarche vers la connaissance. Comme l'illustre la figure 3, la théorie sociale de l'apprentissage découpe celui-ci en deux axes qui révèlent l'importance du monde extérieur (la communauté) dans le processus de construction de sens (axe vertical), de même que l'importance de la pratique (du « faire »), dans le processus développemental de l'identité personnelle (définition de soi, axe horizontal).

---

<sup>16</sup> Cette interprétation de Li *et al.* (2009a) est présentée dans le tableau qui figure à l'annexe 1.



Figure 3. Composantes de la théorie sociale de l'apprentissage de Wenger (1998/2005) (Adaptation de Wenger, 1998/2005, p. 3).

En fait, la construction de sens émanant de l'axe vertical est dépendante de la pratique qui offre le bénéfice du développement identitaire de la personne (axe horizontal). Ainsi, l'activité pratique partagée en communauté permet la quête de sens entraînant un développement personnel (identitaire). Notre adaptation de la figure de Wenger consiste en l'ajout de flèches entre les différents éléments et l'ajout (à caractère explicite) de la dimension *participation sociale* à l'*apprentissage*, afin d'insister sur comment celui-ci résulte de celle-là et que les autres composantes participent conjointement, de manière interdépendante, à ce processus.

### 2.1.2.3 Une négociation de sens à travers la participation et la réification

Selon Wenger (1998/2005), « la signification n'est jamais construite indépendamment de l'univers ambiant, mais ce dernier n'impose pas pour autant une ou des significations » (p. 59-60). Ainsi, la quête de sens passe par un processus de négociation de « l'expérience dans le monde » et cette négociation de sens résulte de deux processus complémentaires : la participation et la réification que l'auteur définit ainsi :

- **La participation** réfère à « l'expérience sociale de vie dans le monde, d'appartenance à des communautés sociales et d'engagement dynamique dans des projets collectifs. La

participation est donc à la fois personnelle et sociale. Il s'agit d'un processus complexe qui comprend plusieurs gestes : faire, parler, penser, ressentir et appartenir. Elle engage l'individu dans sa totalité : corps, esprit, émotions et relations » (Wenger, 1998/2005, p. 61).

- **La réification** réfère au processus qui consiste à concrétiser l'expérience vécue en créant des objets qui la cristallisent en une « chose ». Comme le fait remarquer Wenger, toutes les communautés de pratique créent des choses abstraites, des outils, des symboles, des histoires, des mots et des concepts qui réifient un élément de la pratique. Ainsi, selon lui, la réification couvre « un large éventail de processus tels que fabriquer, concevoir, représenter, nommer, codifier, décrire, percevoir, interpréter, utiliser, réutiliser, décoder et remanier » (Wenger, 1998/2005, p. 62-65).

Selon Wenger (1998/2005), le processus de réification est au cœur de chaque pratique. Roberts (2006) y voit un élément fondamental de cette période de conceptualisation. Ainsi, les démarches de participation et de réification dans une communauté de pratique semblent potentiellement révélatrices de l'activité partagée. De plus, l'engagement des différents membres dans la négociation de sens sous-jacente à la production des objets, de même que le type et l'ampleur des contributions de chacun aux objets comme tels, nous paraissent aptes à renseigner quant au processus de participation déployé. Enfin, selon Lin et Beyerlein (2006), les CdeP soutiennent l'émergence du sens parce qu'elles favorisent à la fois la participation et la réification.

#### ***2.1.2.4 L'identité individuelle marquée par l'expérience collective***

L'importance du développement identitaire de la personne à travers la pratique partagée en communauté est un élément important de la théorie sociale de l'apprentissage de Wenger (1998/2005). En effet, la quête de sens sous-jacente au partage de compétences et de connaissances dans des interactions sociales significatives génère des repères d'auto-appréciation importants selon l'auteur. Ainsi, l'interaction entre les membres impliqués, le partage d'expériences et d'idées, s'avèrent déterminants sur l'image de soi que chacun en retire. Comme le formulent Lin et Beyerlein (2006), l'identification à la CdeP génère une forte

motivation à apprendre et une relation de confiance entre chacun. L'identité, de dire les auteurs, est liée à l'appartenance (inter) personnelle qui unit la communauté.

### ***2.1.2.5 Un mode de fonctionnement favorable à la pratique réflexive***

Il importe d'insister sur le fait qu'un intérêt des CdeP réside dans leur structure d'activité, leur mode de fonctionnement (horizontalité versus hiérarchie), leur approche (ouverture à l'inconnu, à l'innovation) et leur indépendance organisationnelle, lesquelles paraissent des plus appropriées à l'apprentissage et au développement professionnels. Dans cette perspective, l'approche de Schön et/ou d'Argyris (1983/1994; 1983/1996), en insistant sur la pensée réflexive générée lors de situations de pratique inusitées, paraît tout à fait à valoriser dans le cadre des CdeP. D'ailleurs, une CdeP qui favorise la pensée réflexive s'avère adaptée aux situations nouvelles, incertaines ou complexes selon Wenger (1998/2005) qui valorise la réflexion dans la quête de sens. Enfin, soulignons qu'aux dires de Wenger, « dans le cas d'une communauté qui profite d'ateliers de réflexion pour enclencher une réflexion intense, l'éloignement de l'environnement institutionnel est susceptible de créer la discontinuité nécessaire à l'exploration de nouvelles possibilités » (Wenger, 1998/2005, p. 271).

En résumé, comme l'illustre la figure 4, la pratique partagée dans la communauté, comme source d'apprentissage individuel qui participe à la création de sens et au développement de l'identité personnelle, s'avèrent les notions majeures du développement conceptuel de Wenger (1998/2005).



*Figure 4.* Synthèse de l'apport conceptuel de Wenger (1998/2005) à la notion de communauté de pratique.

Dans cette optique, la pratique ancrée dans la communauté prend forme à travers l'engagement mutuel, l'entreprise commune et le répertoire partagé, lesquels requièrent une participation réifiée. La pratique ainsi située permet l'émergence d'une pratique réflexive partagée en communauté.

### **2.1.3 La gestion des connaissances collectives de Wenger, McDermott et Snyder (2002)**

Comme le font remarquer Li *et al.* (2009a), Wenger *et al.* (2002) déplacent l'attention, jusque-là portée à l'apprentissage individuel (socialement ancré) et au développement conséquent de l'identité, à l'intention d'offrir un outil de gestion des connaissances des travailleurs, dédié aux organisations. Faisant office de rupture quant aux publications précédentes qui considèrent que les CdeP peuvent émerger spontanément et bénéficient d'une forme d'indépendance face à l'institution, ce travail suggère plutôt que les organisations peuvent orchestrer et cultiver les CdeP dans l'intention d'améliorer leur productivité (Li *et al.*, 2009a). Cox (2005) décrit cette étape conceptuelle comme un changement de perspective. Selon lui, Wenger *et al.* (2002) centrent maintenant leur attention sur la valeur de la CdeP comme outil de gestion des connaissances et abandonnent les exemples initiaux de modélisation par l'expert, pour se centrer sur l'innovation et la résolution de problème. En fait, ceux-ci arrivent à une définition des CdeP plus explicite qu'auparavant : « Une communauté de pratique est un groupe de personnes qui partagent un intérêt pour un domaine particulier de leur travail, qui approfondissent leurs connaissances et leur expertise dans ce domaine en interagissant de manière régulière » (p. 4). Dès lors, la collaboration devient un élément central pour le tissage de liens, le partage des connaissances et la concertation autour de questions et d'actions communes.

#### ***2.3.1.1 Trois nouvelles caractéristiques des communautés de pratique***

Un autre changement important, sur lequel insistent Li *et al.* (2009a) et Mendes *et al.* (2008), est le remplacement des trois dimensions de la pratique identifiées en 1998 (engagement mutuel, entreprise commune, répertoire partagé) par trois caractéristiques inhérentes aux CdeP : un domaine d'activité partagé, une communauté en interactions, une pratique commune en lien avec le domaine partagé. Il s'agit en fait d'un modèle structural de CdeP qui s'impose

quasiment comme une définition. Li *et al.* (2009a) rappellent que les CdeP matures peuvent favoriser la création et la dissémination des connaissances lorsque les trois éléments sont rassemblés mais que Wenger *et al.* (2002) ne précisent toutefois pas comment la communauté qui en est à ses premières étapes de développement peut y parvenir :

- **Le domaine** de connaissances offre un terrain commun (c'est-à-dire les compétences qui distinguent membres et non membres) et génère un sentiment d'identité partagée. Un domaine bien défini s'avère mobilisateur pour les membres de la communauté et les autres intervenants ou gestionnaires concernés.
- **La communauté** crée un tissu social favorable à l'apprentissage à travers des interactions et des relations aux autres. Dans cette optique, une communauté solide favorise les interactions basées sur le respect mutuel et la confiance. La communauté encourage le partage d'idées, l'expression des éléments inconnus et des questions difficiles, l'écoute attentive, l'ouverture à l'incertitude, créant ainsi un environnement humain propice à l'apprentissage et à la construction de connaissances.
- **La pratique** réfère à un répertoire, un ensemble de ressources partagées permettant la formulation de problématiques récurrentes, ce qui inclut des documents, idées, informations, expériences, histoires, outils, styles, langage, partagés par les membres de la communauté. Par essence, la pratique est la connaissance intrinsèque que la communauté partage, développe et maintient.

Wenger *et al.* (2002) estiment que les CdeP peuvent optimiser la création et la dissémination des connaissances lorsque les trois éléments opèrent bien ensemble dans une CdeP mature (Li *et al.*, 2009a). Mendes *et al.* (2008) remarquent que ces trois dimensions positionnent la pratique comme l'élément de cohérence dans une CdeP et comme élément de distinction eu égard à d'autres types de communautés.

### ***2.1.3.2 Le développement des communautés de pratique : une dynamique qui requiert une vigilance***

En ce qui concerne le processus de maturation d'une CdeP, toujours en s'appuyant sur les milieux des affaires et des techniques, Wenger *et al.* (2002) présentent les cinq stades de

développement des CdeP : 1) le stade « potentiel » où les membres sont réunis autour d'une idée, d'une proposition d'action partagée. Chacun découvre (et imagine) alors le potentiel de l'action de la communauté et la perspective du travail prend forme; 2) l'unification correspond à l'adhésion d'une masse critique de personnes engagées dans l'idée (un projet commun); 3) la maturité reflète la vitalité (stimulation) de la communauté; 4) le momentum est synonyme d'entrée dans la production (concrète) et 5) la transformation représente un carrefour décisionnel : arrêt, poursuite ou transformation. Il ne s'agit pas d'un processus rectiligne et uniforme pour l'ensemble des CdeP mais plutôt révélant l'identité de chacune (Dupéré, CÉFRIO, 2005; Wenger *et al.*, 2002).

En fait, Wenger *et al.* (2002) nous montrent bien le processus dynamique d'une CdeP, son oscillation potentielle entre des périodes de stabilité, de découverte et de redéfinition. Le processus qui permet de traverser les différentes étapes identifiées par les auteurs implique plusieurs changements dans le focus, les interactions et la pratique. Les membres passent d'un réseau lâche de relations interpersonnelles, à un groupe partageant une identité, combinant les connaissances personnelles issues de l'approche de chacun et un sens de responsabilité collective pour le domaine.

### ***2.1.3.3 Des communautés de pratique propices à l'échange de connaissances tacites***

L'une des valeurs que Wenger *et al.* (2002) attribuent aux CdeP est son cadre propice aux connaissances tacites, non formalisées. Comme ces auteurs le remarquent, du fait que « l'on en connaît plus que ce que l'on peut exprimer verbalement » et qu'on ne peut décliner sous forme de documents ou outils tout ce que l'on connaît (réification), les aspects tacites de la connaissance ont souvent une grande valeur. Dans cette perspective, les CdeP s'avèrent propices à l'échange de connaissances tacites qui requièrent l'interaction ainsi que des processus d'apprentissage informels comme le récit (*storytelling*), la conversation, le « coaching » et l'*apprenticeship* (Wenger *et al.*, 2002). Selon ces auteurs, « les connaissances tacites impliquent une expertise intégrée – une compréhension profonde des systèmes complexes et interdépendants qui permettent des réponses dynamiques à des problèmes spécifiques et contextuels » (Wenger *et al.*, 2002, p. 9). Ainsi, les communautés de pratique

peuvent générer de nouvelles connaissances parce qu’elles peuvent combiner ces aspects à la fois tacites et explicites.

De la même façon que Wenger *et al.* (2002) valorisent l’adéquation des CdeP pour l’échange de connaissances tacites, Nonaka et Takeuchi (1995/2006)<sup>17</sup> et Webb (1988) insistent sur la dimension collective du partage des connaissances tacites qui joue un rôle dans le processus de création de connaissances. Une contribution importante de l’exposé de Nonaka et Takeuchi repose d’ailleurs sur les deux dimensions qu’ils attribuent à la création de connaissances, soit la dimension épistémologique qui va de la connaissance tacite à la connaissance explicite et la dimension ontologique qui va de l’individu à l’« inter-organisations », en passant par le groupe et l’organisation. Comme le révèle la figure 5, plus la connaissance tacite devient explicite (pôle épistémologique) et plus elle est partagée (pôle ontologique), plus la connaissance créée se transmet. Soulignons que Nonaka et Takeuchi (1995/2006) s’appuient sur Polanyi (1966) pour circonscrire une définition des deux types de connaissances abordées ici. Ainsi, « la connaissance tacite est personnelle, spécifique au contexte et de ce fait, il est difficile de la formaliser et de la communiquer. La connaissance explicite ou «codifiée» se réfère à la connaissance qui est transmissible dans un langage formel, systématique » (Nonaka et Takeuchi, 1995/2006, p. 79).

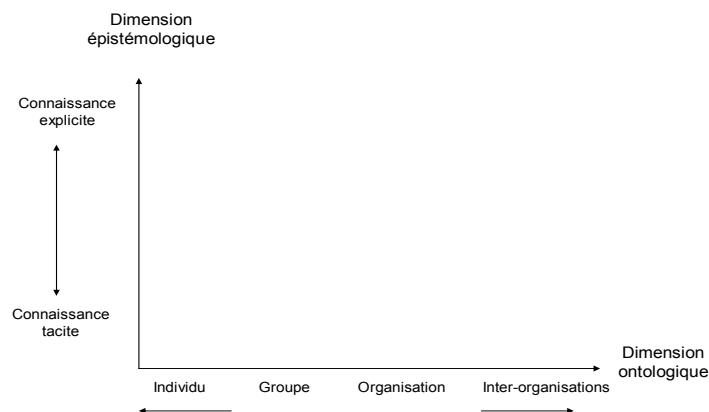


Figure 5. Les deux dimensions de la création de connaissances selon Nonaka et Takeuchi (1995/2006).

<sup>17</sup> Auteurs dont les travaux portent sur l’apprentissage organisationnel dans la perspective d’Argyris.



La dimension épistémologique mise en perspective par la dimension ontologique nous apparaît intéressante dans la mesure où elle démontre comment l'explicitation des connaissances tacites permet leur transmission hors de l'environnement de l'individu et de sa communauté. Qui plus est, comme si le croisement des dimensions ontologique et épistémologique permettait le passage de la connaissance au savoir.

#### **2.1.3.4 Des rôles déterminants de la gestion des savoirs**

Wenger *et al.* (2002) ont aussi introduit les rôles de leader et de facilitateur dans la dynamique des CdeP, dans une perspective de gestion des connaissances. Li *et al.* (2009a) résumant ainsi chacun de ces rôles. Le leader est quelqu'un de bien respecté dans l'organisation et qui tient souvent (naturellement) une position de leadership. Il est responsable de la promotion du groupe, de recruter les membres et de fournir les ressources pour les activités. Quant au facilitateur, celui-ci est responsable des activités du groupe au quotidien. Ce rôle est habituellement tenu par un gestionnaire senior qui comprend la mission de l'organisation, connaît ses ressources et est bien lié aux membres ainsi qu'aux recrues potentielles de la CdeP (Li *et al.*, 2009a). Le caractère déterminant de ces rôles mobilisateurs dans la gestion des connaissances est fréquemment mentionné dans la littérature (Davoli et Fine 2004; Fung-Kee-Fung *et al.*, 2008; Gabbay *et al.*, 2003; Gagliardi *et al.*, 2003; Kirsh *et al.*, 2007; Li *et al.*, 2009a, b). Par exemple, Gabbay *et al.* (2003) montrent comment un processus réflexif soutenu par de fréquentes discussions de la communauté permet au facilitateur de restreindre toute tendance à amener les CdeP dans une direction particulière et permet au groupe de procéder naturellement, sans obligation à suivre les méthodes traditionnelles de pratique basée sur la preuve scientifique.

Enfin, la figure 6 résume cette troisième étape conceptuelle en disant que Wenger *et al.* (2002) ouvrent la perspective des CdeP sur la gestion des connaissances dans un domaine partagé et dans une pratique commune.

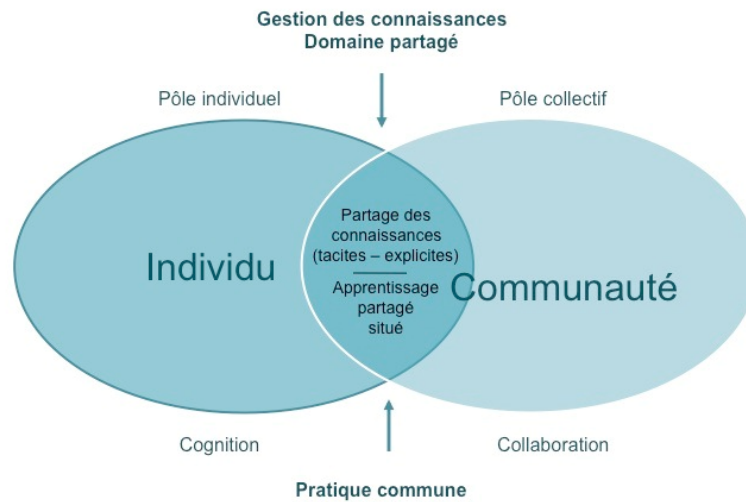


Figure 6. Synthèse de l'apport conceptuel de Wenger *et al.* (2002) à la notion de communauté de pratique.

Cette gestion des connaissances est rendue possible par la rencontre des pôles individuel et collectif, de l'individu et de sa communauté ainsi que des dimensions cognitive et collaborative, ce qui favorise le partage des connaissances (tacites et explicites) et l'apprentissage partagé qui potentiellement en découle.

## Conclusion

Cette description de l'évolution du concept de communauté de pratique dans les travaux de Wenger et de ses co-auteurs révèle manifestement une évolution paradigmatique, comme le montre la figure 7.

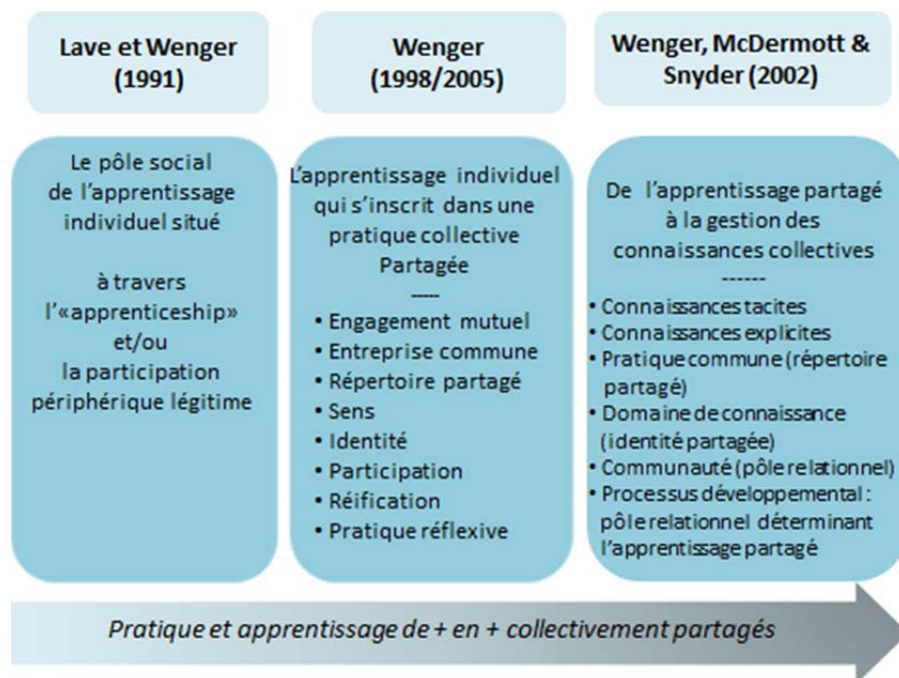


Figure 7. Le développement du concept de CdeP dans les travaux de Wenger *et al.* (2002).

La première étape d'élaboration du concept de CdeP est fortement axée sur le pôle social de l'apprentissage individuel situé (Lave et Wenger, 1991), dont la notion d'« apprentissage périphérique légitime » synthétise l'approche axée sur l'*apprenticeship* en CdeP. Dans ce cadre (apprenti-expert), l'apprenant est peu engagé dans la pratique, la participation est moins active. Dans le cadre de la seconde étape conceptuelle (Wenger, 1998/2005), l'apprentissage individuel est abordé en insistant sur la pratique partagée. L'apprenant est davantage impliqué à la pratique collective que dans l'apprentissage périphérique légitime. La pratique partagée permet le développement identitaire qui s'appuie sur l'appartenance à la communauté et les potentialités qui en émergent en termes d'apprentissage partagé. La densité conceptuelle de cette étape montre l'intention de circonscrire le concept de CdeP. Les concepts engagement mutuel, entreprise commune, répertoire partagé, sens, identité, participation, réification et pratique réflexive s'imposent comme les référents majeurs associés à l'expérience de CdeP, dans cette deuxième étape d'élaboration. Enfin, la troisième étape marque un tournant où l'apprentissage partagé est associé à la gestion des connaissances collectives. Dans cette optique, la notion de CdeP est positionnée comme un outil de gestion en entreprise, permettant le partage des connaissances, à la fois tacites et explicites, offrant ainsi le bénéfice d'accroître

les connaissances essentielles au rendement optimal de la communauté et, ultimement, de l'entreprise. Les concepts fondamentaux de cette troisième étape sont donc les connaissances tacites et explicites, la pratique commune (répertoire partagé), le domaine de connaissance (identité partagée) et la communauté (pôle relationnel). À cette étape est étayé le processus développemental des CdeP, où le pôle relationnel s'avère déterminant eu égard à l'apprentissage partagé. Finalement, nous constatons que la pratique ET l'apprentissage sont de plus en plus partagés au cours de ces 3 étapes de conceptualisation.

Chacune de ces étapes nous paraît offrir des fondements conceptuels qui s'inscrivent dans une perspective particulière et qui ne sont pas réfutés dans le cadre des étapes ultérieures. Il s'agit donc d'une évolution offrant des bases conceptuelles complémentaires dans l'analyse de l'activité de CdeP.

Enfin, cette synthèse des principaux apports de la théorisation de Wenger et *al* (2002) a été réalisée dans l'optique d'analyser et comprendre des expériences de CdeP rapportées dans la littérature du domaine de la santé que nous comptons réaliser. Ces référents permettront de mieux saisir les appuis conceptuels privilégiés de manière explicite ou implicite (dans les cadres théoriques par exemple) par les auteurs qui seront consultés et de vérifier dans quelle mesure ils sont appliqués dans la pratique rapportée.

## **2.2 LES COMMUNAUTÉS DE PRATIQUE ET LA GESTION DES CONNAISSANCES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ**

Notre exposé de l'évolution du concept de CdeP dans les principales œuvres de Wenger *et al.* (2002) met en évidence l'apport de cette formule collaborative sur l'ancrage social essentiel d'une gestion optimale des savoirs et des connaissances. Nous verrons que la problématique de gestion des connaissances dans le domaine de la santé, attribuable à la difficulté de mise en application des guides de pratique clinique basés sur l'évidence scientifique, amène plusieurs auteurs, notamment Fung-Kee-Fung *et al.* (2008), Gabbay et Le May (2004) et Gabbay *et al.* (2003), à valoriser les communautés de pratique. Nous verrons comment selon eux, cette approche permet d'unir les deux registres de connaissances explicites et tacites, fusionner

l'approche de gestion des savoirs basés sur l'évidence et le recours aux connaissances basées sur l'expérience.

### **2.2.1 La difficulté que pose l'intégration conjointe des savoirs basés sur l'évidence et des connaissances basées sur l'expérience**

Gabbay et Le May (2004) et Gabbay *et al.* (2003) rappellent comment la tendance actuelle dans le milieu des affaires et dans le monde industriel valorise la gestion des connaissances et comment on y met l'emphase sur les « connaissances pratiques » (*knowledge in practice*) pour susciter les connaissances tacites et promouvoir leur mise en commun. Les auteurs insistent sur l'écart entre le mode de gestion des connaissances valorisé dans ces secteurs et celui qu'on tente d'implanter dans le milieu de la santé à savoir, une politique de soins « basée sur l'évidence »<sup>18</sup> qui valorise l'importation de savoirs explicites, issus de la recherche, et leur mise en application dans la pratique. Dans ce contexte, des guides de pratiques cliniques, dérivés des résultats de recherche et offrant des « lignes directrices » (traduction libre de *guidelines*)<sup>19</sup> sont valorisés par les gestionnaires (Fung-Kee-Fung *et al.*, 2008; Gabbay et Le May, 2004; Gabbay *et al.*, 2003; Tsai, 2005). Plusieurs auteurs se montrent étonnés qu'un tel processus linéaire et rationaliste d'acquisition de connaissances soit ainsi valorisé dans le domaine de la santé, alors que la réalité montre plutôt que le processus collectif de construction de sens et de prise de décision s'avère plus complexe que ce que le modèle linéaire basé sur la preuve scientifique insinue (Gabbay et Le May, 2004; Gabbay *et al.*, 2003; Kernick, 2005; Tsai, 2005).

En fait, selon Fung-Kee-Fung *et al.* (2008), le développement des *guidelines* est bien établi mais leur mise en application est plus récente et s'appuie sur les motifs suivants :

- développer des standards de soins de qualité pour assurer que les patients aient accès aux soins appropriés;

---

<sup>18</sup> Nous traduisons de manière littérale *evidence-based* par « basé sur l'évidence », mais nous nous utiliserons parfois la formulation « basé sur la preuve scientifique ».

<sup>19</sup> Comme précédemment mentionné, nous traduisons *guidelines* par « lignes directrices ». Toutefois, dans le reste de notre document, nous utiliserons le mot anglais dont le sens nous apparaît plus explicite, d'autant plus qu'il sera traité parallèlement au terme *mindlines* que nous retrouverons un peu plus loin dans ce texte.

- améliorer l'accès à l'information et la coordination des soins, à travers les différents services;
- construire des équipes multidisciplinaires efficaces;
- s'appuyer sur des mesures d'accomplissement (évaluation eu égard au sens des responsabilités et de prise de décisions).

Toutefois, selon Booth (2007), la littérature ne révèle pas un modèle de guide de pratiques cliniques qui augmenterait la qualité des soins. Quant à Gabbay et Le May (2004) et Gabbay *et al.* (2003), ils ont démontré que les guides de pratique cliniques explicites et formels ne sont pas utilisés en pratique. Par contre, Huckson et Davies (2007) insistent sur ce constat et signalent qu'il prend en moyenne 17 ans pour que les « évidences » produites par la recherche s'intègrent à la pratique clinique.

Ainsi, les praticiens basent plutôt leur prise de décision sur leurs « lignes de pensée personnelle » (*mindlines*)<sup>20</sup>, c'est-à-dire sur leurs connaissances largement tacites, intériorisées puis collectivement développées et renforcées par les interactions avec d'autres praticiens, avec des leaders d'opinion et des patients (Booth, 2007; Gabbay et Le May, 2004; Tsai, 2005). En fait, ces *mindlines* sont minimalement appuyées sur des sources littéraires mais plutôt sur d'autres sources de connaissances largement tacites qu'ils ont construites au cours de leur formation initiale et via leur expérience personnelle et celles de leurs collègues (Booth, 2007; Gabbay et Le May, 2004; Tsai, 2005). Soulignons que les cliniciens rencontrés par Gabbay et Le May (2004) rapportent que leurs *mindlines* se sont développées à partir de l'expérience et par les gens en qui ils avaient confiance puis qu'elles étaient archivées dans leur esprit, prêtes à être partagées, évaluées puis intériorisées à travers la discussion. Toujours selon ces auteurs, les *mindlines* sont renégociées itérativement avec une variété d'acteurs clé, souvent à travers une gamme d'interactions informelles en CdeP et dans le cadre de réunions axées sur la pratique, puis dans des interactions avec les patients. Selon les auteurs, le résultat est une pratique au jour le jour basée sur les connaissances socialement constituées.

---

<sup>20</sup> Nous traduisons ici *mindlines* par « lignes de pensée personnelle ». Néanmoins, dans le reste du travail, nous utiliserons fréquemment le terme anglais dont le sens nous apparaît plus explicite, d'autant plus qu'il est traité parallèlement au terme *guidelines*. Soulignons que Tsai (2005) réfère aux *mindlines* comme des constructions cognitives utilisées par les praticiens dans la pratique quotidienne.

Une étude de cas menée par Gabbay *et al.* (2003), portant sur la gestion des connaissances en CdeP et son impact sur le développement de politiques basées sur l'évidence dans les services de santé et sociaux, fait ressortir deux observations importantes eu égard aux *mindlines* dans le développement des connaissances : en premier lieu, la suprématie des connaissances basées sur l'expérience versus les savoirs basés sur l'évidence et, en second lieu, la transformation puis l'intériorisation des résultats de recherche lorsqu'assimilés à l'expérience personnelle.

Concernant la première observation, les auteurs rapportent qu'en dépit des efforts des facilitateurs à promouvoir une approche du discours plus formelle, davantage basée sur l'évidence, il y avait un fort biais en faveur de l'« évidence expérientielle » à travers le récit d'anecdotes ou de généralisations basées sur l'expérience personnelle à propos du point discuté (Gabbay *et al.*, 2003, p. 295). Ainsi, l'anecdotique ou le pragmatisme l'emporte sur l'évidence scientifique sous l'influence du contexte local.

En ce qui concerne la deuxième observation, Gabbay *et al.* (2003) soulignent que les évidences de recherche tendent à être utilisées seulement partiellement et dans une forme « transmutée » résultant de son assimilation à l'expérience personnelle. De plus, les observations rapportées par les auteurs donnent à penser que pour les cliniciens, les leçons tirées de l'expérience semblent valoir autant sinon plus que les résultats de recherche.

Enfin, les savoirs partagés doivent avoir une résonance de sens au moment même où un enjeu ou une problématique est traité par le groupe, au risque d'être perdu. Il s'agit donc d'un pragmatisme circonstanciel où le « juste à temps » est primordial, comme le montrent Gabbay *et al.* (2003, p. 302) : « *Knowledge was often lost because the CoP did not immediately see its relevance – or it was not subsequently recalled by any of the group when it did (in retrospect) become relevant* ».

Ainsi, les sources écrites sont interprétées et acceptées selon leur résonance à l'expérience personnelle ou selon leur compréhension du contexte local (Gabbay *et al.*, 2003). Les membres des CdeP observées par ces auteurs s'approprient le savoir en l'assimilant à leur

expérience intériorisée et en la transformant selon l'enjeu discuté, générant ainsi « une subtile renégociation de sens »<sup>21</sup>.

Enfin, il nous paraît intéressant de souligner qu'Argyris et Schön (1996/2002) et Éraut (2000) paraissent avoir fourni une perspective sur les théories implicites lorsqu'ils ont fait la distinction classique entre la « théorie professée » et la « théorie d'usage ». De plus, leur distinction entre « l'apprentissage en simple boucle » et « l'apprentissage en double boucle » nous paraît également mettre en relief les registres implicites et explicites des connaissances<sup>22</sup>. Ainsi, ces concepts paraissent se rapprocher de ce que décrivent Gabbay *et al.* (2003) lorsqu'ils réfèrent aux savoirs explicites proposés qui sont intériorisés après un processus de transformation résultant d'une renégociation de sens.

### **2.2.2 Les communautés de pratique comme formule de gestion des connaissances fusionnant l'évidence scientifique et l'expérience pratique, favorisant l'apprentissage et l'innovation**

Fung-Kee-Fung *et al.* (2008) ainsi que Gabbay et Le May (2004) considèrent la CdeP comme une formule à valoriser pour unir les deux registres de connaissances explicites et tacites, relier l'approche de gestion des savoirs basés sur l'évidence et le recours aux connaissances basées sur l'expérience. De plus, Freidman (2001) montre comment la création de communautés de quête de sens à l'intérieur d'une « communauté de pratique sociale »

---

<sup>21</sup> Le processus de transformation des savoirs proposés, tel que décrit par Gabbay et Le May (2003) rappelle fortement le processus d'assimilation et d'accommodation décrit par Piaget dans le but de retrouver l'équilibre (processus d'équilibration) face à une nouvelle connaissance (déstabilisante).

<sup>22</sup> Argyris et Schön (1996/2002) posent que les êtres humains possèdent deux sortes de théories de l'action qui déterminent tout leur comportement volontaire : les « théories professées », c'est-à-dire celles que les individus ont adoptées, qu'ils peuvent expliciter correctement et qu'ils avancent pour expliquer ou justifier un schéma d'activité donné et les « théories en usage », qui s'avèrent implicites dans l'accomplissement de ce schéma d'action et que l'on doit déduire en examinant le comportement réel (Schön, 1983/1996, p. 225).  
L'*apprentissage en simple boucle* suffit là où l'on peut rectifier les erreurs par un changement de stratégies organisationnelles et de paradigmes, au sein d'un cadre inchangé de valeurs et de normes de performance. Cet apprentissage est opérationnel, et donc essentiellement axé sur l'obtention de résultats : il s'agit d'atteindre au mieux les objectifs existants, en maintenant la performance organisationnelle dans les limites fixées par les valeurs et les normes en vigueur. (...) Par un *apprentissage en double boucle*, nous entendons l'apprentissage qui induit un changement de valeurs de la théorie d'usage, mais aussi des stratégies et de leurs paradigmes. La double boucle fait référence aux deux boucles de rétroaction qui relient les effets de l'action aux stratégies et valeurs. Stratégies et paradigmes peuvent changer simultanément, ou consécutivement au changement des valeurs (voir Argyris et Schön, 1996/2002, p. 45).



(l'organisation) permet d'associer l'approche interprétative et la rigueur positiviste, d'allier la théorisation tacite et la théorisation explicite.

Fung-Kee-Fung *et al.* (2008) considèrent en effet qu'un modèle de mise en application des *guidelines* est requis et devrait répondre aux critères suivants : être flexible, adaptable, gérable et ouvert à l'évaluation, applicable dans plusieurs structures, contextes et disciplines, de même que permettre des soins de qualité, de manière systématique. Dans ce cadre souple, les auteurs privilégient la CdeP comme structure sociale « naturelle » pour le transfert des connaissances. L'intérêt que lui attribuent ces chercheurs est que la CdeP rejoint la théorie de la dynamique organisationnelle de la création de connaissances de Nonaka. Ceci attire notre attention du fait que selon cette théorie, le « processus de connaissances en spirale » permet non seulement le passage des connaissances tacites à explicites mais également d'« explicite à tacite », de « tacite à tacite », et d'« explicite à explicite », ce qui pourrait permettre une gestion des connaissances unissant celles basées sur l'évidence et celles basées sur l'expérience.

Gabbay et Le May (2004, p. 4) retiennent aussi la CdeP qu'ils voient comme une formule qui combine l'information d'un large éventail de sources eu égard aux *mindlines* (tacites, intériorisées et collectivement renforcées) que les cliniciens en soins primaires utilisent pour tenir leur pratique à jour. Aux yeux des auteurs, une telle pratique de mise en commun apparaît favorable à la dissémination et à l'usage des résultats de recherche clinique. Évoquant le dilemme entre les *guidelines* et les *mindlines* toutefois, ils estiment que les *mindlines* offrent l'avantage de conjuguer potentiellement les sources de connaissances tacites et explicites, ce qui protège contre l'application aveugle de savoirs codifiés dans un « livre de recette rigide ». Tsai (2005) va aussi en ce sens en suggérant d'encourager les réseaux existants à mieux intégrer dans les *mindlines* actuels les savoirs explicites issus de la recherche.

De plus, selon Gabbay et Le May (2004), les praticiens ont la responsabilité professionnelle collective de s'assurer que les *mindlines* sont basées sur des preuves de la recherche, dans la mesure du possible. De façon à y arriver, ces auteurs valorisent le réseautage, notamment via les CdeP, comme un moyen de développement professionnel continu à reconnaître et à favoriser. Ainsi, les CdeP semblent une formule de gestion des savoirs et des connaissances à

valoriser du fait qu'elles peuvent permettre d'obtenir un équilibre entre l'approche basée sur la preuve et l'approche basée sur l'expérience.

Enfin, cette valorisation d'une rencontre fusionnelle des savoirs explicites basés sur la recherche et des connaissances tacites issues de l'expérience nous paraît se rapprocher de la science de l'action valorisée par Freidman (2001) et Schön (1983/1996), laquelle s'intéresse aux situations singulières, incertaines et instables qui ne permettent pas l'application des techniques dérivées de la science, sur le mode de la rationalité technique. La science de l'action vise plutôt le développement de thèmes à partir desquels, dans ce type de situations, les praticiens peuvent construire d'eux-mêmes des théories et des méthodes (Freidman, 2001). L'auteur démontre comment la science de l'action s'écarte de la science positiviste qui valorise la précision dans l'observation de relations causales sous conditions de contrôle, afin de maintenir la distance, considérée comme une mesure de protection de l'objectivité. Selon lui, le positivisme produit ainsi des théories qui sont trop complexes pour être utilisées par les praticiens qui doivent fonctionner en temps réel et qui sont trop difficiles à reproduire dans les situations pratiques où les variables changent dépendamment du contexte. L'auteur valorise donc la science de l'action qui s'appuie sur quatre enjeux clé : 1) la création de communauté de recherche (quête de sens) à l'intérieur d'une CdeP; 2) l'élaboration de théories dans la pratique; 3) la combinaison de l'interprétation et son évaluation; 4) le dépassement du statu quo (le changement) (Freidman, 2001, p. 12).

Il est intéressant de constater comment ces enjeux rejoignent des conceptualisations présentées par les auteurs mentionnés précédemment (Booth, 2007; Fung-Kee-Fung *et al.*, 2008; Gabbay et Le May, 2004; Tsai, 2005) sur la valorisation des CdeP dans le partage des connaissances tacites et explicites. En effet, l'intention de la science de l'action est d'intégrer le pouvoir descriptif et contextuellement riche de l'approche interprétative, associé à la rigueur, à l'analyse de validité demandée par le traditionnel positivisme. De plus, la quête de sens à l'intérieur d'une CdeP nous rappelle les composantes (« sens » et « communauté ») dans le modèle de la théorie sociale de l'apprentissage de Wenger (1998/2005).

## Conclusion

Les CdeP sont donc vues comme une approche à valoriser dans le domaine de la santé afin de permettre l'adaptation des guides de pratique clinique basés sur les savoirs scientifiques (*guidelines*) à la lumière du partage des connaissances basées sur l'expérience (*mindlines*). Selon les auteurs consultés, les CdeP offrent en effet une perspective unique qui permet un apprentissage partagé via une mise en commun des expériences pratiques et des connaissances tacites qui leurs sont associées, le tout additionné des données de recherches basées sur l'évidence. Les retombées majeures de ce mode de partage des savoirs et des connaissances est l'évolution continue des connaissances des membres des CdeP, générant un savoir ambiant à la fine pointe du domaine concerné, lequel permet de maximiser la qualité des soins prodigués lorsqu'il s'agit des organisations de santé.

### 2.3 LA COLLABORATION INHÉRENTE AUX COMMUNAUTÉS DE PRATIQUE CENTRÉES SUR LE PATIENT ATTEINT D'UNE MALADIE CHRONIQUE

La notion de collaboration s'avère inhérente aux communautés de pratique qui représentent un mode de mise en application. Comme nous l'avons vu, cette collaboration est perçue adaptée à la complexité ambiante eu égard aux soins de santé actuels.

À cet effet, D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez et Beaulieu (2005) estiment que la complexité croissante des problèmes de santé auxquels sont confrontés les professionnels de la santé requiert davantage d'interdépendance entre eux. La complexité des maladies chroniques ne peut reposer sur l'expertise professionnelle individuelle, aussi développée soit-elle. S'appuyant sur deux études distinctes réalisées par des pairs, ils sont éloquents face à la nécessité de la collaboration pour assurer la qualité des services de santé :

*Teamwork has become a sine qua non condition for effective practice in health-related institutions. Indeed, collaboration is essential in order to ensure quality health care and teamwork is the main context in which collaborative patient-centered care is provided (D'Amour et al., 2005, p. 119)*

De plus, selon Kinnaman et Bleich (2004), la collaboration est perçue comme une stratégie capable de générer l'innovation et la solution à de complexes problèmes.

En fait, si la collaboration apparaît comme une nécessité adaptée à la complexité des soins des maladies chroniques, la première étape consiste selon nous à bien la circonscrire, d'autant que plusieurs termes connexes lui sont souvent associés, générant même de fréquentes confusions. Cette section présente donc une opérationnalisation comparative de la notion de collaboration.

### **2.3.1 L'opérationnalisation de la notion de collaboration sur un continuum : *toleration*, coordination, coopération, collaboration**

Henri et Lundgren-Cayrol (2001), Lin et Beyerlein (2006) ainsi que Mendes *et al.* (2008) notent que, dans les écrits, les notions de collaboration et de coopération sont souvent utilisées indifféremment. Dans l'intention de bien circonscrire et de bien opérationnaliser la notion de collaboration, certains la positionnent sur un continuum de notions s'en rapprochant, lesquelles sont différentes selon les auteurs : coopération et collaboration (Henri et Lundgren-Cayrol, 2001), *toleration*<sup>23</sup>, coordination et coopération (Kinnaman et Bleich, 2004), coordination, coopération et collaboration (Davoli et Fine, 2004; Lin et Beyerlein, 2006). Nous nous appuyons sur ces auteurs ainsi que sur D'Amour *et al.* (2005) afin d'opérationnaliser la collaboration dans l'optique comparative des notions qui s'en rapprochent. Pour ce faire, nous nous pencherons principalement sur les variables d'opérationnalisation dégagées par les auteurs.

S'appuyant sur une revue de littérature qu'ils ont menée sur la notion de collaboration, D'Amour *et al.* (2005) constatent qu'outre la variété des définitions proposées, le concept de collaboration est communément défini à travers quatre variables interreliées : partage, partenariat, pouvoir (ou leadership) et interdépendance. Le tableau I montre comment ces variables d'opérationnalisation se rapprochent de celles identifiées par Henri et Lundgren-Cayrol (2001). Ces dernières offrent en outre l'intérêt de définir la collaboration concomitamment à la coopération et ce, en s'appuyant sur les quatre variables suivantes : maturité, contrôle et autonomie; but partagé; tâche; interdépendance.

---

<sup>23</sup> Nous ne traduisons pas le terme *toleration* utilisé par Kinnaman et Bleich (2005) car nous n'avons pas trouvé d'équivalent sémantique en français.

Tableau I

*Proximité des variables d'opérationnalisation de la notion de collaboration selon D'Amour et al. (2005) et Henri et Lundgren-Cayrol (2001)*

Auteurs	Variables d'opérationnalisation de la notion de collaboration			
D'Amour <i>et al.</i> (2005)	Partage	Partenariat	Pouvoir (leadership)	Interdépendance
Henri et Lundgren-Cayrol (2001)	But partagé	Tâche (menée en partenariat plus ou moins rapproché)	Maturité, contrôle, autonomie	Interdépendance

Concernant le registre de coopération et de collaboration, les variables identifiées par D'Amour *et al.* (2005) ainsi que par Henri et Lundgren-Cayrol (2001) nous paraissent appropriées à leur opérationnalisation que nous résumons ici. Tout d'abord, mentionnons que ces deux formes de mise en commun sont marquées par un but partagé entre les personnes impliquées (ce qui ne paraît pas requis dans le cadre des étapes préalables de *toleration* et de coordination identifiées par Kinnaman et Bleich (2004), comme nous le verrons un peu plus loin). Ainsi, aux yeux de D'Amour *et al.* (2005) et d'Henri et Lundgren-Cayrol (2001) :

**La coopération** se caractérise par :

- une démarche structurée et encadrée (ainsi adaptée à ceux qui sont moins autonomes, qui n'ont pas acquis beaucoup de maturité cognitive et qui ne possèdent pas encore un répertoire élaboré de stratégies d'apprentissage);
- une division des tâches et responsabilités;
- un leadership attribué au formateur ou au chef de groupe.

**La collaboration** se caractérise par :

- le partage des responsabilités, valeurs et prises de décision;
- la tâche qui n'est pas morcelée : chaque apprenant réalise l'ensemble des tâches;
- l'association qui vise la mise en commun des idées et de multiples réalisations;
- le soutien et l'appui mutuels valorisés;
- des rapports égalitaires, démocratiques;
- des interrelations collégiales, authentiques et constructives;

- un pouvoir basé sur la connaissance et l'expérience et non pas sur la fonction professionnelle ou la position organisationnelle.

Soulignons qu'en regard à la variable d'interdépendance, les positions de D'Amour *et al.* diffèrent de celles d'Henri et Lundgren-Cayrol. Aux yeux des premières, la division des tâches favorise l'interdépendance dans le cadre de la coopération, alors que pour D'Amour *et al.*, l'interdépendance (davantage que l'autonomie) est attribuable à la collaboration générée par un désir commun de se pencher sur les besoins du patient. Selon ces auteurs, la complexité de la maladie favorise l'interdépendance des soignants. À l'instar de D'Amour *et al.*, nous attribuons [une plus forte] interdépendance à la collaboration.

Quant à Kinnaman et Bleich (2004), ils identifient quatre niveaux de mises en commun : *toleration*, coordination, coopération et collaboration, lesquels se distribuent sur un continuum. L'apport de ces auteurs tient à leur référence à la théorie des systèmes adaptatifs complexes (SAC) de Stracey et sur le diagramme de Plsek (2000) qui s'en inspire. Ainsi, comme l'illustre la figure 8, l'originalité et l'intérêt de ces quatre niveaux de mise en commun tient à leur mise en perspective avec les niveaux d'accord et de certitude (des membres de l'équipe), plongeant la prise de décision dans un spectre de complexité allant du « chaos » qui stagne la prise de décision au « plan et contrôle » qui favorise la *toleration* et la coordination, en passant par une « zone de complexité » qui valorise la coopération et la collaboration.

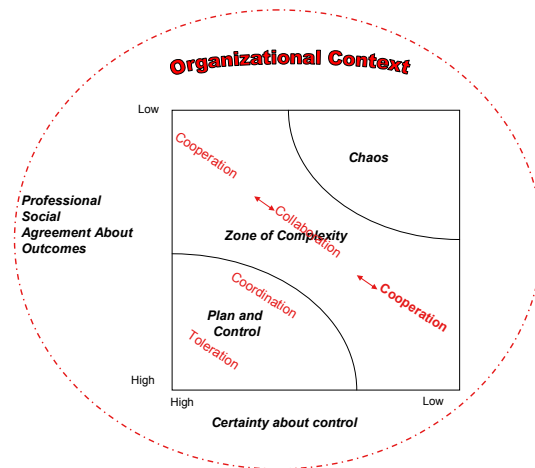


Figure 8. Le modèle de prise de décision organisationnelle de Kinnaman et Bleich (2004).

Selon Kinnaman et Bleich (2004) les comportements de *toleration* se réduisent à des réponses automatiques associées à des prises de décision répondant à un haut niveau de certitude et à un haut niveau d'accord entre les personnes impliquées. Plus simplement, ces comportements de résolution de problème sont si routiniers qu'ils sont culturellement intégrés et ainsi justifiés : « c'est la façon dont les choses se font ici » et pas du tout remises en question. La *toleration* requiert une communication réduite car les personnes assument leur rôle machinalement sans effort de conscience, d'interaction ou d'engagement. Une expression parfois associée à ces comportements est : le jeu parallèle (traduction libre de *parallel play*) (Kinnaman et Bleich, 2004, p. 314).

Kinnaman et Bleich (2004) considèrent qu'en coordination, deux personnes ou plus fournissent individuellement des services et informent chaque collègue de leurs activités individuelles. Selon les auteurs, dans une structure de coordination, les interactions sont plutôt « institutionnalisées », à l'image du fonctionnement organisationnel. Ainsi, la coordination est appropriée lorsque la situation peut être anticipée (haute certitude/haut accord) et, comme la *toleration*, « la coordination s'intègre bien dans l'approche « plan et contrôle » d'un système de pensée mécanique » (Kinnaman et Bleich, 2004, p. 314).

Quant à la coopération, les auteurs estiment qu'elle est appropriée lorsque ni la certitude ni l'accord à propos d'un patient ne sont présents et/ou lorsque les retombées organisationnelles ne paraissent pas élevées. La coopération requiert donc une communication interpersonnelle continue relativement à des objectifs partagés. Les auteurs nous précisent que lorsque des personnes travaillent de manière coopérative, ils maintiennent leur identité individuelle professionnelle et ce, même lorsqu'ils vaquent à des objectifs communs. Le comportement coopératif permet la résolution de problème dans une « zone de complexité ». Enfin, selon Kinnaman et Bleich (2004, p. 315), des caractéristiques importantes permettent de distinguer la coopération de la *toleration* et de la coordination :

- l'incertitude ou le manque d'accord à propos de la meilleure action à déployer lorsqu'une situation émerge;
- le point de vue unique, l'expertise et le rôle de chaque personne impliquée dans une situation;

- la relation entre les personnes impliquées;
- le contexte de l'interaction.

Finalement, ils estiment que la collaboration est « développementalement » plus élevée et plus complexe. Selon ces auteurs, l'interdépendance est une caractéristique cruciale qui différencie la collaboration des autres formes de mises en commun. L'interdépendance suspend l'identité professionnelle qui est artificiellement ou légalement attribuée et se centre sur les connaissances, tâches et compétences complémentaires dans chaque prise de décision des membres. L'événement qui déclenche le besoin de collaboration représente un problème dont le niveau de certitude et d'accord est de niveau faible à modéré eu égard aux retombées souhaitées des actions alors déployées. La collaboration se situe dans cette « zone » du modèle (figure 3) : « au bord du chaos » (Kinnaman et Bleich, 2004). De plus, toujours selon ces auteurs, la collaboration est marquée par l'apport de connaissances, une égale distribution du pouvoir et un focus sur les meilleurs résultats rencontrés, sans égard à la discipline impliquée, la hiérarchie et les frontières de l'organisation.

Dans l'optique de Kinnaman et Bleich (2004), il importe que les « leaders » de l'organisation créent une culture organisationnelle propice à la collaboration, favorisant des mécanismes de renforcement et de reconnaissance des réalisations cliniques et organisationnelles souhaitées.

De leur côté, Lin et Beyerlein (2006) constatent que bien que les notions de coopération et de collaboration sont fréquemment utilisées de manière interchangeable, plusieurs auteurs ont tentés de les distinguer en mettant l'emphase sur des éléments constitutifs tels que : l'interactivité, la synchronisation (harmonisation), la négociation et l'entraide. Toutefois, selon eux, les distinctions entre ces trois notions sont très timides (pour ne pas dire floues) du fait qu'elles ne s'appuient pas sur un cadre cohérent ou sur une théorie. Afin de dépasser cette faiblesse, ces auteurs valorisent les communautés de pratique comme cadre de référence (*wengerien*) à l'analyse de la collaboration. Ainsi, selon ces auteurs, « si le prototype de la collaboration réside dans les CdeP, ses différences avec les concepts coordination et coopération peuvent reposer sur cinq dimensions » (Lin et Beyerlein, 2006, p. 65, traduction libre) :



- **L'engagement dans la pratique et l'interaction sociale.** La coordination requiert un faible engagement de ses membres et repose plutôt sur l'« alignement » à la structure organisationnelle qui gère l'interdépendance. Dans le cadre de la collaboration au contraire, les membres partagent la même pratique, sont mutuellement engagés et procèdent ensemble à la négociation de sens (de leur action).
- **L'intérêt partagé.** La coordination a comme objectif la résolution de problème, laquelle requiert surtout des compétences cognitives. De plus, avec un objectif étroit, en résolvant un problème, la coordination en crée souvent de nouveaux, ce qui rend le processus empreint d'aliénation, de frustration, de colère et de manque de sens. Au contraire, la collaboration amène les membres à se pencher de manière concrète (et pas seulement cognitive) sur les enjeux rencontrés et ils prennent plaisir à partager ce qu'ils font et à le rendre signifiant aux autres. Ainsi, les membres peuvent donc se pencher sur un cadre qui va au-delà du problème et tenir compte de leurs considérations personnelles afin de développer une solution signifiante pour eux.
- **Le niveau d'autonomie.** La coordination met l'emphase sur les structures, les rôles et le contrôle. Les gens ne possèdent pas l'autonomie requise à la détermination des buts, de la division du travail, de la procédure et des retombées attendues. Une telle approche s'avère adéquate lorsqu'il s'agit d'un problème simple auquel une solution conventionnelle est appropriée. Au contraire, la collaboration valorise le processus (partagé), l'entraide et l'autonomie. Les membres décident donc ensemble de ce qui est à faire et comment le faire. La division du travail est donc négociée et demeure flexible.
- **Le niveau de dynamisme.** Du fait que la coordination est un processus linéaire et rationnel, elle convient bien lorsque le problème est sans gravité, que la complexité est faible, c'est-à-dire lorsque le dynamisme est peu interpellé. La collaboration, au contraire, s'avère plutôt non linéaire et la « non-rationalité » est légitimée par des phénomènes qui demandent à être étudiés. La collaboration compose donc avec des questions complexes à larges portées (implications).
- **La temporalité.** La coordination basée sur l'objectivité ignore le facteur « temps » car elle se déploie au besoin, pour ce qui est clairement défini. Au contraire, la collaboration est un

processus ouvert qui peut continuer hors des lieux de travail et se dérouler dans différents lieux et pays.

Davoli et Fine (2004) présentent le même continuum que Lin et Beyerlein (2006) : coordination, coopération et collaboration. Selon eux, la coordination correspond à l'administration des services et une mince interface est requise entre les professionnels car ils offrent les services séparément. Dans l'approche coopérative, les professionnels interagissent et travaillent de plus près, tout en maintenant leur autonomie. La troisième approche relève d'un processus de collaboration qui implique une structure formalisée où tous les professionnels participent à la résolution de problème et abordent les cas collectivement. De toute évidence, les auteurs valorisent la collaboration entre les professionnels mais leur exposé insiste sur le fait que « la collaboration n'est pas magique, qu'elle se cultive ». Ils font part de la difficulté que présentent les premières étapes (cruciales) de développement de la collaboration et du soutien requis au niveau des connaissances à offrir aux professionnels eu égard aux compétences relationnelles : habiletés de communication, esprit d'équipe, résolution de conflit et négociation.

D'ailleurs, la dénomination de chacune de ces étapes développementales de la collaboration par Davoli et Fine est révélatrice des difficultés interpersonnelles qui empreignent son amorce : « *forming, storming, norming and performing* »<sup>24</sup>. Ainsi, selon les auteurs, des éléments s'imposent comme variables auxquelles être attentifs si l'on veut que la collaboration émerge du groupe :

- **L'identité professionnelle.** Travailler avec des professionnels de d'autres domaines nécessite que chacun soit confortable dans son rôle et les buts qui lui sont associés. Un processus collaboratif réussi valorisera l'identité personnelle.
- **Mutualité et respect.** La hiérarchie professionnelle existe depuis longtemps, de manière évidente dans le domaine de la santé (médecins, infirmières, techniciens) et représente un obstacle majeur à la collaboration selon Davoli et Fine (2004). Pour que la collaboration advienne, les membres doivent individuellement se sentir au même pied d'égalité que les autres.

---

<sup>24</sup> Davoli et Fine (2004) réfèrent ici aux étapes de développement d'un groupe présentées par Tuckman (1965).

- **Inclusion.** Se rapprochant du respect et de la mutualité, l'inclusion est l'une des caractéristiques les plus importantes de la collaboration, selon Davoli et Fine (2004). L'inclusion réfère au fait que tous les niveaux de participation (plus ou moins actifs) doivent être reconnus des professionnels qui collaborent ensemble.
- **Le « jargon » professionnel partagé.** Chaque professionnel, selon sa spécialité, doit adapter son expression afin d'être compris de tous. Davoli et Fine (2004, p. 268) mentionnent : « *When we continue to use this foreign language among those in other fields, we hinder communication* ».

Davoli et Fine (2004) insistent sur le fait que des personnes responsables de faciliter la collaboration (facilitateurs) doivent élaborer des activités afin que ces quatre éléments déterminant la collaboration puissent être favorisés.

## **Conclusion**

Pour terminer cette section, la figure 9 illustre le continuum de travail en commun qui comporte quatre étapes distinctes (*toleration*, coordination, coopération et collaboration) et qui rassemble de manière synthétique les déterminants du positionnement sur ce continuum ainsi que les concepts sous-jacents identifiés par les cinq groupes d'auteurs consultés. On constate que ces étapes sont déterminées par le niveau d'accord et de certitude entre les membres des équipes (Kinnaman et Bleich, 2004) de même que le niveau de contrôle du contexte de travail (contrôlé – planifié – institutionnalisé dirions-nous, complexe ou chaotique). De plus, cette figure montre comment chaque étape du continuum est déterminée par des variables dont l'affirmation mène à la collaboration. Nous pouvons constater que ces variables et les conceptions sous-jacentes identifiées par les différents auteurs consultés se rapportent *grosso modo* aux variables identifiées par D'Amour *et al.* (2005) et par Henri et Lundgren-Cayrol (2001) : but collectivement déterminé et partagé; tâches menées en partenariat (dépassant le morcellement); pouvoir (leadership) partagé, égalité (versus hiérarchie); maturité, contrôle et autonomie valorisés; interdépendance.



celui de CdeP et qui partagent un point commun, c'est-à-dire un souci d'expliquer comment l'apprentissage se développe à travers la pratique de groupe et comment ces apprentissages et les connaissances produites sont ensuite intégrés à la pratique ainsi bonifiée. Cependant, selon ces auteurs, ces concepts ou modes de mise en commun interprofessionnelle ne peuvent se résumer à une signification commune.

Li *et al.* (2009b) estiment qu'il n'est pas évident de distinguer les CdeP d'autres structures de groupe, bien que Wenger ait tenté de les circonscrire en identifiant, entre autres, les dimensions du processus d'interaction en CdeP (entreprise conjointe, engagement mutuel et répertoire partagé). Selon les auteurs, ces éléments peuvent être applicables à une équipe de soins multidisciplinaire, centrée sur le patient. Ils constatent par ailleurs que 12 études sur 13 (répertoriées dans le domaine de la santé) s'appuient sur la définition de CdeP de Wenger, alors que, toujours selon eux, la structure et la fonction des groupes décrits varient considérablement.

Cette section de notre exposé présente la conceptualisation des formules de groupe d'appartenance les plus fréquemment confondues : communauté, communauté d'apprenants, communauté d'apprentissage, communauté de pratique, organisation apprenante, communauté épistémique). Nous verrons que le domaine concerné (santé, éducation, entreprise) et le niveau de mise en commun (coordination, coopération, collaboration) s'avèrent des particularités distinctives.

#### **2.4.1 La distinction entre la communauté de pratique et d'autres modes de mise en commun interprofessionnelle**

Cox (2005) estime que Wenger a fourni une gamme de concepts relativement bien définis (notamment les trois dimensions des CdeP, de même que les 12 indicateurs qui ajoutent à la signification de l'engagement mutuel, notamment) mais que ces concepts sont applicables également à d'autres formes d'appartenance. L'analyse de la littérature sur les CdeP menée par Roberts (2006) l'amène à constater que l'usage du terme communauté dans le vocable CdeP a été admis par plusieurs auteurs comme quelque chose de problématique, en partie attribuable à l'*a priori* positif et idéalisé qui lui est associé : « La communauté est associée à la

connotation que cela évoque. Par exemple, « communauté » est vue traditionnellement comme un lieu (une instance) chaleureux, confortable et douillet, caractérisé par une compréhension commune » (Bauman, 2000, cité dans Roberts, 2006, p. 631). Mendes *et al.* (2008) constatent la proximité conceptuelle des termes « communauté », « communauté apprenante », « communauté d'apprentissage » et « communauté de pratique » qui sont souvent sémantiquement confondus, et ils tentent de les opérationnaliser et de les circonscrire. Pour ce faire, ils positionnent les concepts selon le registre de coopération ou de collaboration qui leur est inhérent. Lin et Beyerlein (2006) poussent encore plus loin cette analyse des distinctions entre ces différents registres de mise en commun et placent d'emblée les CdeP comme référent de la collaboration. Enfin, Li *et al.* (2009a) estiment également primordial de distinguer la CdeP du concept générique « communauté » ainsi que de « communauté d'apprentissage », puisque la CdeP est considérée comme un type de communauté d'apprentissage dans tous les travaux de Wenger. Soulignons par ailleurs que nos lectures nous ont amenée à constater que certains auteurs (Craddock, O'Halloran, Borthwick et McPherson, 2006; Klein, 2008) réfèrent à la dimension épistémique de la collaboration et vont même jusqu'à formaliser un mode de mise en commun conséquent : communauté épistémique.

Enfin, plusieurs auteurs favorisent la formule d'organisation apprenante (appliquée au domaine de la santé, bien qu'elle ait émergé en sciences de la gestion, à l'instar des CdeP) (Dato, Potter et Fertman, 2001; Fung-Kee-Fung *et al.*, 2008; Garvin, 1993; Garvin, Edmondson et Gino, 2008; Hult, Lukas et Hult, 1996; Johnston et Cooper, 1997; Kelly *et al.*, 2007; O'Connor et Kotze, 2008; Reineck, 2002; Rushmer *et al.*, 2007; Stinson, Pearson et Lucas, 2006; Soubhi *et al.*, 2009; pour ne citer que ceux-là). L'organisation apprenante apparaît se positionner au même registre de collaboration que les CdeP, ce qui en fait, à notre avis, des notions parentes. D'ailleurs, Fung-Kee-Fung *et al.* (2008) considèrent que les CdeP présentent une structure sociale qui répond aux cinq composants-clé d'une organisation apprenante et Wenger (1996) montre comment une CdeP est une forme d'organisation apprenante.

Nous présentons ici une synthèse des définitions ou, à tout le moins, des particularités distinctives de ces différentes formules de travail de groupe.

### 2.4.1.1 Groupe et communauté

Selon Mendes *et al.* (2008), la différence majeure entre un groupe d'individus et une communauté est le fait que dans une communauté, il y a une finalité définie et rassembleuse. Dans cette perspective, une communauté est un groupe d'individus unis par une mise en commun, un partage de ressources et des activités structurées et ce, dans la poursuite sociale d'un but commun. Li *et al.* (2009a) nous offrent une définition explicite où les notions d'intérêt commun et d'identité émanant du rôle assumé et des relations entretenues sont capitales :

Une communauté décrit généralement des groupes de gens (ex. : une école, une ville) connectés par un intérêt commun, dont l'identité est définie par les rôles qu'ils y jouent et les relations qu'ils partagent via les activités du groupe. Une communauté peut subsister au-delà du changement de ses participants. Elle développe une culture propre et les méthodes de communication deviennent matures. (p. 3, traduction libre)

### 2.4.1.2 Communauté d'apprentissage

Selon Mendes *et al.* (2008), dans une communauté d'apprentissage, les membres ont des buts d'apprentissage explicites, ce qui distingue une communauté standard d'une communauté d'apprentissage. Ces auteurs définissent ainsi une communauté d'apprentissage :

Un groupe de personnes qui partagent un but commun et qui collaborent à construire sur leurs forces individuelles, en respectant la variété de perspectives et en promouvant activement les opportunités d'apprentissage. Les retombées attendues sont la création d'un environnement synergique où le potentiel des membres est amélioré et favorisé par la création de nouvelles connaissances. (Mendes *et al.*, 2008, p. 3)<sup>25</sup>

Toujours selon Mendes *et al.* (2008), dans une communauté d'apprentissage, les membres s'engagent dans un apprentissage collaboratif produisant des significations partagées. L'information est donc partagée, comparée et les zones de désaccord sont découvertes, ce qui génère matière à négociation. Ainsi, le groupe peut produire de nouvelles significations qui sont mises à l'épreuve (évaluées) dans un exercice de réflexion partagée. Ces significations socialement construites peuvent être matérialisées à travers un processus de réification (Mendes *et al.*, 2008). Pour leur part, Li *et al.* (2009a) définissent les communautés d'apprentissage en mettant de l'avant l'importance des experts et des apprenants, de même que

---

<sup>25</sup> Mendes *et al.* (2008) s'appuient ici sur Kilpatrick (2003).

les nouveaux rôles assumés par chacun. Par exemple, l'enseignant est encouragé à mettre de côté son rôle d'expert, à devenir un facilitateur et un co-participant qui peut faire part à la fois de son ignorance et de sa connaissance. Ils insistent sur l'inconfort, l'insécurité, voire la tension que cela peut générer.

#### ***2.4.1.3 Communauté d'apprenants***

Mendes *et al.* (2008) présentent une distinction entre les communautés d'apprentissage et les communautés d'apprenants. Comparativement aux communautés standards, les communautés d'apprenants présentent deux processus particuliers : l'investigation et la création de connaissances, lesquels s'avèrent importants dans le développement de connaissances (au niveau individuel). Deux processus différents caractérisent la communauté d'apprentissage :

- **La réflexion collective.** Pour être capable d'apprendre de l'expérience, la réflexion est essentielle. Dans ce cas, la réflexion est collective, non pas pour se substituer à la réflexion personnelle mais pour la faire grandir et se développer.
- **Le méta apprentissage.** Correspond à apprendre à propos de l'apprentissage collectif, non seulement sur les enjeux reliés aux buts communs mais eu égard aux stratégies déployées, aux sentiments, aux effets et contextes d'apprentissage (traduction libre).

Ces auteurs stipulent que dans le cadre d'une communauté standard ainsi que dans une communauté d'apprenants, la collaboration n'est pas appliquée mais plutôt la coopération. Ils supposent d'ailleurs que la collaboration est un processus davantage approprié aux communautés d'apprentissage et aux communautés de pratique.

#### ***2.4.1.4 Communauté de pratique versus communauté d'apprentissage et communauté apprenante***

Mendes *et al.* (2008) retiennent la définition la plus courante d'une CdeP (il s'agit de celle que nous avons retenue et présentée précédemment que nous rappelons ici) : « Une communauté de pratique est un groupe de personnes qui partagent un intérêt pour un domaine particulier de leur travail, qui approfondissent leurs connaissances et expertise dans ce domaine en interagissant de manière régulière » (Wenger *et al.*, cités dans Mendes *et al.*, 2008, p. 9).



En fait, selon Mendes *et al.* (2008), le point commun entre la CdeP et la communauté d'apprentissage s'inscrit dans la nature collaborative du processus d'apprentissage par lequel des significations partagées adviennent. Ce partage de sens s'appuie dans les deux cas sur le processus de participation-réification. Quant aux dimensions de la CdeP, entreprise conjointe, répertoire partagé et engagement mutuel, elles sont également présentes dans une communauté d'apprentissage. De plus, les deux types de communauté se rapportent à des éléments structuraux : domaine et communauté.

En fait, toujours selon ces auteurs, les seules différences entre ces types de communauté (d'apprentissage, d'apprenants, de pratique) sont :

▪ **But centré sur l'apprentissage ou la pratique**

- 1) Dans une communauté d'apprentissage et dans une communauté d'apprenants, les membres ont des buts explicites centrés sur l'apprentissage dans leur domaine (ou un champ spécifique de leur domaine)
- 2) Dans une communauté de pratique, au contraire, l'apprentissage n'est pas un objectif. La CdeP vise plutôt un élément structurel exclusif, qui n'est pas présent dans les communautés d'apprentissage : une pratique partagée (Mendes *et al.*, 2008, traduction libre).

▪ **Domaine d'application distinct**

Relativement à leur domaine d'application, les communautés d'apprentissage et les communautés d'apprenants existent dans le domaine de l'éducation (ou de la formation) et les CdeP, dans le domaine organisationnel. En effet, dans une CdeP, l'entreprise conjointe se construit autour de la pratique alors que la communauté d'apprentissage est reliée à ses buts d'apprentissage (Mendes *et al.*, 2008, p. 10).

#### ***2.4.1.5 Organisation apprenante***

Constatant le recours fréquent au terme « organisation apprenante » (Senge, 1991) dans le domaine de la santé, dans un registre conceptuel se rapprochant de celui de CdeP dans les textes de Fung-Kee-Fung *et al.* (2008), de Garvin (1993), de Garvin *et al.* (2008) ainsi que de Soubhi *et al.* (2009), nous croyons pertinent de mieux circonscrire cette notion.

Pour Senge (1991), l'organisation apprenante (ou intelligente) s'appuie sur cinq disciplines<sup>26</sup>, dont l'une chapeaute l'ensemble. Comme le montre la figure 10, il s'agit de la pensée systémique qui englobe les quatre autres disciplines : la maîtrise personnelle, les modèles mentaux, la vision partagée, l'apprentissage en équipe.

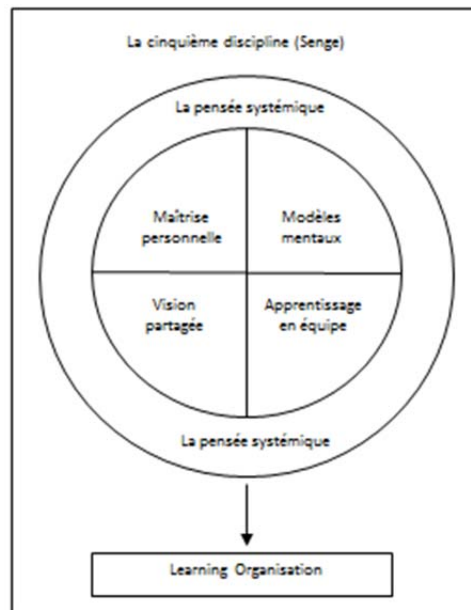


Figure 10. L'organisation apprenante de Senge (1991).

Comme le démontre Senge, les cinq disciplines se situent dans une perspective individuelle liée au monde extérieur et elles concernent « notre manière de penser, nos objectifs réels et nos relations avec les autres » (1991, p. 27). Lorsque ces cinq disciplines sont combinées, elles favorisent de nouveaux progrès, de nouvelles expériences et elles permettent l'avancement.

- **La maîtrise personnelle** vise l'atteinte de buts chers à l'individu.
- Les **modèles mentaux**, sont « des représentations, des schémas ou mêmes des images profondément inscrits dans les esprits, et qui façonnent notre compréhension du monde et nos actes, même si, très souvent, nous n'en sommes pas conscients » (Senge, 1991, p. 23).

---

<sup>26</sup> Pour Senge (1991), la notion de discipline n'est pas à prendre dans le sens commun familier de contrôle comportemental mais plutôt dans celui d'un investissement de soi dans un processus développemental de compétence.

- **La vision partagée** s'avère fondamentale dans une organisation de travail collectif. Selon Senge, faire partager un « projet commun » implique d'abord de faire émerger les visions de l'avenir communes à tous, de manière à inciter chacun à l'engagement, plutôt qu'au suivisme.
- Enfin, **l'apprentissage en équipe** commence par le « dialogue » : « La capacité des membres à laisser de côté leurs préjugés et à réfléchir ensemble » (Senge, 1991, p. 23). Aux yeux de Senge, l'apprentissage en équipe répond au besoin des organisations d'aujourd'hui, où l'individualisme n'est plus de mise.

Senge (1991) insiste sur le fait qu'il est vital que les cinq disciplines se développent ensemble. C'est pour cette raison que, selon lui, la cinquième discipline, la pensée systémique, est peut-être la plus fondamentale : « Elle permet de renforcer chacune des autres disciplines, et de montrer que le résultat de l'ensemble est supérieur à la somme de chacune de ses parties » (p. 28). Comme il le mentionne, « nous voyons que la pensée systémique est une discipline qui consiste à voir les phénomènes dans leur intégralité. Elle permet d'étudier les interrelations plutôt que les éléments individuels, d'observer des processus de changement » (p. 29). La résultante, c'est-à-dire « l'organisation intelligente », repose ainsi sur « une révolution de l'état d'esprit de ses membres : se voir comme une partie intégrante d'un tout plutôt que comme un élément autonome » (Senge, 1991, p. 29).

On voit donc que la conceptualisation inhérente à la notion d'organisation apprenante se rapproche de celle de communauté de pratique, dans la mesure où chacune d'elles s'appuie sur deux pôles (individuel et collectif), le registre explicite (buts individuels et partagés) et le registre tacite (modèles mentaux), le volet social (la vision partagée) et le volet cognitif (apprentissage en équipe). Le système résultant paraît viser la dimension cognitive, l'organisation apprenante, ce qui se rapproche de la théorie sociale de l'apprentissage dans laquelle s'inscrit la CdeP.

O'Connor et Kotze (2008) reprennent les définitions synthétiques du concept d'organisation apprenante formulées par plusieurs auteurs et montrent comment elles ont en commun de porter l'emphase sur le développement organisationnel « proactif » orienté vers le futur et le processus stratégique conséquent. Les attentes portent sur la capacité de l'organisation à

répondre à la complexité et au caractère changeant de l'environnement à travers l'expérimentation de nouvelles approches, l'apprentissage via l'expérience, les « bonnes pratiques » des autres (comme sources d'inspiration) et le transfert rapide des connaissances vers l'organisation. Le résultat obtenu est l'apprentissage ainsi généré et l'augmentation de la capacité d'action.

En outre, O'Connor et Kotze (2008) font remarquer que des critiques du concept d'organisation apprenante insistent sur sa faiblesse empirique, argumentant qu'au-delà des anecdotes et de quelques études de cas, peu d'évidences empiriques eu égard à la mise en application conceptuelle dans la pratique ont été révélées. Ils considèrent que l'organisation apprenante est une abstraction rhétoriquement vide, voire « une ruse pour le contrôle normatif » (2008, p. 174, traduction libre).

#### **2.4.1.6 Communauté épistémique**

Les auteurs paraissent nombreux à invoquer la nécessité d'une mise en commun épistémologique, c'est-à-dire l'ouverture des perspectives disciplinaires ou, plus exactement, le partage du champ théorique et de la compréhension conséquente d'un phénomène particulier, notamment dans le domaine de la santé (Béhague, Gonçalves et Victora, 2008; Choi et Pak 2007; Couturier, Gagnon, Carrier et Etheridge, 2008; Klein, 2008; Lessard, 2007). Ce faisant, comme le mentionnent Couturier *et al.* (2008) : « La vraie valeur de l'interdisciplinarité se tient dans la rencontre des épistémologies » (p. 341). D'ailleurs, Choi et Pak (2007) valorisent la rencontre de disciplines aux épistémologies très différentes pour générer une véritable nouvelle façon de voir les choses. Qui plus est, Klein (2008) montre de manière claire comment la dynamique de négociation et de compromis entre les disciplines permet l'émergence d'une nouvelle culture, voire l'éclosion de nouvelles « communautés épistémiques ».

Selon Hakanson (2010), les « communautés épistémiques » ont une forte ressemblance avec les CdeP telles que décrites en sociologie de la connaissance<sup>27</sup>. Dans cette optique, l'auteur

---

<sup>27</sup> L'auteur réfère ici aux publications de Brown et Duguid (1991, 1998, 2001a), Lave et Wenger (1991) et Wenger (1998/2005).

réfère aux fondements conceptuels des CdeP, qu'il attribue également aux communautés épistémiques : engagement mutuel, entreprise commune et répertoire partagé.

En fait, Hakanson (2010) applique le terme CdeP aux groupes de travail géographiquement rassemblés, caractérisés par des interactions fréquentes et personnalisées entre les membres [*sic*]. Quant aux « communautés épistémiques », elles sont associées à des groupes de personnes qui maîtrisent les théories, les codes et les outils d'une pratique commune, indépendamment de leur localisation géographique et des contacts qu'ils peuvent maintenir. De plus, la conception de communautés épistémiques présentée par Hakanson semble se rapporter à la rencontre de communautés épistémologiquement homogènes, c'est-à-dire à des communautés (uni)disciplinaires. La rencontre de différentes communautés épistémiques (par exemple, via différentes expertises rassemblées) offre, selon l'auteur, un bénéfice eu égard au partage des connaissances, soit la possibilité de prendre en compte la perspective de l'autre sans pour autant devoir acquérir ses connaissances.

Toujours selon Hakanson (2010), les connaissances partagées en communautés épistémiques concernent autant les éléments tacites que les schémas cognitifs explicites, allant des simples règles de base (savoirs codifiés) à la théorie scientifique explicite. Ainsi, selon l'auteur, « le cadre de référence d'une communauté épistémique présente les deux volets cognitif et pratique (réciproquement constitutifs<sup>28</sup>), ce qui inclut autant les théories qui synthétisent la réalité construite par la communauté et le rationnel de ses explications, que les « procédures actives », c'est-à-dire les épistémologies et méthodes » (p. 10).

Nous voyons donc que les communautés épistémiques rejoignent les communautés de pratique sur le plan conceptuel, mais qu'elles s'appliquent d'abord au registre intra-disciplinaire ou plutôt intra-entreprise. Dans cette perspective, elles visent le développement de l'entreprise par le partage des connaissances (tacites et explicites, codifiées) bien ancrées dans la pratique, ce qui peut impliquer la rencontre de communautés épistémologiquement et géographiquement distribuées.

---

<sup>28</sup> L'auteur emprunte cette expression à Orlikowski (2002, p. 50).

#### **2.4.2 Le positionnement des différentes formules de mise en commun sur le continuum coordination-coopération-collaboration**

Pour terminer cette comparaison, disons que plusieurs concepts sous-jacents à ces diverses formules de mise en commun dans la pratique (notamment : participation, but commun, intérêt partagé, sens ou signification partagé(e), négociation de sens ou réflexion partagée, réification) sont autant d'éléments révélateurs de la proximité des intentions de ces formules. En fait, le « but centré sur l'apprentissage ou sur sa mise en pratique s'impose comme un premier élément de distinction, lequel rejoint les domaines d'application de chacune d'entre elles ». Comme le révèle la figure 11, le domaine d'activités s'ajoutant au registre de mise en commun valorisé (qui correspond au continuum de coordination, coopération et collaboration) au cours du processus de développement des apprentissages (mis en application ou pas) s'impose comme les variables déterminantes qui permettent de distinguer chaque formule.

Ainsi, nous pouvons voir que la « communauté », dans son sens large, peut permettre la coordination et la coopération et ce, peu importe le domaine. La communauté apprenante permet, quant à elle, l'unique coopération, et ce, dans le domaine de l'éducation. La CdeP, l'organisation apprenante et la communauté épistémique, conçues à l'origine dans le domaine de la gestion et appliquées par la suite au domaine de la santé, ainsi que la communauté d'apprentissage, conçues et appliquées essentiellement dans le domaine de l'éducation, sont les formules qui permettent à la collaboration d'émerger.

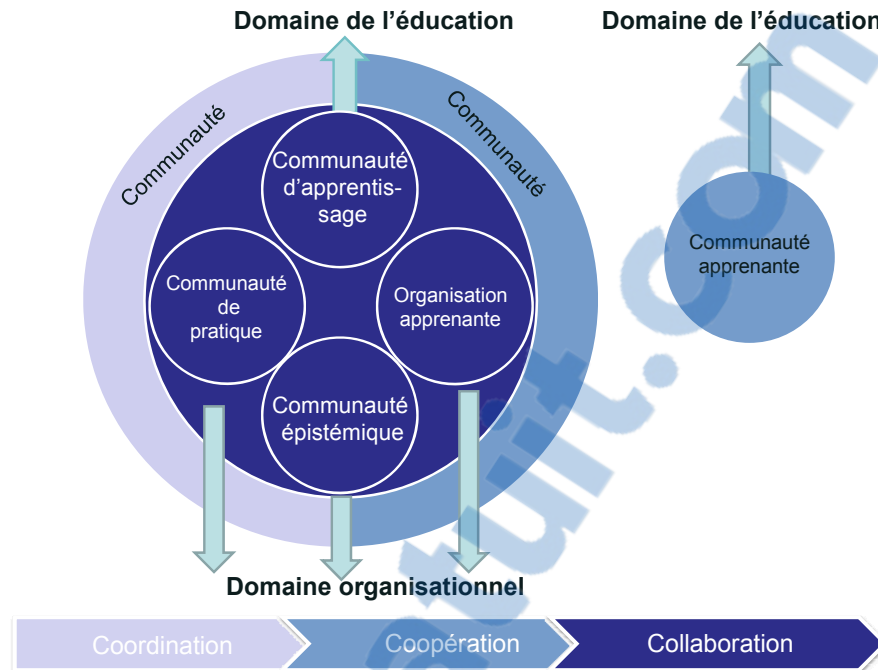


Figure 11. Le positionnement des formules sur le continuum de mise en commun et le domaine auquel elles sont rattachées.

Enfin, compte tenu de leur domaine d'application et de leur potentielle collaboration, la communauté de pratique et l'organisation apprenante sont, à l'instar de ce que la littérature dans le domaine de la santé nous révèle, les deux formules collaboratives applicables lorsqu'il s'agit de la pratique de soins des maladies chroniques. Quant à la communauté épistémique, celle-ci paraît moins adaptée à la pratique souhaitée lorsqu'il s'agit de maladies chroniques, car elle valorise l'unidisciplinarité dans une communauté.

## Conclusion

Cette distinction des formules de groupe d'appartenance nous a permis d'identifier l'adéquation potentielle des CdeP et des organisations apprenantes comme modes de collaboration interprofessionnelle adaptés aux maladies chroniques, du fait qu'elles s'avèrent applicables au domaine de la santé, en plus de valoriser une véritable collaboration interprofessionnelle. Les repères conceptuels, notamment le domaine d'application, de même que le registre de mise en commun valorisé sur le continuum coordination-coopération-collaboration, nous permettront de mieux discriminer l'adéquation conceptuelle des formules

de mise en commun présentées dans le cadre des expériences publiées que nous intégreront à notre analyse.

## **2.5 LA VALORISATION ACTUELLE DE L'INTERDISCIPLINARITÉ DANS LES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ : L'ÉMERGENCE DE DIFFÉRENTES FORMULES DE RELATIONS ENTRE LES DISCIPLINES**

Comme plusieurs auteurs le remarquent, au fur et à mesure que les connaissances scientifiques se sont développées, donnant lieu à un large éventail de disciplines<sup>29</sup>, les chercheurs sont devenus de plus en plus sensibles au besoin de relier les champs disciplinaires afin de répondre le plus adéquatement possible à des questions ou à des situations complexes (Aboelela *et al.*, 2007; D'amour et Oandasan, 2005). Dans cette perspective, comme le constatent Aboelela *et al.* (2007) et Hall *et al.* (2007), les publications récentes dans le domaine de la santé, notamment au cours de la dernière décennie, insistent sur le fait que la complexité des maladies chroniques nécessite une approche interdisciplinaire des soins. D'ailleurs, les formulations utilisées par les auteurs révèlent à quel point l'interdisciplinarité est dans « l'air du temps » dans les services de santé. Ainsi, Giacomini (2007) observe une montée en *crescendo* des appels à l'interdisciplinarité dans la recherche en santé alors que Klein (2008) ainsi que Robertson, Martin et Singer (2003) considèrent que l'interdisciplinarité est devenue un véritable *mantra* en recherche dans les services de soins. Selon Giacomini (2007), la « rhétorique interdisciplinaire » abonde aujourd'hui et « l'appel impératif à « transcender » les institutions disciplinaires est rapidement devenu une institution en soi » (p. 177, traduction libre).

Selon Choi et Pak (2006), les objectifs des approches rassemblant plusieurs disciplines sont d'apporter différentes perspectives à des problèmes complexes à résoudre, d'en arriver à une compréhension partagée, de développer des définitions cliniques consensuelles, en plus d'offrir une bonne compréhension des services de santé.

---

<sup>29</sup> À cet effet, cette citation de Couturier *et al.* (2008, p. 342) est éloquent : « *The University of Bologna – which was the first university – encompassed seven disciplines at the time of its foundation; today, according to the National Register of Scientific and Technical Personnel (2007), there are more than 8,000 disciplines. The engine behind this incredible growth is the modern, positivist conviction that the fragmentation of objects will make the world more intelligible* ».



Dans ce contexte, plusieurs auteurs constatent que les termes multidisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité sont très utilisés mais qu'ils sont toutefois définis de manière ambiguë et utilisés de manière interchangeable, devenant conceptuellement indistincts et, de ce fait, d'une utilité limitée pour les chercheurs et les praticiens (Choi et Pak, 2006; Malin et Morrow, 2007; Scott et Hofmeyer, 2007). Klein (2008) estime, quant à elle, qu'il ne s'agit pas d'un ensemble de catégories mutuellement exclusives et, s'appuyant sur Spaapen *et al.* (2007), elle considère que « la recherche est trop complexe pour être mise dans des boîtes qui ignorent les particularités du contexte ». Choi et Pak (2006) mentionnent, quant à eux, que les trois termes réfèrent à l'implication de multiples disciplines, à différents degrés, sur le même continuum. Nous constatons en effet que les définitions que proposent les auteurs consultés positionnent ces termes sur un continuum allant de la multidisciplinarité à la transdisciplinarité, en passant par l'interdisciplinarité.

Cette section vise à opérationnaliser les différentes formules de relation entre les disciplines. Nous verrons que les formules retenues par les différents auteurs sont associées à deux continuums distincts : multidisciplinarité-transdisciplinarité-interdisciplinarité ainsi que pluridisciplinarité-multidisciplinarité-interdisciplinarité-circumdisciplinarité.

### **2.5.1 L'opérationnalisation du premier continuum des différentes formules de relations entre les disciplines: multidisciplinarité, interdisciplinarité, transdisciplinarité**

Au cours des toutes dernières années, plusieurs auteurs ont présenté des définitions permettant de bien circonscrire les trois concepts multi, inter et transdisciplinarité : Choi et Pak (2006), Couturier *et al.* (2008), Giacomini (2004), Malin et Morrow (2007), Scott et Hofmeyer (2007) et Vyt (2008), pour ne mentionner que ceux-là. Choi et Pak (2006) s'appuient sur une revue de littérature et constatent que « ces termes paraissent relativement nouveaux, peu différenciés (même dans les dictionnaires), confus et souvent utilisés de manière interchangeable par plusieurs auteurs, mais commençant néanmoins à converger à travers certains signifiants spécifiques » (p. 358, traduction libre). Ils concluent que plusieurs chercheurs utilisent les trois termes en référence à l'implication de multiples disciplines, à des degrés variables sur le même continuum, et en arrivent aux définitions suivantes :

***Multidisciplinary**, being the most basic level of involvement, refers to different (hence "multi") disciplines that are working on a problem in parallel or sequentially, and without challenging their disciplinary boundaries. **Interdisciplinary** brings about the reciprocal interaction between (hence "inter") disciplines, necessitating a blurring of disciplinary boundaries, in order to generate new common methodologies, perspectives, knowledge, or even new disciplines. **Transdisciplinary** involves scientists from different disciplines as well as non-scientists and other stakeholders and, through role release and role expansion, transcends (hence "trans") the disciplinary boundaries to look at the dynamics of whole systems in a holistic way. (Choi et Pak, 2006, p. 359)*

On voit que l'interrelation entre les disciplines (parallèle, réciproque, holistique) ainsi que la conservation des frontières disciplinaires (rigidité, souplesse, éclatement) et, enfin, les rôles associés à une discipline (conservés, estompés ou effacés) deviennent des référents qui permettent de distinguer respectivement les trois niveaux de relation entre les disciplines (multi, inter et transdisciplinarité).

Soulignons au passage, qu'à l'instar de Choi et Pak (2006), Giacomini (2004) remarque que « paradoxalement, lorsqu'un programme de recherche interdisciplinaire rencontre le succès, cela peut éventuellement créer une nouvelle spécialisation, l'isolement et la myopie » (p. 179, traduction libre). Enfin, Scott et Hofmeyer (2007) réfèrent à des métaphores pour caractériser chaque concept. Dans cette perspective,

- la multidisciplinarité est associée à la connexion (branchement) et à des frontières qui demeurent inchangées;
- l'interdisciplinarité est associée à la coordination (mise en commun planifiée) et au fait que les frontières disciplinaires deviennent perméables;
- la transdisciplinarité est associée au dépassement, pour ne pas dire « éclatement » (*transcending*) et au fait que les frontières sont transformées.

Quant aux relations aux autres disciplines, Scott et Hofmeyer (2007) en font l'élément distinctif des trois concepts à savoir que :

- dans le cadre de la multidisciplinarité, les différentes disciplines travaillent en parallèle sur un projet commun, avec une faible interaction;
- dans le cadre de l'interdisciplinarité, les différentes disciplines coordonnent leur approche d'un problème et se rencontrent pour planifier une stratégie coordonnée;

- dans le cadre de la transdisciplinarité, les disciplines deviennent « imbriquées » l'une dans l'autre et travaillent ensemble, de la planification jusqu'au passage à l'acte.

En fait, Choi et Pak (2006) offrent une compilation exhaustive des caractéristiques des trois formules de relation disciplinaire, faisant la synthèse de 29 publications et laissant émerger les variables discriminatoires suivantes :

- le nombre de disciplines impliquées;
- le lien entre les disciplines;
- l'interrelation entre les membres eu égard à un projet commun;
- le partage des buts et des tâches;
- les rôles disciplinaires (maintenus, partagés ou dépassés) entre les membres;
- l'évolution des frontières disciplinaires;
- le lien collaboratif : addition, interaction, holisme;
- le partage méthodologique;
- la mise en commun des connaissances : instrumentale (complémentarité des connaissances ou perspectives) ou épistémologique (création de nouvelles connaissances voire même de nouvelles disciplines);
- les retombées : la somme des parts individuelles ou le dépassement de cette somme.

Finalement, la figure 12 montre la représentation graphique qui advient de chaque « état » disciplinaire proposé par Choi et Pak (2006) et mettant en évidence le rapport entre les disciplines : isolement (exclusive), parallèle (addition), interaction (croisée) et dépassement (holisme), selon qu'il s'agisse de multidisciplinarité, d'interdisciplinarité et de transdisciplinarité.

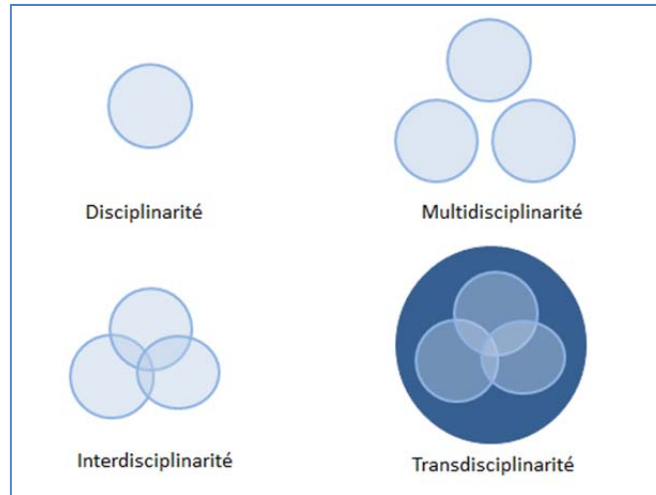


Figure 12. Représentation graphique des états disciplinaires proposés par Choi et Pak (2006).

### 2.5.2 L'opérationnalisation du deuxième continuum des différentes formules de relation entre les disciplines : pluridisciplinarité, multidisciplinarité, interdisciplinarité et circumdisciplinarité

Couturier *et al.* (2008) proposent un continuum de la rencontre des disciplines, différent de celui de Choi *et al.* (2006) : pluri, multi, inter et circumdisciplinarité. En fait, il nous semble possible d'établir *grosso modo* des correspondances entre ces deux continnum, comme le montre le tableau qui suit.

Tableau II

Les correspondances entre les continnum de la rencontre des disciplines proposés par Choi *et al.* (2006) et Couturier *et al.* (2008)

Choi <i>et al.</i> (2006)	Couturier <i>et al.</i> (2008)
Multidisciplinarité	Pluridisciplinarité
Interprofessionnalité	Multidisciplinarité
Transdisciplinarité	Interdisciplinarité
	Circumdisciplinarité

Couturier *et al.* (2008) en arrivent aux définitions suivantes, ce qui permet de mieux saisir les rapprochements et les différences avec le précédent continuum présenté :

- **Pluridisciplinarité.** Requiert la *co-présence*, autour d'un objet donné, de diverses disciplines qui demeurent fortement disciplinées, chacune comprenant bien le rôle qu'elle a à jouer. Il y a néanmoins une reconnaissance mutuelle à savoir que l'action est requise de plusieurs disciplines afin de relever la tâche. Cette co-présence nous paraît être de l'ordre d'une participation parallèle.
- **Multidisciplinarité.** Requiert également la *co-présence* de plusieurs disciplines. L'ordre ou la séquence du « qui fait quoi » est prescrite ou négociée afin d'atteindre un résultat optimal basé sur l'action de tous et chacun, de même que sur la nature de la tâche à accomplir. Ainsi, la multidisciplinarité réfère à la coordination entre les disciplines, mettant au défi les frontières disciplinaires.
- **Interdisciplinarité.** On assiste ici à la transformation des disciplines qui ne sont pas seulement *co-présentes* mais aussi *co-actives*. Cette transformation s'appuie sur deux pôles principaux, d'une part, l'émergence d'une nouvelle connaissance conduisant éventuellement à une nouvelle discipline et, d'autre part, le concept d'hybridation, où la rencontre de la différence provoque la transformation (des disciplines).
- **Circumdisciplinarité.** Les auteurs ne retiennent pas le concept de transdisciplinarité qui n'apparaît pas utile à leurs yeux car ils estiment que certains de ses composants marquent un retour au 14<sup>e</sup> siècle, où le monde était appréhendé à travers sept disciples. Ainsi, l'association de la transdisciplinarité à la fusion disciplinaire est un élément rejeté par Couturier *et al.* (2008). Le concept de circumdisciplinarité de Lenoir (2000) leur apparaît plus utile et est représenté par un cercle ou une spirale dans lequel(laquelle) la connaissance d'un groupe entraîne la transformation (et non pas la fusion) de la connaissance des autres groupes (Couturier *et al.*, 2008, p. 342-344, traduction libre).

Selon ces auteurs, la circumdisciplinarité permet la participation d'un éventail de profils de personnes concernées (professionnels, formateurs, chercheurs, sujets de recherche) à la création de connaissances reflétant une diversité de perspectives. Ainsi, le « cercle de connaissances » représente une « petite révolution interdisciplinaire » qui laisse place à l'innovation.

Par ailleurs, soulignons que Couturier et Chouinard (2003) ainsi que Couturier *et al.* (2008) constatent que les propos sur l'interdisciplinarité se divisent en deux pôles. Le pôle épistémologique, qui revendique l'essentielle complémentarité des savoirs disciplinaires, et le pôle pragmatique (ou praxéologique), qui valorise la complémentarité des actions spécialisées (de chaque discipline) face à la complexité des situations. L'éloquence des auteurs à cet effet est remarquable :

*The first, the praxeological thrust, posits the need for a joint effort in finding effective ways of addressing complexity (Klein, 1996; Lenoir et al., 2001). In this view, interdisciplinarity is seen as a pragmatic response to problems, based on the premise that the knowledge of a single discipline, as outstanding as it might be, is not sufficient to find a suitable solution for the problem at hand. This approach to problems raises the epistemological and ethical question of the applicability of research. The second is the epistemological thrust, whose focus is not so much on the efficacy of action as on the conditions whereby knowledge is constructed in the context of the complex phenomena under study. From this perspective, knowing requires a reconfiguration of the human being, now fragmented into so many pieces through the analytical deconstruction of positivist thought, in its (illusory) quest for the indivisible (Gusdorf, 1988). (Couturier et al., 2008, p. 344)*

À l'instar de Couturier *et al.* (2008), nous pensons que la circumdisciplinarité permet « de s'émanciper d'une vision trop « programmatique » de l'interdisciplinarité pour s'approcher au plus près des pratiques » et que « dans ce sens, la circumdisciplinarité correspond sans doute à l'un des principes de constitution des communautés de pratique synthétisant les savoirs scientifiques et les connaissances d'expérience » (Couturier *et al.*, 2008, p. 2) :

Les exigences pratiques sont telles que le praticien se doit d'aller au-delà des savoirs homologués pour les arrimer entre eux, pour les faire jouer avec des savoirs d'expérience. Ni tout à l'expérience (fantasme praticien) ni tout au savoir (fantasme scientifique), la circumdisciplinarité se pose comme une condition praxéologique incontournable, et donc partagée par un ensemble de métiers de services aux personnes (Couturier *et al.*, 2008, p.2).

## **Conclusion**

À l'instar de Couturier et Chouinard (2003), de Couturier *et al.* (2008), de Giacomini (2007) et de Klein (2008), nous estimons qu'il faut déployer une vigilance intellectuelle face à la « teneur normative » de l'appel à l'interdisciplinarité et à « l'enflure rhétorique » conséquente qu'on retrouve dans la littérature (dans le domaine de la santé en ce qui concerne nos observations). Ainsi, outre la valorisation abondamment formulée, la mise en application dans

la pratique s'avère à investiguer, à analyser. Comme le rapportent les auteurs, au-delà de l'intention, la mise en action paraît plus exigeante, une distance semble séparer le « dire » et le « faire » lorsqu'il s'agit de la rencontre entre les disciplines. Dans cette optique, les repères conceptuels associés au continuum disciplinaire offert par plusieurs auteurs et bien synthétisés par Choi et Pak (2006) nous paraissent à valoriser, de même que l'essentielle rencontre des pôles épistémologique et pragmatique (praxéologique) valorisée par Couturier *et al.* (2008). Ces deux éléments théoriques doivent être gardés à l'esprit afin de demeurer vigilant face aux expériences d'interdisciplinarité (rencontres disciplinaires, devrait-on dire) rapportées dans la littérature dans le domaine de la santé. Enfin, le concept de circumdisciplinarité nous apparaît intéressant, dans la mesure où il se montre critique face à la « fusion » et à l'« éclatement » disciplinaires implicites à l'interdisciplinarité et à la transdisciplinarité, valorisant plutôt la « transformation » des savoirs.

Ainsi, ces repères conceptuels rassemblés dans l'intention d'une meilleure opérationnalisation des formules de rencontre disciplinaires soutiendront notre analyse des expériences de mise en commun disciplinaires en CdeP rapportées dans la littérature.

## **2.6 LE PASSAGE CONCEPTUEL DU REGISTRE AXÉ SUR LES DISCIPLINES AU REGISTRE AXÉ SUR LES PROFESSIONS**

Selon D'Amour et Oandasan (2005), de la façon dont les disciplines se sont développées, un grand nombre de professions se sont définies par des connaissances disciplinaires spécifiques et un champ d'action propre. Ainsi, cette division en silo des responsabilités professionnelles est rarement cohésive et intégrée pour répondre aux besoins, à la fois des clients et des professionnels. La notion d'interprofessionnalité, de mentionner ces auteurs, est donc utile pour attirer l'attention sur l'émergence d'une pratique interprofessionnelle moins fragmentée et plus cohésive, ce qui n'implique pas le développement de nouvelles professions mais plutôt un moyen par lequel les professionnels peuvent pratiquer d'une manière plus collaborative et intégrée. Dans le domaine de la santé, l'interprofessionnalité est une réponse à la réalité des pratiques de soins fragmentées. Les professionnels proviennent de différents domaines et de différentes organisations de soins apportant différentes conceptualisations du patient, de ses besoins et du type de réponse nécessaire pour répondre adéquatement aux situations de soins

complexes. Ainsi, dans l'optique de D'Amour et Ouadanan (2005), l'interprofessionnalité est définie comme le développement d'une pratique cohésive entre différentes disciplines. Enfin, selon eux, l'interprofessionnalité requiert un changement de paradigme du fait que la pratique interprofessionnelle a des caractéristiques innovatrices en termes de valeurs, de codes de conduite et de façons de travailler.

Couturier *et al.* (2008) et Rege Colet (2002) offrent une vision plus critique du passage conceptuel de l'interdisciplinarité à l'interprofessionnalité. Pour ces auteurs, les registres sémantiques et conceptuels de ces deux modes collaboratifs sont trop éloignés, car l'interdisciplinarité se situe au niveau des connaissances et des savoirs scientifiques alors que les professions exploitent ces savoirs pour en déduire des compétences et attitudes.

### **2.6.1 L'alliance sémantique de la collaboration et de l'interprofessionnalité versus de l'interdisciplinarité**

Couturier *et al.* (2008) observent que les récents travaux sur l'interdisciplinarité tendent à abandonner ce concept en faveur de la collaboration interprofessionnelle. Ils critiquent la conception de la collaboration interprofessionnelle, notamment celle de D'Amour *et al.* (2005). Bien qu'ils estiment que ces deux concepts sont distincts et complémentaires, ils considèrent que le retrait du concept d'interdisciplinarité indique une profonde transformation. Ainsi, selon eux, l'introduction de la notion de collaboration dans l'analyse de D'Amour *et al.* (2005) tend à mettre l'accent sur la dimension psychoaffective de la collaboration et, ce faisant, tend à [lui] concéder la véritable valeur de l'interdisciplinarité, laquelle réside plutôt, selon eux, dans la rencontre des épistémologies. Afin d'illustrer ce constat, ils ajoutent que pour les professionnels du domaine de la santé, le découpage entre travailleurs sociaux, psychologues, infirmières et médecins correspond à des groupes professionnels épistémologiquement distincts. Couturier *et al.* (2008) maintiennent alors que cette relative distinction épistémologique correspond moins à une posture volontaire des professionnels qu'à une inévitable condition de leur travail.



## 2.6.2 Les deux pôles constitutifs de l'interdisciplinarité : la dimension cognitive (épistémologique) et la dimension collaborative (relationnelle)

D'Amour et Oandasan (2005) ainsi que D'Amour *et al.* (2005) insistent sur le pôle relationnel dans leur conception de l'interdisciplinarité. Ainsi, D'Amour *et al.* (2005) affirment que l'équipe interdisciplinaire implique un haut degré de collaboration entre les membres. À cet effet, le préfixe « inter » ne réfère pas seulement à la pluralité ou à la juxtaposition mais à un espace commun, un élément de cohésion, une appartenance réciproque. Au-delà de cette dimension collaborative, les auteurs mentionnent que l'équipe interdisciplinaire s'appuie sur une intégration des connaissances et des expertises de chaque professionnel, de façon à ce que des solutions aux problèmes complexes puissent être posées dans un esprit flexible et ouvert. Leur exposé nous paraît alors positionner la dimension cognitive comme un bénéfice secondaire au pôle collaboratif, lequel apparaît comme le fondement de leur conception de l'interdisciplinarité. Le défi majeur qui se pose alors à la pratique interdisciplinaire est l'ouverture des frontières territoriales, de manière à assurer plus de flexibilité dans le partage des responsabilités des professionnels (D'Amour *et al.*, 2005). D'ailleurs, le modèle de D'Amour, Goulet, Labadie, San-Martin-Rodriguez et Pineault (2008) est davantage centré sur la dimension collaborative (interactionnelle, pragmatique) que sur la dimension cognitive ou épistémologique. En effet, deux indicateurs de collaboration sur dix se rapportent explicitement à la dimension cognitive, épistémologique, alors que les autres sont plutôt du côté de la relation collaborative.

- **Gouvernance.** Centralisation (action dirigée), leadership, soutien à l'innovation, interconnexions (entre individus et entre organisations)
- **Intériorisation.** Confiance, connaissance mutuelle
  - ✓ **Buts et vision partagés.** Buts (communs), orientation centrée sur le client versus autres allégeances
  - ✓ **Formalisation.** Outils de formalisation (accords interorganisationnels, protocoles, systèmes d'information, etc.), échange d'informations

De leur côté, Kinnaman et Bleich (2006), et surtout Cloutier *et al.* (2008) et Rege Colet (2002), offrent une représentation de l'interdisciplinarité s'appuyant explicitement sur deux

pôles constitutifs, à savoir la dimension cognitive et la dimension relationnelle et sociale (collaborative), à laquelle s'intègre les aspects organisationnels du travail.

Barmark et Wallen (1986) arguent que toute production interdisciplinaire est le produit d'une interaction entre des facteurs cognitifs, niveau de l'organisation des savoirs, et des facteurs sociaux regroupant les caractéristiques psychologiques et sociales ainsi que les problèmes organisationnels (niveau de l'organisation du travail) (Rege Colet, 2002, p. 33).

À ce chapitre, Cloutier *et al.* (2008) avancent que l'appel à la rencontre et au partage disciplinaire repose sur deux visées. La première, la visée praxéologique, positionne le besoin d'un effort conjoint dans la recherche effective de modes de réponse à la complexité. Dans cette optique, l'interdisciplinarité est vue comme une réponse pragmatique aux problèmes, basée sur la prémisse que la connaissance d'une unique discipline ne suffit pas à trouver une solution appropriée au problème rencontré. La seconde, la visée épistémologique, dont le focus n'est pas tellement sur l'efficacité de l'action mais plutôt sur les conditions par lesquelles la connaissance se construit dans le cadre de l'étude de phénomènes complexes.

### **2.6.3 L'identité transformée dans la rencontre interdisciplinaire**

Rege Colet (2002) estime que les disciplines scientifiques représentent des supports identitaires qui engendrent une forme d'ethnocentrisme qui favorise l'appartenance et la référence exclusive à une discipline. Selon l'auteure, une telle attitude « renforce une représentation de l'organisation des savoirs sous forme d'îlots éclatés laissant apparaître des vides entre des spécialités » (p. 28).

Certes, dans la perspective de l'interdisciplinarité, Rege Colet (2002) préconise la souplesse du lien avec la discipline d'appartenance afin de pouvoir percevoir l'objet mobilisateur de la collaboration sous un autre angle. À cet effet, l'auteure associe au travail interdisciplinaire réussi, l'émergence d'une nouvelle « carte cognitive » qui, par définition, rassemble « les concepts, les méthodes, la manière de formuler une problématique, les catégories d'observation, les techniques de représentation et les modèles explicatifs qui composent une culture disciplinaire » (p. 28). Ainsi, une nouvelle carte cognitive advient à travers la négociation pour en arriver à un consensus relativement à son contenu.

Cloutier *et al.* (2008), quant à eux, estiment que l'interdisciplinarité représente la transformation des disciplines qui ne sont pas seulement co-présentes mais aussi co-actives. De cette transformation émerge le concept d'hybridation, dans le cadre duquel la rencontre de la différence provoque une transformation réciproque de soi et de l'autre. Ici le focus est sur la relation en elle-même. L'« inter » ou « ce qui est entre » est vu comme l'espace des possibles, un espace d'engagement caractérisé par le mouvement plutôt que par la stase disciplinaire. Ce qui nous paraît éloquent est, aux dires de ces auteurs, que la rencontre requiert un déséquilibre (une condition de mouvement), la tolérance au risque (une condition à l'engagement) et une relative incertitude (une condition à l'innovation) (Couturier *et al.*, 2008). Hamel (1995) considère que seule l'intention de s'engager dans la différence et l'hybridation qui en résulte peut produire une base conceptuelle commune. Mais pour Couturier *et al.* (2008), l'analogie de l'hybridation rappelle que l'interdisciplinarité a un impact sur l'identité. En fait, les identités disciplinaires représentent les principes de base à la transformation.

#### **2.6.4 L'interdisciplinarité et la résolution de problèmes complexes**

Soulignons qu'à l'instar de Killaman et Bleich (2004), qui associent l'interdisciplinarité à la résolution de problème, Rege Colet (2002) affirme que c'est la complexité des problèmes sociaux qui sollicite une démarche par résolution de problème et que l'interdisciplinarité s'avère pertinente pour prendre en charge cette complexité qu'aucune discipline isolément ne pourrait dépasser. À ce chapitre, Couturier *et al.* (2008) estiment que l'interdisciplinarité apparaît souvent comme un mode de résolution de problème qui permet le passage de l'« explication à l'action ». Dans cette optique, l'interdisciplinarité cherche à mobiliser toute connaissance, peu importe la source, en autant qu'elle permet une action donnée. Toujours selon ces auteurs, c'est ce passage à l'action qui donne à l'interdisciplinarité une bonne part de sa légitimité sociale et scientifique.

#### **Conclusion**

Pour clore cette section, comme l'illustre la figure 13, ce qui nous apparaît à retenir sont les deux pôles constitutifs de l'interdisciplinarité (cognitif et relationnel), auxquels on peut associer le processus de co-construction de connaissances dans une communauté de pratique.

Relativement à ces deux pôles, nous retenons les visions de Rege Colet (2002) et de Couturier *et al.* (2008) qui identifient de manière explicite les deux pôles constitutifs de l'interdisciplinarité et également les liens qu'ils établissent entre la rencontre interdisciplinaire et l'identité transformée, de même que les conditions requises (déséquilibre, tolérance au risque, incertitude et attrait de la différence). Nous percevons là de potentiels éléments d'analyse eu égard aux étapes de développement d'une CdeP. De la même façon, l'association de l'interdisciplinarité comme mode d'activité approprié à la complexité et à la résolution de problème, conditionnel toutefois au passage à l'action, nous paraît également s'inscrire dans l'optique d'une CdeP.

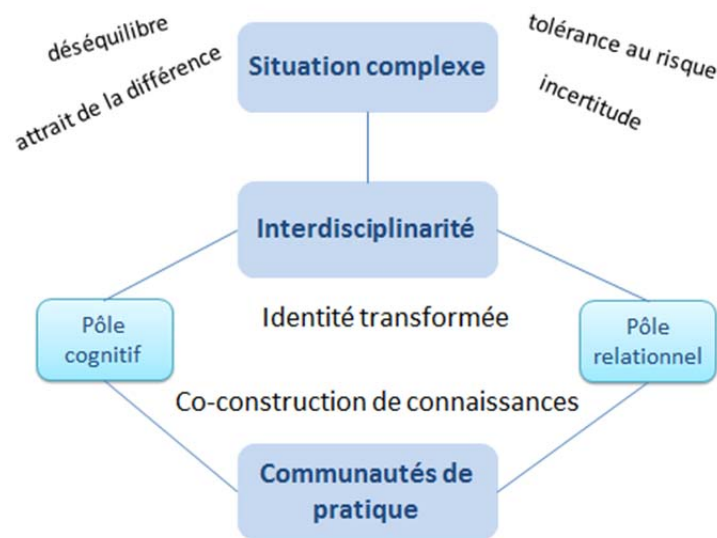


Figure 13. Les deux pôles constitutifs de l'interdisciplinarité et de la communauté de pratique inhérents au processus de co-construction des connaissances.

Concernant le passage de l'interdisciplinarité à l'interprofessionnalité, la rhétorique de D'Amour et Oandasan (2005) nous amène à retenir la conception de l'interprofessionnalité que nous associons à la mise en pratique du savoir disciplinaire partagé. Cette conception, axée sur les professions, nous paraît offrir une place aux professionnels non rattachés à une discipline officielle (non associée à une formation universitaire dans le domaine de la santé, telle que les « préposés aux bénéficiaires » ou les « infirmières auxiliaires »). Tout compte fait, nous optons pour une vision hybride de l'interprofessionnalité, qui arrime la conceptualisation de l'interdisciplinarité de Couturier *et al.* (2008) et de Rege Colet (2002) à la conception de l'interprofessionnalité de D'Amour et Oandasan (2005). Ainsi, nous retenons l'alliance

sémantique entre interprofessionnalité et collaboration, telle que préconisée par D'Amour et Oandasan (2005), à laquelle nous associons la solide conceptualisation de Couturier *et al.* (2008) et de Rege Colet (2002), eu égard, notamment, aux deux pôles cognitif et relationnel (ce qui échappe à la conception du modèle proposé par D'Amour axé sur l'unique pôle relationnel).

## **2.7 LES AVANCÉES ET LES LIMITES ATTRIBUÉES À LA MISE EN APPLICATION DU CONCEPT DE CDEP DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ**

Il n'est pas étonnant de constater que la documentation scientifique sur les CdeP comme objet de recherche abonde dans le domaine de la santé, ce qui a amené la publication de revues de littérature et d'analyses critiques de la recherche appliquée et/ou conceptuelle portant sur cette formule de collaboration interprofessionnelle (Cope, 2009; Cox, 2005; Éraut, 2002; Fung-Kee-Fung *et al.*, 2008; Gabbay *et al.*, 2003; Greenfield, 2007; Li *et al.*, 2009a, b; Mendes *et al.*, 2008; Roberts, 2006; Tsai, 2005).

Pour clore notre cadre conceptuel de manière complète, s'appuyant sur des revues de littérature et des analyses critiques publiées, il convient de dresser un bilan des avancées et des limites de la recherche sur les applications du concept de CdeP dans le secteur de la santé. Pour ce faire, nous présentons d'abord les principaux axes de recherche abordés dans la littérature et ensuite les avancées ou apports qui s'en dégagent. En finale, nous aborderons les limites ou les freins associés à des éléments spécifiques abordés dans la littérature.

### **2.7.1 Les principaux axes thématiques abordés dans la littérature portant sur les communautés de pratique dans le domaine de la santé**

Les revues et analyses critiques de la littérature scientifique faisant état d'expériences de CdeP dans le domaine de la santé sont aujourd'hui fort nombreuses : Cope (2000), Cox (2005), Éraut (2002), Fung-Kee-Fung *et al.* (2008), Gabbay *et al.* (2003), Greenfield (2007), Li *et al.* (2009a, b), Mendes *et al.* (2008) et Tsai (2005), pour ne nommer que ceux-là. Ainsi, en nous appuyant sur ces auteurs, nous présentons une synthèse des connaissances disponibles à ce jour, selon certaines thématiques qui s'en dégagent.

### ***2.7.1.1 L'analyse de contenus thématiques d'articles portant sur les communautés de pratique dans le domaine de la santé***

Li *et al.* (2009b) ont réalisé une revue de littérature et procédé à une analyse du contenu de 18 articles du milieu des affaires et de 13 articles du milieu de la santé. Les résultats présentés concernent uniquement leur analyse des articles portant sur le milieu de la santé. Ces chercheurs constatent que les articles analysés tournaient surtout autour de quatre thématiques :

- l'apprentissage et le partage des informations à travers la socialisation;
- la responsabilité des facilitateurs;
- les relations de pouvoir à l'intérieur des CdeP;
- l'efficacité des CdeP dans le milieu de la santé.

L'analyse de Greenfield (2007), quant à elle, s'appuie sur 79 articles portant directement sur des CdeP ou sur des formules de groupe s'en rapprochant<sup>30</sup> et dont l'action s'inscrit dans le domaine de la santé. Les études empiriques qu'il a menées portent sur cinq principales thématiques :

- les CdeP et le changement organisationnel;
- l'impact de la technologie sur les CdeP;
- la contribution des CdeP sur les soins et sur le développement professionnel;
- le processus d'apprentissage dans les CdeP;
- les barrières à la participation dans les CdeP.

Nous présentons une synthèse des résultats se rapportant à chacune de ces thématiques séparément mais en fusionnant celles de Li *et al.* (2009b) intitulées « L'apprentissage et le partage des informations à travers la socialisation » et « L'efficacité des CdeP dans le milieu de la santé » avec celle de Greenfield « Le processus d'apprentissage dans les CdeP », puisque ces trois thématiques rassemblent des constats qui se rapprochent. De plus, soulignons que la

---

<sup>30</sup> 1) *Community or communities of practice*; 2) *Community or communities of concept user(s)*; 3) *Thought collective(s)*; 4) *Community or communities of practitioner(s)*; 5) *Occupational community or communities*; 6) *Learning community or communities*; 7) *Self-organising team or self organizing team*; 8) *Community or communities of knowing*; 9) *Community or communities of interaction*; 10) *Community or communities of purpose*; 11) *Community or communities of interest*; 12) *Knowledge activist(s)*.

thématique faisant état des *barrières à la participation dans les CdeP* sera abordée dans la section suivante et que *le changement organisationnel* généré par les CdeP sera abordé dans les différentes sections de ce chapitre.

Dans un premier temps, notre analyse porte sur les principales thématiques mises de l'avant par Greenfield (2007) et/ou par Li *et al* (2009b) :

- Contribution des CdeP sur le développement professionnel et sur les soins prodigués
- Processus d'apprentissage dans une CdeP
- Impact de la technologie sur les CdeP
- Responsabilité des facilitateurs

Enfin, précisions que nous compléterons parfois ces ensembles thématiques par les analyses de Cope (2000), Cox (2005), Éraut (2002), Fung-Kee-Fung *et al.* (2008), Gabbay *et al.* (2003), Li *et al.* (2009a), Mendes *et al.* (2008) et Tsai (2005), lorsque leurs résultats s'y rapportent et qu'ils permettent de faire état des avancées de la recherche à cet effet.

### **1) Contribution des CdeP sur le développement professionnel et sur les soins prodigués**

Li *et al.* (2009b) rapportent que les études qu'ils ont analysées démontrent que l'apprentissage et le partage d'informations à travers la socialisation représentent l'apport principal des CdeP. Les recherches révèlent que chaque CdeP démontrait, à différents degrés, les caractéristiques suivantes : 1) une interaction sociale, 2) un partage des connaissances, 3) la création de connaissances et 4) le développement de l'identité professionnelle.

En outre, toujours selon ces auteurs, plus la CdeP est mature, plus elle parvient à la création de connaissances et au développement de l'identité personnelle. Ainsi, les CdeP plus récentes se centrent surtout sur l'interaction sociale et le partage des connaissances. De la même manière, la création de connaissances est rarement au centre des formations basées sur l'*apprenticeship* parce que le but est alors centré sur l'apprentissage de notions existantes. Enfin, pour eux, alors que le processus de partage des connaissances est observé dans toutes les CdeP, les trois autres caractéristiques apparaissent de manière moins évidente. En fait, leur analyse précise que les CdeP qui s'inscrivent dans la « formation clinique en contexte » et dans l'*apprenticeship* tendent à se centrer sur l'acquisition des connaissances ainsi que sur les

habiletés et l'identité professionnelle des étudiants. Toutefois, dans les CdeP centrées sur le partage et la création de connaissances, les CdeP sont d'abord utilisées comme outil de gestion pour le développement professionnel continu et l'amélioration de la qualité des soins, plutôt que sur le développement de l'identité.

L'analyse de la recherche sur les CdeP opérée par Greenfield (2007) présente des résultats somme toute favorables eu égard aux expériences menées. Ainsi, son analyse met en évidence des éléments relatifs à l'apprentissage en CdeP. Ceux-ci révèlent l'importance de la dimension sociale de l'apprentissage ancré dans l'action pratique et la mise en commun avec les pairs, deux éléments essentiels au développement des connaissances professionnelles et de l'identité professionnelle. Ceci permet un retour sur la pratique (ajustement permanent) et le développement d'une pratique partagée significative. La figure 1 présente le processus réunissant la pratique et l'apprentissage partagés.

Dimension sociale de l'apprentissage ancré dans une pratique partagée

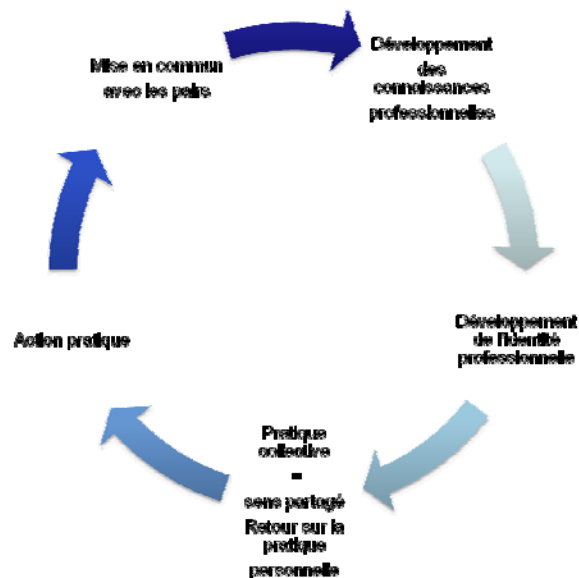


Figure 14. Éléments qui ressortent de l'analyse de contenu de la littérature réalisée par Greenfield (2007) relativement à l'apprentissage en CdeP.

Ainsi, Greenfield note que la recherche révèle que les CdeP :

- favorisent de manière significative l'apprentissage des professionnels sur les lieux de travail et leur pratique de soins;



- façonnent l'apprentissage et le travail des professionnels, en plus de permettre de mieux comprendre le développement de l'identité professionnelle;
- transforment les pratiques discursives et permettent le partage de différentes formes de connaissances<sup>31</sup>;
- construisent un sens collectif (ou partagé) par la négociation des priorités, des rôles et des relations de pouvoir.

## 2) Le processus d'apprentissage dans une CdeP

Selon ce que rapporte Greenfield (2007), le processus d'apprentissage s'avère actif et non passif dans une CdeP, il est déterminé par plusieurs variables telles que :

- l'organisation (coordination) de la communauté qui tranche eu égard à l'information privilégiée et comment elle est partagée;
- l'interaction entre les membres, l'emploi du temps et les rôles;
- les relations de pouvoirs qui déterminent le développement des compétences, lesquelles dépendent de l'accès aux connaissances, de l'habileté à comprendre et à réfléchir à la pratique (« pensée réflexive »), du recours à l'autorité et de la participation avec les pairs.

En fait, selon Greenfield (2007), les processus d'apprentissage dans une CdeP sont révélés par :

- *Les pratiques inclusives*, c'est-à-dire les pratiques qui favorisent :
  - ✓ le travail collaboratif;
  - ✓ le recours aux « évidences » afin de mettre la pensée au défi;
  - ✓ le temps et l'espace pour réfléchir aux enjeux rencontrés.

Dans une optique inclusive, différents rôles sont identifiés pour faciliter l'intégration et la formation des nouveaux venus (facilitateur/formateur), intégrer et soutenir les étudiants en formation *in situ* (mentor).

- *La collaboration*. Ce qui signifie d'être attentif à la dynamique entre les membres, reconnaître et composer avec la différence, développer la confiance dans les relations de travail.

---

<sup>31</sup> Les connaissances tacites semblent ici sous-entendues.

- *La réflexion structurée* qui a été identifiée comme une activité qui rend le processus d'apprentissage plus explicite aux participants.
- *Les procédés de recherche collaborative*. Une CdeP composée de chercheurs et de cliniciens peut améliorer la qualité de la recherche et soutenir la mise en application des résultats dans le registre des praticiens.
- *Les lignes de pensée (mindlines)*. Les recherches révèlent que les cliniciens n'accèdent pas aux évidences explicites de la recherche mais recourent aux *mindlines* qui sont basées sur l'expérience (tel que mentionné plus haut, les CdeP peuvent favoriser le partage de différentes formes de connaissances.)

Selon la revue de littérature exhaustive menée par Greenfield (2007), on voit que les CdeP sont favorables à l'apprentissage actif, lequel est fortement lié aux interactions et à la mise en commun entre les pairs ainsi qu'à la réflexion partagée. Ces éléments sont reliés à la coordination déployée ainsi qu'au temps et à l'espace de mise en commun des « évidences » de la recherche et des *mindlines* de chacun.

### **3) L'impact de la technologie sur les CdeP**

Toujours selon Greenfield (2007), l'apport de la technologie est une thématique importante dans la recherche menée sur les CdeP. Les observations qui s'y rapportent montrent que l'apprentissage des professionnels de la santé peut être accru par leur participation à une CdeP offrant des programmes d'apprentissage sur le Web. De plus, pour des professionnels physiquement dispersés, les CdeP virtuelles apportent :

- le soutien de la communauté;
- l'opportunité d'interactions virtuelles entre les membres, ce qui contribue à la croissance personnelle et professionnelle, du fait qu'elles sont avantageuses pour l'apprentissage.

De manière plus précise :

- les programmes d'apprentissage en ligne peuvent soutenir le transfert des connaissances, incluant les connaissances tacites et,
- les CdeP virtuelles favorisent autant l'apprentissage des professionnels, des étudiants que des clients (les patients).

L'auteur souligne toutefois que la recherche révèle aussi que l'introduction des technologies présente un nombre de défis pour une CdeP. Les difficultés sont, d'une part, d'ordre pratico-pratique et, d'autre part, rattachées aux relations entre les membres.

- Les obstacles pratiques sont le temps disponible pour y accéder ainsi que l'accès comme tel aux technologies, de même que le type de technologies utilisées qui peut avoir un impact sur les interactions dans la communauté (le WebCT est supérieur à la télévision interactive). Dans cet ordre d'idées, Mooradian (2006) rapporte que certaines études ont montré que l'utilisation du courriel augmentait la communication organisationnelle, alors que d'autres ont trouvé que l'utilisation du courriel augmente potentiellement les malentendus et la méfiance.
- Le défi relationnel pour les membres d'une CdeP est d'établir la confiance, l'interaction et l'identité alors que ces éléments peuvent se renforcer négativement les uns les autres lorsque la technologie est le mode de liaison.

Nous verrons plus loin que d'autres auteurs relient les avantages des technologies à la taille et à l'étendue géographique des CdeP du fait, qu'à notre époque, de très larges entreprises multinationales se divisent en une « collection » d'équipes de petites ou de moyennes tailles dispersées sur le globe.

#### **4) La responsabilité des facilitateurs**

Greenfield (2007) aborde l'importance de l'organisation de la communauté, sans préciser l'importance accordée au leadership ou à la coordination. Il met aussi en évidence les différents rôles essentiels pour favoriser l'intégration et la formation des nouveaux venus et des étudiants, soit le facilitateur/formateur et le mentor. Cependant, l'analyse de la littérature effectuée par Li *et al.* (2009b) les amènent à identifier la responsabilité des facilitateurs comme une thématique d'importance dans la littérature sur les CdeP.

Selon eux, un bon nombre d'études mettent en évidence l'importance des facilitateurs et certaines associent le succès ou l'échec de la CdeP à ce rôle. Le choix de la structure de gestion de la CdeP, c'est-à-dire un facilitateur et un leader (fusionnés dans la même personne ou deux personnes distinctes ou seulement l'un des deux rôles) semble dépendre de la taille du

groupe et de la disponibilité des ressources humaines, selon ce que rapportent Li *et al.* (2009b). Le modèle souhaitable selon le type d'organisation n'est pas clair et la fatigue des facilitateurs est mentionnée comme un aspect qui a conduit à la chute d'une CdeP (Li *et al.*, 2009b). Quant à Soubhi (sous presse), il parle de leadership et de coordination et montre comment l'amélioration de l'efficacité d'équipes de soins primaires est reliée à un leadership fort, à des buts clairs et à une rétroaction régulière des progrès de l'équipe. Dans cette perspective, cet auteur démontre comment les recherches sont nombreuses à valoriser l'assistance d'un coordonnateur de communauté (dont le rôle se rapproche de celui de facilitateur), qui peut soutenir la pratique réflexive, aider à développer un langage commun et encourager la participation active du patient et de sa famille. L'auteur valorise également la présence d'un informationniste qui peut aider les membres à accéder à la littérature, à identifier les connaissances à rechercher ainsi que les chevauchements et redondances dans les stratégies de soins et les rôles spécifiques des différents membres de la communauté. Ces différentes figures de soutien peuvent faciliter le processus d'apprentissage partagé entre des professionnels de différentes spécialités (CdeP interprofessionnelle) (Soubhi, sous presse).

### ***2.7.1.2 Les limites et les freins attribués aux CdeP dans le domaine de la santé***

La consultation d'analyses critiques portant sur les CdeP met en évidence des points qui apparaissent comme des limites de l'approche collaborative en CdeP ou, encore, comme des freins ou points sensibles qui peuvent les empêcher de se développer pleinement. Les principaux points qui ressortent sont :

- l'environnement de travail actuel dans les organisations de soins, peu propices aux CdeP;
- la dynamique de pouvoir inhérente aux CdeP;
- la confiance à construire;
- la prédisposition au changement;
- la taille et l'étendue de la CdeP et le recours aux technologies;
- l'investissement financier requis au processus des CdeP;
- la méthodologie en vigueur dans la recherche sur ce thème.

Nous abordons maintenant chacun de ces points en synthétisant les résultats de recherches rapportés dans la littérature. Parfois, des points montrent l'ambivalence de la recherche, c'est-

à-dire que certains auteurs estiment que les CdeP agissent positivement sur un point alors que d'autres démontrent l'inverse.

### **5) L'environnement de travail actuel dans les organisations de soins : plusieurs freins au développement et à la longévité des CdeP**

L'environnement de travail qu'offre le 21<sup>e</sup> siècle est fréquemment considéré comme défavorable au déploiement des CdeP (Cox, 2005; Érault, 2002; Norman, 2006; Roberts, 2006; Van Beveren, 2003). Plusieurs freins sont attribués aux conditions de travail d'aujourd'hui eu égard au développement et à la longévité des CdeP.

✓ *Un individualisme ambiant peu propice à l'engagement collectif*

Le contexte social actuel et la culture de travail qui en découle inhibent le partage d'un sens collectif et conduisent à une appropriation fragmentée et individualisée des tâches (Cox, 2005; Roberts, 2006). Le travail est individualisé de telle sorte qu'il n'y a pas d'engagement collectif et, de surcroît, l'environnement de travail est devenu compétitif, ce qui inhibe encore plus la collaboration selon Cox (2005).

L'aménagement de l'espace physique de travail est conforme à la pratique fragmentée, ce qui fait que les espaces de travail d'équipe (local commun de réunion) sont souvent non disponibles du fait de leur faible nombre (Cox, 2005). Van Beveren (2003) est éloquent relativement à l'aménagement des lieux qui correspond à la pratique en silos dans les organisations de soins de santé.

*Health care organizations are indicative of this, in that the organization could be viewed as a collection of professional specialists who contribute to the delivery of patient care. They are deliberately referred to here as a "collection" as often these specialists work in discrete divisions within the organization, thus fragmenting the delivery of care. This has a profound effect on the ability to create, disseminate or share knowledge throughout the organization, and yet the delivery of care has most often been achieved. (Van Beveren, 2002, p. 91)*

Par ailleurs, une étude menée par Norman (2006) montre que, bien qu'habités à travailler au-delà des frontières disciplinaires, les participants à la communauté de pratique possédaient peu d'expérience de véritables interactions inter-équipes et de collaboration hors de leur secteur de

spécialité. D'ailleurs, Greenfield (2007) note que la majorité des études portent sur des CdeP qui rassemblent une seule profession et qu'il s'agit d'infirmières ou de médecins, lesquels représentent les trois quarts des études rapportées. En fait, seulement 14 % des études portent sur des CdeP de plus d'une profession.

Enfin, Van Beveren (2003) remarque que les moments de socialisation organisés par les entreprises sont peu fréquents. Cette observation s'inscrit dans le contexte ambiant davantage porté à l'individualisme et marqué par une gestion du temps serrée.

✓ *La gestion du temps serrée*

Roberts (2006) remarque que les CdeP requièrent un degré de confiance et de compréhension mutuelles, lesquelles mettent du temps à se développer, alors que le temps est rarement disponible dans l'environnement de travail actuel. De plus, la gestion du temps serrée s'avère moins incitative à l'engagement et génère plutôt un détachement face à l'implication dans le travail (Cox, 2005).

✓ *L'instabilité des équipes (rotation du personnel)*

L'instabilité des équipes de travail (déplacement à l'interne, temps partiel, rotation, mises à pied) de même que la fréquente réorganisation des services ou des tâches réduisent l'engagement entre les individus (Cox, 2005). Ainsi, comme le fait remarquer Roberts (2006), les groupes (et les CdeP) émergent et se dissolvent rapidement. Ils se centrent sur les tâches spécifiques à réaliser et le groupe devient obsolète lorsqu'elles sont complétées.

✓ *Les relations de pouvoir à l'intérieur des CdeP*

L'analyse de Greenfield (2007) montre l'importance des relations de pouvoir dans les CdeP dans le domaine de la santé et comment elles déterminent le développement des compétences, des connaissances et de la pratique réflexive ainsi que le recours à l'autorité et la participation. Dans le cadre de leur analyse de la littérature, Li *et al.* (2009b) observent, quant à eux, une ambiguïté face aux relations de pouvoir entre les membres des CdeP, qu'ils expliquent ainsi :

Dans les CdeP basées sur l'*apprenticeship*, la hiérarchie et le pouvoir sont habituellement définis par les rôles de mentors et d'experts. Les nouveaux

participants se déplacent alors de la périphérie à une position de pleine participation au fur et à mesure qu'ils développent leurs connaissances et habiletés en apprenant des praticiens expérimentés. Ainsi, ceux qui participent pleinement sont appelés à jouer un plus grand rôle et, subséquemment, à assumer plus de pouvoir dans la direction des activités du groupe.

Au contraire, les relations de pouvoir dans les CdeP qui ne sont pas basées sur l'*apprenticeship* sont moins claires. Un *a priori* (dans la littérature) pose que les membres de la CdeP sont naturellement collégiaux, honnêtes et respectueux les uns des autres et qu'ils mettent de côté leurs agenda personnels pour le bien commun. Cependant, dans ces CdeP qui ne sont pas centrées sur l'*apprenticeship*, les membres ne se développent pas nécessairement au-delà d'une position périphérique (ils demeurent observateurs/apprenants plutôt que contributeurs) et ainsi, l'apprentissage et la négociation de sens continus de ne refléter que le pouvoir de la source dominante (Li *et al.*, 2009b, p. 6).

Roberts (2006) insiste sur l'importance de mieux saisir la dynamique de pouvoir dans les CdeP. Selon lui, elle est essentielle au développement d'une véritable compréhension de la création et de la dissémination des connaissances.

Enfin, nous identifions trois principaux enjeux qui ressortent de l'analyse critique que les auteurs font de cette notion de Wenger : le pouvoir détenu et maintenu par les membres plus impliqués qui participent pleinement et qui possèdent la connaissance (l'expertise) (Roberts, 2006); la forme insidieuse de contrôle que revêt la négociation de sens (toujours) harmonieuse dans une CdeP (Cox, 2005); la structure hiérarchique dans le domaine de la santé comme mode de contrôle de l'information (Gabbay *et al.*, 2003; Li *et al.*, 2009b).

#### ✓ *Participation, connaissance et pouvoir*

Selon Roberts (2006), bien que la signification se négocie à l'intérieur des CdeP, il est essentiel de reconnaître le rôle du pouvoir. Pour cet auteur, le pouvoir est l'habileté ou la capacité à atteindre quelque chose par l'influence, la force ou le contrôle. En fait, bien qu'une CdeP inclut des membres de statuts variés en termes d'expérience, d'âge, de personnalité et d'autorité dans l'organisation, le pouvoir peut se manifester en termes de degré de participation. De toute évidence, la rhétorique de Roberts s'appuie sur le manque de données concernant la dynamique de pouvoir dans l'œuvre de Wenger, ce qui a pour résultat de donner une image idéalisée de la négociation dans une CdeP. Roberts insiste sur le fait que Wenger discute peu de la distribution du pouvoir, par exemple dans les études de cas, et que la notion

de pouvoir est souvent reléguée en note de bas de page ou absente. De plus, selon Roberts, lorsque Lave et Wenger (1991) abordent la question de la négociation de sens, cela peut être perçu comme simple et consensuel alors qu'il s'agit d'un processus souvent empreint de désaccord et d'incompréhension. Par ailleurs, à l'instar de Li *et al.* (2009b), Roberts (2006) insiste sur le fait que dans un contexte d'*apprenticeship*, les nouveaux membres d'une communauté peuvent se déplacer de la périphérie à une position de pleine participation en développant leurs connaissances et en apprenant de praticiens plus expérimentés. Toutefois, ces membres ne vont pas nécessairement aller au-delà d'une position de participation périphérique et alors le sens émanant des activités de la CdeP peut demeurer le reflet de la source dominante de pouvoir.

✓ *La forme insidieuse de contrôle que revêt la négociation de sens (toujours) harmonieuse dans une CdeP*

Cox (2005) expose comment deux façons opposées de concevoir les communautés de pratique marquent le passage de la liberté au contrôle. En effet, il associe d'abord la théorie des CdeP à un mode de gestion qui favorise l'*empowerment* et qui présente une véritable intention d'engager les gens dans leur travail, tout en leur offrant une certaine liberté. Dans cette vision, la théorie des CdeP accorde une attention favorable aux relations de travail. L'autre conception des CdeP s'avère, selon l'auteur, plus critique eu égard à cette théorie lorsqu'elle présente une vision des CdeP sans conflits et harmonieuse, ce qui représente une nouvelle forme insidieuse de contrôle qui peut devenir une nouvelle norme à imposer aux participants. Toujours selon Cox (2005), dans l'optique où l'on ignore que les interactions créatives peuvent impliquer le défi, la critique, le désaccord et que les référents associés au terme de CdeP positionnent de telles relations comme antisociales, les CdeP deviennent alors idéalisées, idéologiques, normatives et moins ancrées dans la réalité.

✓ *La structure hiérarchique et le pouvoir*

La structure hiérarchique qui prévaut encore dans le domaine de la santé est fréquemment abordée dans la littérature (Booth, 2007; Cox, 2005; Li *et al.*, 2009b; Mooradian, 2006; Roberts, 2006; Van Beveren, 2003). Son lien avec le pouvoir est mentionné par Van Beveren



(2003) qui fait un lien entre la structure hiérarchique qui prédomine dans les organisations de santé, qui ont la caractéristique de présenter plusieurs niveaux de gestion, et la dissémination de l'information. Dans un tel contexte, selon cet auteur, l'information afflue vers le haut et les gestionnaires seniors présentent une résistance à transmettre l'information aux niveaux du bas, croyant que cela n'affecte pas la performance des employés. Et, comme l'avance Roberts (2006), en s'appuyant sur Foucault (1979) : *[...] there is no power relation without the correlative constitution of a field of knowledge, nor any knowledge that does not presuppose at the same time power relations*'.

Van Beveren (2003) rapporte qu'en regard à la gestion des connaissances, plusieurs auteurs estiment que les organisations doivent remédier aux structures organisationnelles hiérarchisées et favoriser les réseaux égalitaires de façon à être appropriées au transfert et à la création de connaissances (Van Beveren, 2003, p. 91).

Enfin, Éraut (2002) paraît sceptique face aux intentions des CdeP dans le domaine de la santé concernant des principes d'engagement mutuel, du fait qu'il observe encore aujourd'hui une organisation hiérarchique entre les différents corps professionnels et un faible niveau de respect mutuel.

### **2.7.2 La confiance mutuelle essentielle**

La confiance mutuelle est identifiée comme un facteur essentiel au partage des connaissances (Éraut, 2002; Mooradian, 2006; Roberts, 2006). Selon Mooradian (2006), la recherche a montré que les humains sont plus à même de s'engager dans le dialogue, le partage d'information et la construction de communautés avec des personnes en qui ils ont confiance. Roberts (2006) soutient que « la présence d'une relation de confiance entre les individus indique une habileté à partager un haut degré de compréhension mutuelle, construite sur une appréciation commune d'un contexte socioculturel partagé » (p. 628).

Dans cette perspective, les CdeP et les organisations apprenantes sont perçues comme des formules propices au développement de relations interpersonnelles favorables à la confiance mutuelle requise au partage des connaissances explicites et tacites (Gabbay et Le May, 2004; Li *et al.*, 2009a; Roberts, 2006). En fait, nous constatons que la recherche place souvent la

confiance comme une condition primordiale à la collaboration (Chen et de Almeida Neto, 2007; D'amour *et al.*, 2005; Davoli et Fine, 2004; Freeth, 2001; Greenfield, 2007). Dans cette perspective, les auteurs insistent souvent sur l'importance de la reconnaissance de la complémentarité des rôles professionnels, laquelle va de pair avec la confiance mutuelle, ce qui apparaît intéressant lorsqu'il s'agit d'une CdeP interprofessionnelle (Daly, 2004; Greenfield, 2007; McKeon, 2006).

*Collaboration can be improved by directing attention to the membership of a CoP, the dynamics associated with membership, acknowledging and dealing with differences (Robinson and Cottell 2005), and developing positive trusting working relationships, including dialogue about issues and findings (Bartunek et al., 2003; Plack 2006). (Greenfield, 2007, p. 27)*

*In healthcare, HROs (High Reliability Organizations) require that members interact interdependently within the healthcare microsystem. Interdependent interactions are characterized by trust, respect, collaboration, willingness to help each other, appreciation of complementary roles, and a recognition that all contribute individually to a shared purpose. (McKeon et al., 2006, p. 301)*

Les articles consultés sont donc nombreux à faire état du caractère fondamental de la confiance dans le partage des connaissances et dans l'apprentissage collaboratif. Certains auteurs évoquent alors la nécessité de proposer aux membres des CdeP des activités afin de mieux saisir cette notion de confiance et de la consolider (Davoli et Fine, 2004; Freeth, 2001; O'Connor et Kotze, 2008). L'importance qu'une personne assume le rôle de facilitateur ou de leader pour favoriser la confiance ambiante est mentionnée par quelques auteurs, entre autres par l'animation d'activités propices (Davoli et Fine, 2004; Mooradian, 2006; O'Connor et Kotze, 2008). McKeon *et al.* (2006) avancent que c'est à travers l'interdépendance, fondamentale à la collaboration, et la confiance qui en est un prérequis, que les cliniciens vont créer et partager un modèle mental<sup>32</sup> comme cadre de leur pratique. Les auteurs considèrent qu'un modèle mental partagé entre les membres d'une équipe de soins est fondé sur plusieurs éléments : la responsabilité envers le patient, la croyance en la faillibilité clinique, le soutien des pairs, la conscience du caractère provisoire du statut de patient, le statut de membre de l'équipe et les ressources institutionnelles (McKeon *et al.*, 2006). L'importance des modèles

---

<sup>32</sup> Rappelons la définition accordée par Senge (1991) à cette notion de modèle mental (Argyris). Les modèles mentaux sont des représentations, des schémas ou mêmes des images profondément inscrits dans les esprits, et qui façonnent notre compréhension du monde et nos actes même si, très souvent, nous ne sommes conscients ni des modèles mentaux, ni de leurs effets sur nos comportements (Senge, 1991, p. 23).

mentaux relativement à la confiance est explicite, selon Senge (1991, p. 226) : « L'essentiel est de comprendre que ces modèles influencent profondément nos actes. Selon que je crois ou non pouvoir faire confiance aux gens, j'agirai différemment ».

Soulignons que la relation de confiance, souvent associée à la cohésion (Greenfield, 2007), est perçue plus facile en petits groupes, lesquels sont plus propices à identifier les intérêts conjoints eu égard aux patients et aux discussions de cas régulières (Gabbay et Le May, 2004; Soubhi, sous presse). Chen et de Almeida Neto (2007) estiment, quant à eux, que les membres d'une équipe de travail ont besoin de faire confiance à l'information qu'ils reçoivent des autres, de s'assurer de sa précision et de sa fiabilité, et que les interactions en face-à-face sont essentielles pour établir une véritable relation de confiance dans une équipe.

Enfin, Roberts (2006) estime que la relation de confiance entre les membres des CdeP et les gestionnaires est un des éléments qui contribue au succès ou à l'échec des CdeP. Il démontre comment un faible niveau de confiance et un contrôle hiérarchique sont à même de conduire à l'échec. L'auteur avance que le pouvoir façonne les interactions sociales et les perceptions, et que son recours influencera le degré de confiance entre ceux engagés dans le transfert des connaissances.

## **6) La prédisposition au changement**

Greenfield (2007) rapporte que la majorité des études menées dans l'optique du changement organisationnel affirment l'influence des CdeP à cet effet et qu'une seule étude porte sur l'inverse, à savoir l'impact du changement organisationnel sur les CdeP.

Les recherches rapportent trois conditions expliquant que les CdeP sont favorables au changement dans les organisations :

- 1) parce qu'elles intègrent des cliniciens (et pas seulement des gestionnaires ou des décideurs officiels);
- 2) en liant les professionnels rattachés à différentes CdeP (de différentes divisions de l'organisation), le changement organisationnel peut être permis (légitimé);
- 3) en s'assurant que les intérêts de la CdeP ne sont pas écartés.

L'auteur mentionne aussi qu'une étude a montré que le changement organisationnel, dans la forme d'une nouvelle politique ou de la restructuration d'un service, peut perturber une CdeP. Une telle perturbation a des effets sur la livraison des services et sur les identités professionnelles. Ce qui va dans le sens d'Éraut (2002) qui observe que les CdeP semblent être des systèmes rapidement érodés par les changements dans la pratique du travail, ce qui requiert des contextes stables et prévisibles.

Wenger (1998/2005) considère que l'approche des CdeP favorise la négociation de sens entre ses membres et il leur attribue des dimensions intrinsèques (engagement mutuel, entreprise conjointe et répertoire commun) favorables au développement et au changement de la posture cognitive de ses membres et, ultimement, de l'organisation d'appartenance elle-même à travers la pratique. Néanmoins, Roberts (2006) invoque la notion d'*habitus* de Bourdieu afin de démontrer que les prédispositions au changement dans les CdeP ne sont pas garanties et, de ce fait, l'évolution du groupe. Le concept d'*habitus* de Bourdieu réfère à des modes de pensée acquis inconsciemment, qui sont résistants au changement et qui s'appliquent dans différents contextes (Roberts, 2006). Pour cet auteur, la notion d'*habitus* suggère que les CdeP peuvent être prédisposées à l'acquisition et à la création de certaines connaissances puis à la négociation d'un type particulier de significations au détriment d'autres interprétations possibles. De plus, toujours selon Roberts, avec le temps, les CdeP développent des préférences et des prédispositions qui vont influencer leur habileté à créer et à acquérir de nouvelles connaissances. Ainsi, les CdeP peuvent devenir statiques en termes de connaissances et devenir résistantes au changement. Les savoirs qui soutiennent l'identité et la pratique courante de ses membres ont plus de chance d'être adoptés que ceux qui les mettent au défi, du fait que les façons de faire peuvent devenir routinières, institutionnalisées (Roberts, 2006). L'auteur déplore donc que la théorie sur les CdeP n'élabore pas davantage sur le mode de transformation des pratiques.

## **7) La taille et l'étendue de la CdeP**

Roberts (2006) pose la question de la taille appropriée d'une CdeP :

*While it may be possible to identify communities of practice in both small groups of people working in close proximity and in globally distributed communities of 1,500*

*people, there is surely a significant difference between these two types of communities of practice. Is it really possible to apply exactly the same principles to these two communities?* (Roberts, 2006, p. 630)

L'auteur répond à la question en s'appuyant sur Wenger (1998/2005) qui considère qu'une CdeP spécifique peut être une partie d'un grand nombre de constellations de pratiques (professionnelles, spécialisées) qui résultent d'interactions nécessitant le dépassement de frontières. Se référant encore une fois à cet auteur qui proposait différents processus et objets (de partage) des frontières afin de permettre le transfert des connaissances, Roberts arrive au constat que les frontières entre les CdeP ne sont pas figées mais souples, constamment changeantes, de nature poreuse et difficiles à identifier. Concernant l'activité à distance des CdeP via les technologies de la communication, il est intéressant de constater les arguments et contre-arguments de Roberts. L'auteur invoque d'abord les arguments de Wenger (1998/2005) qui observait que ces nouveautés entraînent des exigences qui réduisent la participation dans certaines situations complexes, localement significatives. Toutefois, Roberts réfère également à Amin (2002) qui considère que la proximité relationnelle et organisationnelle est plus importante que la proximité physique des relations en face-à-face et que cette proximité peut aussi être atteinte par les nouvelles technologies. Enfin, l'auteur constate le besoin que les publications relatives aux CdeP arrivent à distinguer les communautés selon leur taille et leur portée spatiale.

### **8) L'investissement financier requis au processus des CdeP**

Selon Norman et Huerta (2006), les réseaux auto-organisés, tels que les CdeP, requièrent un investissement de ressources de plusieurs membres de la communauté, lesquels ne reçoivent souvent qu'une faible compensation de l'organisation. Toutefois, sans un grand investissement de l'organisation, la possibilité que des individus-clés quittent le réseau augmente ainsi que la possibilité d'échec consécutive. Quant à Booth *et al.* (2007), ils ont constaté que le faible coût du modèle déployé dans leur recherche est en bonne partie attribuable aux employeurs des infirmières qui les ont dégagées pour participer au projet. Cependant, une part de cet investissement est compensée par les bénéfices personnels qu'en retirent les participants et par l'implantation de leur projet qui bénéficie à l'organisation, au-delà de la sphère immédiate d'influence de la pratique des infirmières (Booth *et al.*, 2007, p. 952). Ainsi, les auteurs

semblent dire que les CdeP requièrent un investissement de temps, de ressources humaines et monétaires qui nécessite l'investissement financier des organisations qui s'en trouvent bonifiées.

## **Conclusion**

À l'instar de Roberts (2006), il nous semble qu'en dépit de ses limites actuelles, l'approche des CdeP représente un moyen d'explorer le partage et le développement de connaissances en contexte de travail. Dans cette perspective, les CdeP apparaissent comme un mode de formation continue adapté au domaine de la santé, lequel requiert l'ajustement permanent des connaissances et des pratiques conséquentes aux résultats de la recherche qui se développe maintenant au rythme accéléré de la « société de la connaissance ». En ce sens, les CdeP représentent un outil de gestion des connaissances capable de permettre la mise en commun, à la fois des connaissances issues de l'expérience (*mindlines*) et de celles issues des évidences scientifiques (*guidelines*).

L'analyse conceptuelle de la notion de CdeP que nous avons menée, jointe au rapport des avancées et limites que la littérature octroie à cette formule de travail, ont renforcé notre intention de procéder à une analyse des expériences rapportées dans la littérature. Cette analyse sera effectuée dans le but d'examiner l'opérationnalisation des expériences menées ainsi que les retombées et limites qui en découlent. Ultimement, ceci permettra d'identifier dans quelle mesure ces différents aspects sont reliés au partage et à la co-construction de connaissances (dimension cognitive) et/ou à la dynamique relationnelle (dimension collaborative).

## **2.8 LES OBJECTIFS DE NOTRE RECHERCHE**

Cette analyse conceptuelle de la notion de communauté de pratique comme mode de collaboration interprofessionnelle nous a permis de mieux saisir les fondements permettant une opérationnalisation menant à une mise en pratique réussie. Le cadre conceptuel ainsi produit nous est apparu essentiel, compte tenu de notre objectif général de recherche qui est d'*analyser et comprendre des expériences, rapportées dans la littérature, de collaboration*

*interprofessionnelle au sein de communautés de pratique centrées sur le patient atteint de maladies chroniques.*

Or, au fur et à mesure de son élaboration, l'application potentielle de ce cadre conceptuel aux expériences rapportées dans la littérature a fait émerger un grand nombre d'interrogations qui se répartissent autour de trois grandes thématiques :

#### 1) L'opérationnalisation de la notion de CdeP

Dans quelle mesure les communautés de pratique s'imposent-elles comme modèle de collaboration interprofessionnelle offrant suffisamment de repères conceptuels facilitant sa mise en application dans le milieu de la santé, lorsqu'il s'agit de maladies chroniques ? Quels sont les repères conceptuels présentés par les chercheurs dans le cadre de ces expériences rapportées dans la littérature ? Ainsi, les CdeP se présentent-elles comme un modèle exclusif sur lequel repose la collaboration interprofessionnelle ou sont-elles plutôt associées à des modèles complémentaires tels que celui de système adaptatif complexe ou le modèle de prise en charge des maladies chroniques et ses versions bonifiées ? En fait, la conception des CdeP décrites dans la littérature dans le domaine de la santé repose sur quelle étape conceptuelle de Wenger et de ses co-auteurs<sup>33</sup> ? Sa mise en application semble-t-elle y correspondre ? S'agit-il réellement de CdeP ou est-ce plutôt d'autres formes de mises en commun ? Enfin, les expériences de collaboration interprofessionnelle décrites se positionnent-elles réellement au registre de la collaboration ou s'agit-il parfois de coopération plutôt que de collaboration ?

#### 2) La complémentarité des pôles collaboratif (relationnel, socio-affectif) et cognitif (partage et co-construction des connaissances)

Les expériences rapportées dans la littérature dans le domaine de la santé insistent-elles davantage sur le pôle collaboratif (relationnel, socio-affectif) ou sur le pôle cognitif (partage et co-construction des connaissances) ou autant sur l'un que l'autre ? Dans ce même registre d'interrogation, dans quelle mesure les enjeux relationnels sont-ils déterminants eu égard au

---

<sup>33</sup> Première étape axée sur la participation périphérique légitime (Lave et Wenger, 1991), deuxième étape axée sur l'apprentissage individuel issue d'une pratique partagée qui permet le développement identitaire et la troisième étape où l'apprentissage partagé, le partage des connaissances offrent le bénéfice d'accroître les connaissances essentielles au rendement optimal de l'organisation.

partage et à la co-construction des connaissances ? Les expériences de CdeP rapportées permettent-elles un véritable partage des expériences pratiques et des connaissances tacites qui leurs sont associées, en plus des données de recherches basées sur l'évidence, ou favorisent-elles plutôt l'un ou l'autre registre ?

3) Les facteurs déterminants des CdeP favorables au partage des connaissances ainsi qu'à la co-construction des connaissances

Quels sont les facteurs qui facilitent le déploiement de CdeP favorables au partage ainsi qu'à la co-construction des connaissances et quels sont les obstacles qui se dégagent des expériences rapportées ?

L'intention de répondre à ces interrogations a mené à l'identification d'objectifs spécifiques. Ainsi, ultimement, notre recherche vise à :

- analyser la cohérence entre l'opérationnalisation de la notion de CdeP comme formule de mise en commun valorisée par les auteurs et l'application qu'ils en rapportent dans le cadre d'expériences menées dans le domaine de la santé, lorsqu'il s'agit de maladies chroniques;
- vérifier dans quelle mesure les retombées attribuées à la collaboration interprofessionnelle, au sein de CdeP œuvrant auprès de patients atteints de maladies chroniques, sont reliées au partage et à la co-construction de connaissances (dimension cognitive) ou à la dynamique relationnelle (dimension collaborative);
- identifier les obstacles et les facteurs qui facilitent le développement d'une collaboration interprofessionnelle favorable au partage et à la co-construction des connaissances au sein de communautés de pratique œuvrant auprès de patients atteints de maladies chroniques.



## CHAPITRE III – MÉTHODOLOGIE

### INTRODUCTION

Les communautés de pratique paraissent représenter un mode de collaboration interprofessionnelle qui permet l'adaptation à la complexité des services de soins lorsqu'il s'agit de maladies chroniques. En effet, elles semblent aptes à réunir les pôles cognitif et collaboratif permettant un apprentissage partagé nécessaire à l'adaptation des pratiques eu égard à l'incertitude inhérente à la complexité des soins des maladies chroniques.

Ce chapitre présente la méthodologie appropriée à l'analyse théorique et conceptuelle que nous comptons réaliser relativement au développement de communautés de pratique adaptées à la complexité des maladies chroniques. Rappelons que cette méthodologie veut répondre à l'objectif général que nous nous sommes fixé qui est *d'analyser et comprendre des expériences, rapportées dans la littérature, de collaboration interprofessionnelle au sein de communautés de pratique centrées sur le patient atteint de maladies chroniques.*

Comme nous l'avons vu, afin de répondre à cet objectif général nous avons identifié les objectifs spécifiques suivants :

- analyser la cohérence entre l'opérationnalisation de la notion de CdeP comme formule de mise en commun valorisée par les auteurs et l'application qu'ils en rapportent dans le cadre d'expériences menées dans le domaine de la santé, lorsqu'il s'agit de maladies chroniques;
- vérifier dans quelle mesure les retombées attribuées à la collaboration interprofessionnelle au sein de CdeP œuvrant auprès de patients atteints de maladies chroniques sont reliées au partage et à la co-construction de connaissances (dimension cognitive) ou à la dynamique relationnelle (dimension collaborative);
- identifier les obstacles et les facteurs qui facilitent le développement d'une collaboration interprofessionnelle favorable au partage et à la co-construction des connaissances au sein de communautés de pratique œuvrant auprès de patients atteints de maladies chroniques.

### 3.1 LA POSTURE ÉPISTÉMOLOGIQUE DE NOTRE RECHERCHE ET LE CHOIX MÉTHODOLOGIQUE

Compte tenu des ambitions théoriques et conceptuelles de nos objectifs de recherche (général et spécifiques), une méthode d'analyse secondaire de recherches qualitatives nous est apparue tout indiquée (Beaucher, 2009; Beaucher et Jutras, 2007). Dans cette perspective, la métasynthèse s'impose comme la méthode la plus adaptée. Notre conception de la métasynthèse s'appuie sur la définition synthétique que nous présentent Beaucher et Jutras (2007) des nombreuses définitions formulées à ce jour par les spécialistes de cette approche méthodologique. Ainsi, à l'instar des auteurs analysés et synthétisés par Beaucher et Jutras<sup>34</sup>, nous concevons la métasynthèse comme :

Un terme « parapluie » se référant à la synthèse des résultats de plusieurs recherches qualitatives pour en créer une nouvelle interprétation. [...] Ainsi : la métasynthèse ne serait pas une revue systématique des écrits ou encore le réarrangement de résultats de recherche. Il ne s'agit pas non plus de l'addition des constats de diverses études, ou encore d'une analyse (*purement*) conceptuelle. Plutôt, il s'agit de mettre ensemble et de décomposer des résultats, les examiner, découvrir les éléments fondamentaux et, en quelque sorte, combiner divers phénomènes dans un tout transformé. [...] une métasynthèse doit être autre chose qu'une simple accumulation de données. (p. 62)

Une telle démarche s'inscrit dans la perspective de la philosophie interprétative de Gadamer (1996). Ainsi, notre lecture des expériences de CdeP rapportées par les auteurs repose sur les fondements théoriques et conceptuels présentés dans la section précédente. Toutefois, ces sous-bassements à notre compréhension offriront la souplesse permettant l'émergence d'un sens nouveau. Cette position dialectique permanente associée à la quête d'un sens nouveau, est décrite par Gadamer (1996) :

Celui qui veut comprendre accomplit toujours une projection. Il projette par anticipation un sens du tout dès qu'un premier sens du texte se manifeste. Mais un tel sens ne se manifeste à son tour que si on lit déjà le texte avec certaines attentes quant à son sens précis. La compréhension de ce qui est là s'effectue toujours à travers l'élaboration d'une telle projection préalable, laquelle doit bien sûr être constamment révisée au fur et à mesure que l'on avancera dans la pénétration du sens. (p. 76)

Notre posture interprétative nous amènera donc à reconnaître les fragments théoriques et conceptuels retenus (et présentés dans notre cadre conceptuel) eu égard aux expériences

---

<sup>34</sup> Il s'agit de Finfgeld (2003), de Schreiber, Crooks et Stern (1997) et de Sherwood (1999).

rapportées de collaboration interprofessionnelle au sein de communautés de pratique centrées sur le patient atteint de maladies chroniques, mais à les remettre en question ou à les repositionner quant aux fondements rationnels et pratiques exposés par les auteurs. L'ouverture à un sens nouveau ou, du moins, à un approfondissement ou à une réflexion prolifique devrait donc advenir de notre démarche de métasynthèse.

[...] une conscience passée à l'école herméneutique devra faire preuve de réceptivité à l'égard de l'altérité du texte. Mais cette réceptivité ne présuppose ni une « neutralité » sur le fond, ni même un effacement de soi, elle implique plutôt l'appropriation et la mise en relief de ses propres opinions préalables et de ses préjugés. Il importe de s'aviser de son parti pris afin que le texte puisse se manifester dans son altérité et acquérir ainsi la possibilité de faire valoir sa vérité de fond contre notre propre opinion préalable (Gadamer, 1996, p. 77-78).

Comme le précisent Beaucher et Jutras (2007), la métasynthèse offre le principal avantage de la méta-analyse qualitative, qui est d'obtenir une vue d'ensemble sur un phénomène donné. Toutefois, selon ces auteurs, dans le cadre de la méta-analyse « cette vue d'ensemble risque de n'être qu'une simple accumulation de résultats [dont] fait défaut une réflexion ou une analyse qui permettrait de jeter un regard différent sur le phénomène étudié » (p. 61), ce qui marque en revanche l'apport spécifique de la métasynthèse, dans la perspective de Gadamer, dirions-nous.

De toute évidence, une telle démarche revêt un enjeu nomothétique du fait que sa finalité est le développement et le raffinement des connaissances théoriques (Van der Maren, 1996) liées aux expériences de communautés de pratique dans le milieu de la santé. Toujours dans l'optique de Van der Maren, un tel enjeu implique « une attitude critique à l'égard des énoncés antérieurs » (présentés dans notre cadre conceptuel) qui nous servons de repères conceptuels afin de « faire progresser la connaissance ». Cette attitude implique donc « un positionnement de recherche spéculative ou théorique où la critique et la reformulation de théories » se réalisent à partir d'une « argumentation de faits apportée par d'autres chercheurs » (Van der Maren, 1996, p. 62).

Il importe également de souligner que la métasynthèse que nous comptons mener est de type descriptif et dans la perspective qu'en dressent Beaucher et Jutras (2007), la métasynthèse nous amènera à une synthèse des résultats de recherche qualitatives retenues avec comme

objectif l'analyse compréhensive des expériences, rapportées dans la littérature, de collaboration interprofessionnelle au sein de communautés de pratique centrées sur le patient atteint de maladies chroniques. Ainsi, aux yeux de Van der Maren (1996), la visée nomologique de notre recherche s'inscrirait d'abord au niveau descriptif mais également au niveau compréhensif. Ultiment, cette démarche analytique de la littérature se rapportant à notre objectif de recherche nous permettra de proposer des avenues d'approfondissement ou de réflexion eu égard aux expériences de communautés de pratique.

Dans cette perspective, pour plusieurs auteurs (mais pas de manière unanime), la métasynthèse s'inscrit dans un paradigme interprétatif s'opposant au simple cumul de données (Beaucher et Jutras, 2007). Ces mêmes auteurs formalisent de manière éloquente l'intention analytique et interprétative de la métasynthèse qui vise le développement de connaissances :

Le but de la métasynthèse consiste à produire une interprétation nouvelle et intégrée des résultats des recherches analysées qui soit plus précise, plus substantielle que l'ensemble de ces résultats. Ainsi, la métasynthèse vise à clarifier des concepts et des modèles avec l'objectif de renchérir et de solidifier l'état actuel des connaissances de même que les modèles et théories qui sont en émergence (Finfgeld, 2003 et Sherwood, 1999, cités dans Beaucher et Jutras, 2007).

Ce positionnement interprétatif correspond de toute évidence aux objectifs spécifiques de la métasynthèse projetée, lesquels s'inscrivent dans un registre d'analyse conceptuelle ou empirique, comme on a pu le constater. Comme le mentionne Van der Maren (1996, p. 139) : « L'analyse conceptuelle tentera de dégager, par diverses comparaisons, quelle est l'intention ou la compréhension du concept et quelle est son extension ou son étendue ». Ainsi, compte tenu de nos objectifs (général et spécifiques), la métasynthèse nous permettra de mieux saisir l'opérationnalisation des notions de communauté de pratique, de collaboration, d'interdisciplinarité, d'interprofessionnalité et de [co]construction des connaissances ainsi que de mieux saisir leur mise en application dans les expériences rapportées à ce jour dans le milieu de la santé. Dans une perspective contributoire, ceci nous amènera à identifier les flous conceptuels et les difficultés de mise en application qui permettront de formuler des éclaircissements théoriques et des recommandations pragmatiques.

## **3.2 LES ÉTAPES DE RÉALISATION DE LA MÉTASYNTHÈSE**

Selon Beaucher et Jutras (2007), sur le plan méthodologique, un processus structuré et rigoureux est essentiel si l'on veut que nos résultats de recherche soient jugés valides. Dans ce contexte et du fait qu'il s'agit d'une méthode d'analyse secondaire, nous suivons les étapes de réalisation identifiées par Bardin (1977/1998) et par Beaucher et Jutras (2007), lesquelles s'avèrent différentes de celles qui se font dans le cadre d'une recherche primaire. Ces étapes se découpent en deux groupes : la préanalyse, incluant la recherche documentaire et l'élaboration d'indicateurs (en guise d'appuis à l'analyse à venir) et la synthèse interprétative des données, qui implique leur traitement et leur analyse.

### **3.2.1 La préanalyse**

Il est apparu essentiel d'appliquer ce que Bardin (1977/1998) appelle la phase de « préanalyse » qu'elle décrit ainsi :

C'est la phase d'organisation proprement dite. Elle correspond à une période d'intuitions. Mais elle a pour objectif l'opérationnalisation et la systématisation des idées de départ de manière à aboutir à un schéma précis du déroulement des opérations successives, à un plan d'analyse. (p. 125)

Cette préanalyse regroupe trois activités qui ne sont pas nécessairement en succession chronologique mais interdépendantes : le choix des documents à soumettre à l'analyse, la formulation des hypothèses ou des objectifs, puis l'élaboration d'indicateurs sur lesquels s'appuiera l'interprétation terminale. Dans notre cas, les objectifs ont émergé de la problématique de recherche et du cadre conceptuel, ce qui nous a permis d'appuyer notre recherche documentaire sur les mots-clés retenus, comme nous le verrons plus loin. De plus, l'identification des indicateurs en guise de soutien à l'analyse subséquente des sources documentaires découle également des objectifs préalablement formulés.

#### ***3.2.1.1 Recherche documentaire***

Dans le cadre de la recherche documentaire, nous avons privilégié un corpus de recherches scientifiques : 1) réalisées par différents chercheurs et 2) traitant d'une problématique commune (Beaucher et Jutras, 2007), en l'occurrence les CdeP comme mode de partage et de

co-construction des connaissances privilégiant la coordination, la coopération ou la collaboration entre des professionnels de la santé lorsqu'il s'agit de maladies chroniques.

De plus, tel que le préconisent Beaucher et Jutras (2007), en référence à notre cadre conceptuel, nous avons circonscrit notre objet d'étude avant de procéder à la recherche bibliographique. Pour ce faire, nous avons identifié les concepts fondamentaux reliés à nos objectifs de recherche, rejoignant ainsi une phase de la préanalyse valorisée par Bardin (1977/1998). Ces concepts sont énumérés au tableau III qui suit fourni par la Direction des bibliothèques de l'Université de Montréal à titre d'outil de planification de la recherche documentaire.

Les concepts ou mots-clés retenus ont été communauté de pratique/coordination-collaboration-coopération/interprofessionnalité-interdisciplinarité/maladie chronique. Ils correspondent aux fondements conceptuels de notre problématique et nous paraissent en mesure de produire un cadre de recherche équilibré, c'est-à-dire suffisamment vaste sans être trop étendu afin de générer un éventail approprié d'articles scientifiques liés à cette problématique. Il est à noter que nous n'avons pas retenu le mot-clé « co-construction de connaissances » et ses dérivés<sup>35</sup> car il nous apparaissait trop pointu et donc limitatif eu égard aux bases de données. Toutefois, comme nous le verrons, cette thématique sera abordée dans le cadre de l'analyse des données bibliographiques recueillies.

Ces mots-clés sont appliqués conjointement aux bases de données Medline (Ovid), Cinahl et Web of Science, auxquelles nous avons accédé via le répertoire de base de données électroniques Maestro rendu accessible par les bibliothèques de l'Université de Montréal. Ces bases de données ont été retenues du fait de leur complémentarité quant à notre objet de recherche et à l'exhaustivité visée du corpus de références s'y rapportant. En effet, Medline (Ovid) nous apparaît essentielle du fait qu'il s'agit d'« une base de données internationale dans le domaine biomédical et des sciences de la santé »<sup>36</sup>. De la même manière, Cinahl s'avère incontournable du fait qu'il s'agit d'« une base de données consacrée aux sciences infirmières

---

<sup>35</sup> *Knowledge building, managing knowledge, interprofessional learning, interdisciplinary learning.*

<sup>36</sup> Tiré de la description offerte par Maestro qui répertorie les bases de données de l'Université de Montréal, sous la rubrique intitulée « Informations sur la ressource », laquelle est reliée à la base de données concernée.

et aux disciplines paramédicales »<sup>37</sup>. Enfin, nous recourons à la base de données Web of Science pour son immense perspective, car il s'agit d'une base de données multidisciplinaires qui dépouille pas moins de 8 500 revues dans tous les domaines, notamment dans plusieurs disciplines figurant au registre des sciences sociales et rattachées aux sciences de la santé<sup>38</sup>. La complémentarité de ces trois bases de données nous paraît capitale dans une perspective de validation afin de nous assurer que des articles ne sont pas « tombés entre les mailles du filet ». Rappelons que nous avons priorisé les études publiées de 2000 à aujourd'hui, du fait que le concept de CdeP s'est inscrit dans l'œuvre de Wenger de manière plus explicite en 1998<sup>39</sup> et que les fondements de l'analyse que nous projetons découlent de la perspective de cet auteur.

Tableau III

*Stratégies de recherche s'appuyant sur les mots-clés de notre thématique de recherche*

Concept 1	AND OR	Concept 2	AND OR	Concept 3	AND OR	Concept 4
<u>Community of practice</u>		<u>Collaboration</u>		<u>Interprofessionality</u>		<u>Chronic care</u>
		<u>Cooperation</u>		<u>Interdisciplinarity</u>		
		<u>Coordination</u>				

Direction des bibliothèques de l'Université de Montréal

Comme le montre le tableau III, nous avons opéré la recherche sur les bases de données Medline (Ovid) et Cinahl de la manière suivante. Tout d'abord, nous avons entré chaque mot-clé séparément : *community of practice*, *collaboration*, *cooperation*, *coordination*, *chronic care*, *chronic disease*, *interdisciplinarity*, *interprofessionality* et, par la suite, nous avons jumelé *community of practice* à chacun des autres. Cette manière d'opérer nous permettait de

<sup>37</sup> Idem.

<sup>38</sup> Idem.

<sup>39</sup> Wenger, E. (2005). *La théorie des communautés de pratique : apprentissage, sens et identité* (Trad. F. Gervais). Québec : PUL (publication originale en 1998).

cibler la thématique de la CdeP et de l'associer aux autres concepts essentiels à notre problématique, car le seul mot-clé « *community of practice* » générait un trop grand nombre de références (1 452 dans Medline et 377 dans Cinhal), dont plusieurs étaient susceptibles de ne pas se rapporter à notre sujet d'intérêt.

Comme le montre la figure 15, cette façon de procéder nous a permis de mieux cibler le nombre de références [potentiellement] pertinentes, ce que révèle les nombres aux intersections des différents mots-clés, autant dans Medline (nombres inscrits en vert) que dans Cinhal (nombre inscrits en rouge). Enfin, précisons que nous avons opéré cette recherche documentaire avec des mots-clés en anglais, car la principale requête formulée en français, « communauté de pratique », ne générait aucun résultat et ce, sur les trois bases de données. Soulignons que ces bases de données ont été retenues en visant la vastitude et la densité potentielles des articles scientifiques et la notoriété, dans le domaine de la santé, des périodiques dont ils sont issus et que les chercheurs francophones convoitent également.

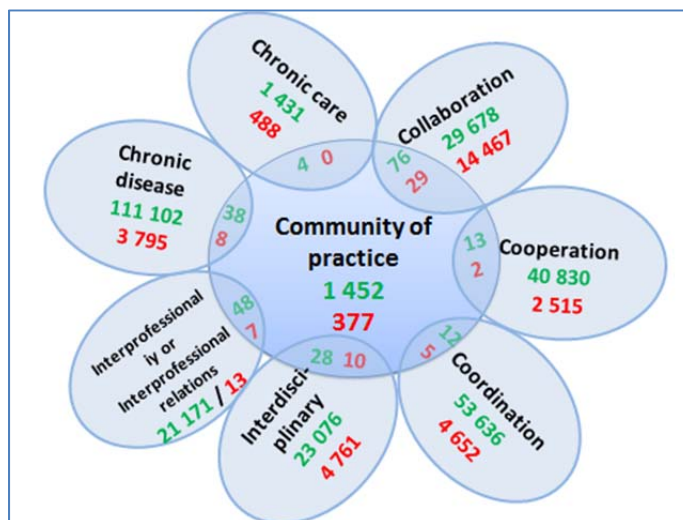


Figure 15. Références obtenues dans les bases de données Medline (Ovid, nombres inscrits en vert) et Cinahl (nombres inscrits en rouge) pour chacun des mots-clés et selon leur pairage avec celui de communauté de pratique.

Cette façon de procéder a généré 219 références avec la base de données Medline. Ce nombre totalise celles se rapportant à la fois à la thématique de la communauté de pratique et aux sous-thèmes, ce qui correspond à l'addition des références correspondant aux nombres (inscrits en vert) aux intersections de la figure 15. Le transfert de ces références sur la base de données Endnote a permis l'élimination des doublons, réduisant leur nombre à 160. Pour ce qui est de



la base de données Cinhalt, elle a répertorié 61 références correspondant à l'addition de celles reliées aux intersections de la figure 15 (nombre inscrits en rouge). Leur transfert sur EndNote a permis l'élimination des doublons présents à l'intérieur même de cet ensemble ainsi que ceux des références obtenues via Medline. Ainsi, 20 références issues de Cinhalt ont été conservées. Medline et Cinhalt ont donc générées 180 références liées à nos thématiques.

Quant à la recherche documentaire dans la base de données Web of Science, elle s'est opérée via les mêmes mots-clés que ceux utilisés dans les bases de données Medline et Cinhalt. De plus, tout comme dans ces bases de données, les requêtes ont été formulées séparément pour l'ensemble des mots-clés et ensuite en pairage avec notre thématique principale « *community of practice* ». Toutefois, compte tenu de la vastitude de Web of Science, à chacune des requêtes les mots-clés étaient entrés comme « sujet » (*topic*), précisément eu égard aux catégories professionnelles se rapportant au domaine de la santé, ce qu'offre Web of Science comme possibilités de raffinement<sup>40</sup>. De cette manière, cette base de données a généré 48 références (correspondant aux intersections de la figure 16).

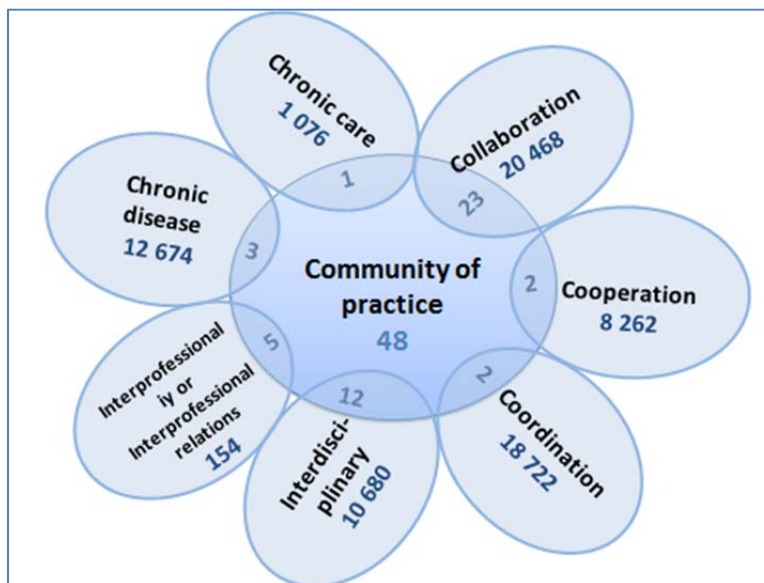


Figure 16. Nombre de références obtenues dans la base de données Web of Science pour chacun des mots-clés et selon leur pairage à celui de communauté de pratique.

<sup>40</sup> Par exemple, *Health care sciences services* OU *neurosciences* OU *pediatrics* OU *psychology* OU *clinical neurology* OU *nursing* OU *dentistry oral surgery medicine* OU *health policy services* OU *psychology multidisciplinary* OU *psychology applied* OU *oncology* OU *public environmental occupational health* OU *obstetrics gynecology* OU *primary health care* OU *peripheral vascular disease* OU *psychiatry* OU *surgery* OU *tropical medicine* OU *medicine general internal*.

Soulignons toutefois que ces 48 références provenant de Web of Science ont été réduites à 14 une fois importées dans EndNote et les doublons éliminés. Ainsi les trois bases de données nous ont permis de rassembler un total de 194 références (Medline = 160, Cinhalt = 20, Web of Science = 14) potentiellement pertinentes eu égard aux thématiques de nos objectifs de recherche.

### ***3.2.1.2 Sélection des références obtenues***

La vérification de la pertinence des 194 références obtenues eu égard à nos objectifs de recherche représente la dernière étape de la phase de préanalyse. Cette première sélection s'est appuyée, à tout le moins, sur la lecture intégrale de chaque résumé (*abstract*) et fréquemment sur la lecture partielle de l'article et la consultation de sa bibliographie.

À l'instar de ce que préconisent Beaucher et Jutras (2007), cette sélection d'articles à analyser a reposé sur l'application de critères d'inclusion-exclusion tel que défini par ces auteurs : « il s'agit de caractéristiques discriminatoires servant à restreindre le nombre d'études primaires à analyser, en tentant de garder les recherches qui s'avéreraient les plus pertinentes à l'analyse secondaire envisagée ». Pour ce faire, nous avons retenu les critères d'inclusion suivants : date de publication entre 2000 et aujourd'hui, présentation essentielle d'une expérience empirique de CdeP (sur le terrain), c'est-à-dire en présence dans le milieu de la santé (et non pas exclusivement théorique, pas plus qu'exclusivement en ligne), de même qu'une expérience de communauté de pratique rassemblant plus d'un profil professionnel. Dans cette optique, les critères d'exclusion suivants ont été appliqués : revues de littérature; recherches de type théorique (sans véritable expérience-terrain de CdeP mais plutôt rapportées des lectures à cet effet); recherches portant sur des expériences de CdeP uniquement en ligne ou de CdeP uniprofessionnelles; recherches relatant des expériences de communauté de pratique menées dans un contexte académique, universitaire ou de formation professionnelle et n'étant pas centrées sur une pratique de soins partagée; articles abordant la notion de CdeP en conclusion de la recherche menée ou en guise de recommandation et non pas comme formule de mise en commun au cœur de leurs problématiques; recherches relatant d'autres types de mise en commun comme par exemple l'organisation apprenante.

Soulignons que bien que nous concevions les méthodes quantitative et qualitative sur un continuum et non pas dans une optique dichotomique (Lessard-Hébert, Goyette et Boutin, 1997), nous nous centrerons d'abord sur les articles reposant sur une méthodologie qualitative, en incluant les articles présentant les deux méthodes en complémentarité. Ce choix s'explique par le fait que, bien que des quantifications particulières sont tout à fait possibles dans les approches qualitatives, leur intérêt central pour la signification donnée par les acteurs aux actions dans lesquelles ils sont engagés (Lessard-Hébert *et al.*, 1997) nous paraît permettre de saisir davantage l'expérience de CdeP rapportée et son interprétation.

Toutefois, dans l'éventualité où un faible nombre de références s'appuierait sur une méthodologie qualitative, nous pourrions opter pour l'inclusion des études quantitatives en nous appuyant encore une fois sur Beaucher et Jutras (2007). En effet, ces derniers font part du double verdict que les auteurs défendent à cet égard. Alors que certains déplorent la mixité des méthodologies des références soumises à une métasynthèse (dont Beaucher et Jutras eux-mêmes qui s'interrogent sur la manière de les rendre comparables), d'autres la valorisent du fait que cela permet une triangulation dépassant les faiblesses de chaque type et permettant « d'obtenir une image plus près de la réalité du phénomène étudié ». Dans l'optique où nous serions amenée à intégrer des références s'appuyant sur des études quantitatives, nous n'anticipons pas de difficulté à les comparer du fait que nos objectifs (et les indicateurs qui en émergent, comme nous le verrons) reposent sur un cadre conceptuel repérable, autant dans les études qualitatives que quantitatives.

Pour terminer, il importe de préciser que la constitution de ce « corpus de documents » à soumettre aux règles analytiques implique souvent des choix et des sélections qui sont soumis à des règles (Bardin, 1977/1998 p. 126-130), sur lesquelles nous nous sommes appuyées).

- *Règle d'exhaustivité.* Nous prenons en compte tous les éléments du corpus que nous avons constitué eu égard aux principaux concepts (présentés au tableau II). Nous n'éliminerons aucun document pour quelque raison non justifiable sur le plan de la rigueur : difficulté d'accès, impression de non-intérêt.
- *Règle de représentativité.* Nous ne procéderons pas à une pré-analyse sur un échantillonnage car nous avons suffisamment circonscrit notre objet de recherche, ce qui a

généralisé un corpus de documents en quantité réaliste eu égard au processus d'analyse requise.

- *Règle d'homogénéité.* S'appuyant sur des critères d'inclusion et d'exclusion, en plus de mots-clés bien délimités, nous sommes arrivés à préciser nos requêtes lors de la recherche documentaire et ainsi assurer la pertinence homogène des articles scientifiques obtenus.
- *Règle de pertinence.* Les documents retenus nous paraissent adéquats dans le sens qu'ils correspondent directement aux objectifs de notre travail de métasynthèse. De plus, ces références ont été obtenues selon des mots-clés et des critères d'inclusion-exclusion émergeant de la problématique de recherche et du cadre conceptuel, ce qui nous semble représenter des indices de pertinence adéquats.

### ***3.2.1.3 Identification des indicateurs en vue de l'analyse des données***

Les objectifs spécifiques qui correspondent à nos interrogations, de même que les mots-clés identifiés dans le cadre de la recherche documentaire ont soutenu l'élaboration des indicateurs qui serviront dans le cadre de l'analyse des données. Ces indicateurs sont présentés à l'annexe 2 et composeront, comme nous le verrons dans la prochaine section, la codification des diverses « unités de sens » des documents retenus.

### **3.2.2 Le traitement et l'analyse des données**

S'appuyant sur plusieurs spécialistes de la métasynthèse, Beaucher et Jutras (2007) constatent que l'étape consacrée à la sélection des références bibliographiques est suivie d'une étape de synthèse interprétative des données qui se compose d'un aspect herméneutique et dialectique. Comme le formulent ces auteurs, l'aspect herméneutique « vise une représentation fidèle des construits de chaque cas » et l'aspect dialectique « demande de comparer et de différencier ces construits », le résultat étant « l'émergence d'un nouveau construit, représentatif de l'ensemble des cas étudiés » (p. 67). Ces mêmes auteurs démontrent comment la méthodologie requise dans le cadre d'une métasynthèse va d'une phase de codage, où les détails sont classifiés dans des grilles, à une phase de regroupements commentés (catégorisation, dirions-nous), puis l'identification de tendances qui permettent de dégager un certain sens ce qui, ajouté aux

commentaires associés (métaphores, phrases, concepts, etc.), permet une synthèse descriptive plus précise et détaillée.

Bien que Beaucher et Jutras (2007) basent leurs propos relatifs à la métasynthèse sur une recension des écrits, ils insistent sur la non-existence d'un guide méthodologique à suivre : « les procédures à mettre en œuvre pour réaliser une métasynthèse sont encore en évolution. Il ne faudrait pas les voir comme un guide méthodologique fermé. De plus, on trouve une certaine variation dans les différentes approches proposées » (p. 68). De la même manière, Martineau, Simard et Gauthier (2001) ont constaté que « l'aspect de la méthode, concernant les écrits théoriques et spéculatifs, se révélait comme une dimension pour ainsi dire absente de la littérature spécialisée portant sur les méthodologies de recherche » (p. 5). Ainsi, comme le formule Bardin (1997), experte de l'analyse de contenu à laquelle nous associons la métasynthèse, dans cette forme d'analyse théorique « il n'y a pas de prêt-à-porter, simplement quelques patrons de base, parfois difficilement transposables » (p. 34).

Notre démarche de traitement et d'analyse des données recueillies s'inscrit dans une « logique inductive modérée ». En ce sens, ses étapes fondamentales s'appuient en partie sur le cadre conceptuel préalablement développé et sur les objectifs qui en découlent, notamment eu égard :

- au développement des notions de communauté de pratique (les trois étapes des travaux de Wenger et de ses co-auteurs, 1991, 1998, 2002);
- au continuum de mise en commun (coordination, coopération, collaboration);
- à la distinction entre interdisciplinarité et interprofessionnalité;
- aux dimensions cognitive et relationnelle de l'interdisciplinarité ou interprofessionnalité;
- à la recherche des retombées attribuées à l'expérience de mise en commun au sein de CdeP;
- à l'identification des facteurs qui facilitent le développement d'une collaboration interprofessionnelle favorable au partage et à la co-construction des connaissances au sein de communautés de pratique;
- à l'identification facteurs qui obstruent le développement d'une telle collaboration interprofessionnelle.

Comme le mentionnent Anadón et Savoie-Zajc (2009), dans le cadre d'une logique inductive modérée, les catégories préliminaires de notre analyse sont ancrées dans un cadre conceptuel mais la richesse des données recueillies viendra toutefois compléter cette grille initiale d'analyse que nous présentons à l'annexe 2 et qui porte sur les dimensions conceptuelles précédemment mentionnées. Ainsi, comme le formule de manière éloquente Savoie-Zajc (2004) « là où les données se révèlent plus riches que le cadre théorique, des nouvelles catégories sont créées » (p. 140).

Il va sans dire que la densité des données documentaires recueillies nous amènera à procéder à une opération de réduction des données prenant la forme d'une codification (ou « codage », pour reprendre le terme de Van der Maren, 1996), c'est-à-dire attribuer un nom (ou code) aux divers segments (ou « unités de sens » dirait Van der Maren) des documents écrits (Savoie-Zajc, 2004).

### ***3.2.2.1 Procédure de réduction des données recueillies***

La procédure de réduction (ou de condensation) des données retenue s'inspire de celle de Paillé et Mucchielli (2005) qui l'appliquent aux données d'enquêtes. Nous nous en inspirons en l'adaptant au traitement de données documentaires.

Dans un premier temps, une lecture transversale de cinq articles scientifiques (ou « lecture superficielle » comme la qualifient Paillé et Mucchielli) permettra la mise à l'essai de notre premier modèle de codification (voir à l'annexe 2) qui sera alors adapté et par la suite bonifié au cours du déploiement du véritable processus de codification. Cette première étape permettra de dégager des repères rigoureusement adaptés aux contenus rassemblés, en associant une définition ou une opérationnalisation des principales annotations (Paillé et Mucchielli, 2005) ou codes (Savoie-Zajc, 2004) qui seront appliqués.

Les annotations correspondent à des mots ou expressions associés au matériau même, en l'occurrence des extraits ou des passages de chacun des articles sélectionnés en vue de les classer, de les résumer, de les interpréter ou de les théoriser (Paillé et Mucchielli, 2005). Paillé et Mucchielli identifient cinq types d'annotations (ou codes). Notre procédure de codification s'appuiera sur quatre de ces cinq types de codes qui seront attribués aux unités de sens

repérées dans chacun des documents. Le cinquième type sera appliqué autrement, comme nous le verrons ici.

#### 1) Une rubrique

La rubrique renvoie à ce dont il est question dans l'extrait du corpus faisant l'objet de l'analyse, mais ne renseigne en aucune façon sur ce qui a été dit à ce propos. Elle permet ainsi d'étiqueter l'extrait, sans plus (Paillé et Mucchielli, 2005, p. 52). En fait, elle n'est pas tant un outil d'analyse que de classification (Paillé et Mucchielli, 2005, p. 134).

#### 2) Un thème

Le thème renvoie à ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant, tout en fournissant des indications sur la teneur des propos. Il permet ainsi à la fois d'étiqueter et de dénoter un extrait (Paillé et Mucchielli, 2005, p. 52).

#### 3) Un énoncé

L'énoncé renvoie à ce qui est soulevé, mis de l'avant, communiqué. Il n'est pas uniquement un titre résumant ce qui se trouve dans un extrait (thème) mais, de façon plus complète, une *courte synthèse du contenu*. L'écriture produite prend donc la forme d'expressions ou de courtes phrases suffisamment fidèles au contenu pour qu'il soit possible d'en saisir l'essentiel sans recourir au texte initial (Paillé et Mucchielli, 2005, p. 53).

Dans le cadre de notre procédure de codification, l'énoncé correspondra en fait à un commentaire associé à l'unité de sens codifiée, ce qui nous permettra de mieux saisir le sens attribué à cette unité. Comme nous le verrons, cette façon de procéder est attribuable au logiciel de traitement des données que nous avons retenu.

#### 4) Une catégorie « conceptualisante »

La catégorie se situe au-delà de la simple annotation descriptive ou de la rubrique dénominative. Elle est l'analyse, la conceptualisation mise en forme, la théorisation en progression. Elle prend la forme d'une brève expression traduisant la lecture conceptuelle d'un extrait (Paillé et Mucchielli, 2005, p. 147). Elle permet d'aller au-delà du simple relevé de contenu pour toucher à la théorisation même des phénomènes (Paillé et Mucchielli, 2005,

p. 54). Nous y ajoutons la description des catégories de Bardin (1977/1998, p. 151) car elle révèle bien leur caractère analytique. Selon lui :

[...] les catégories sont des rubriques ou classes qui rassemblent un groupe d'éléments sous un titre générique, rassemblement effectué en raison des caractères communs de ces éléments. Classer des éléments en catégories impose de rechercher ce que chacun d'eux a de commun avec d'autres. C'est la partie commune entre eux qui permet leur regroupement. Mais il est possible que d'autres critères insistent sur d'autres aspects d'analogie, modifiant peut-être considérablement la répartition antérieure. [...] La catégorisation a pour objectif premier (comme l'analyse documentaire) de fournir par condensation une représentation simplifiée des données brutes (p. 150-152).

Il importe de mentionner que la consultation des textes de Mucchelli (1974/1991) et de Bardin (1977/1998) nous montre comment l'analyse des données s'organise autour du processus de catégorisation dont la rigueur s'avère déterminante quant à la validité de l'analyse qui en émerge. Ces auteurs insistent sur les qualités à assurer dans cette perspective de validité. Nous reprenons ici l'explication brève et efficace de ces critères, formulée par l'un ou l'autre des auteurs.

- ✓ **Exclusivité.** Les catégories sont distinctes; un même élément ne peut appartenir à deux catégories à la fois sous le même rapport (Mucchielli, 1974/1991, p. 36).
- ✓ **Exhaustivité.** Toutes les unités de sens sont distribuées dans les catégories. La liste de celles-ci épuise les caractéristiques de ces unités (Mucchielli, 1974/1991, p. 36).
- ✓ **Pertinence.** Les catégories doivent être en rapport avec d'une part les objectifs de l'analyse, d'autre part le contenu à analyser (Mucchielli, 1974/1991, p. 36).
- ✓ **Homogénéité.** Le principe d'exclusion mutuelle dépend de l'homogénéité des catégories. Un même principe de classification doit gouverner leur organisation. On ne peut fonctionner que sur un registre, une dimension d'analyse dans un même ensemble catégoriel. Des niveaux d'analyse différents doivent être séparés en autant d'analyses successives (Bardin, 1977/1998, p. 153).
- ✓ **Objectivité et fidélité.** Soumises à plusieurs analystes, des parties d'un même matériel, auquel on applique la même grille catégorielle, doivent être codés de la même manière. Des distorsions dues à la subjectivité des codeurs, à la variation des jugements, ne se produisent pas si le choix et la définition des catégories sont bons. L'organisateur de l'analyse doit



définir clairement les variables qu'il traite, comme il doit préciser les indices qui déterminent l'entrée d'un élément dans une catégorie (Bardin, 1977/1998, p. 154).

- ✓ Productivité. Un ensemble de catégories est productif s'il apporte des résultats riches : riches en indices d'inférences, riche en hypothèses nouvelles, riches en données fiables (Bardin, 1977/1998, p. 154).

#### 5) Le code

Dans la procédure que nous comptons appliquer, le code ne représente pas un type d'annotation comme tel mais plutôt une classe générique applicable aux autres types d'annotations, puisqu'il s'agit d'« une forme alphanumérique tronquée, plus ou moins abstraite de la rubrique, du thème ou de l'énoncé » (Paillé et Mucchielli, 2005, p. 53). Son utilité paraît incontournable car, comme le formulent Paillé et Mucchielli (2003) : « le code est surtout utilisé dans des situations de recherche où un corpus important est examiné ».

#### **3.2.2.2 Utilisation d'un logiciel d'analyse qualitative**

La codification sera réalisée à l'aide du logiciel d'analyse qualitative des données QDA Miner. La densité des données à analyser ainsi que la versatilité des fonctions automatiques offertes par cet outil et sa facilité d'utilisation nous amènent à le privilégier. En effet, QDA Miner permet une codification mixte du fait qu'on peut aisément ajouter, modifier, supprimer, déplacer, fusionner ou diviser un code. De plus, et surtout, QDA Miner permet une variété de codes, ce qui nous permettra d'appliquer les quatre types de codes valorisés par Paillé et Mucchielli (2005), en plus d'autoriser et de faciliter l'accord inter-juges, l'analyse quantitative des contenus, la recherche de codages et de co-occurrences, le regroupement de codes. Enfin, l'interface conviviale de QDA Miner facilitera la rigueur du processus de traitement et d'analyse des données.

### **3.3 LA PROCÉDURE DE VALIDATION**

Nous avons constaté que les procédures de validation valorisées dans la littérature portant sur la méthode de recherche qualitative, notamment dans le texte de Savoie-Zajc (2004) ou le livre de Van der Maren (1996), ne peuvent s'appliquer intégralement à la métasynthèse. Il nous est

néanmoins apparu possible et essentiel de les adapter afin de rencontrer les critères de rigueur escomptés.

D'abord, afin de s'assurer de la *crédibilité* de notre démarche d'analyse et d'interprétation des données recueillies, nous avons pris soin de l'appuyer sur un cadre théorique et conceptuel exhaustif :

- développement de la notion de communauté de pratique à travers trois moments de la théorie sociale de l'apprentissage de Wenger;
- distinction entre la communauté de pratique et d'autres modes de mise en commun interprofessionnelle;
- étude des communautés de pratique comme formule de gestion des connaissances fusionnant l'évidence scientifique et l'expérience pratique, favorisant l'apprentissage et l'innovation;
- opérationnalisation de la notion de collaboration sur un continuum : *toleration*, coordination, coopération, collaboration;
- présentation de la valorisation actuelle de l'interdisciplinarité dans les services de soins de santé : opérationnalisation de deux continuums rencontrés dans la littérature;
- passage conceptuel du registre axé sur les disciplines au registre axé sur les professions;
- les deux pôles constitutifs de l'interdisciplinarité : la dimension cognitive (épistémologique) et la dimension collaborative (relationnelle).

Cette exhaustivité nous prépare à une bonne compréhension des fondements théoriques des auteurs consultés ainsi que des contextes de l'expérience de communauté de pratique qu'ils rapporteront et de l'analyse qu'ils en feront.

Soulignons qu'à la lumière des données documentaires obtenues, nous demeurons ouverte à ajouter des sources théoriques ou conceptuelles d'éclairages variés à notre analyse, ce qui correspond à l'éclectisme valorisé lorsqu'il s'agit, par exemple, d'études qui cherchent à comprendre la complexité d'un phénomène (Van der Maren, 1996, p. 238). Il nous paraît donc possible de consulter des auteurs non cités dans le cadre conceptuel en cours de processus d'analyse.

Le critère de *transférabilité* de nos résultats à d'autres sources documentaires nous paraît [potentiellement] applicable à des publications répondant à nos critères d'inclusion/exclusion. De plus, la « définition » de chaque code de notre « livre de codes » et le recours fréquent à la fonction « commentaire », ce que permet QDA Miner, nous permettra l'explicitation de nos résultats, ce qui nous paraît apte à fournir un cadre d'analyse éventuel adaptable à des publications futures, car il présentera les nuances nécessaires pour prévenir les extrapolations abusives.

Le critère de *fiabilité* de notre processus de recherche, partant des objectifs en amorce jusqu'aux résultats obtenus en passant par les différentes étapes de traitement et d'analyse des données, sera assuré par un (autre) chercheur qui suivra l'évolution de notre travail avec attention et régularité. Compte tenu de la densité potentielle de nos données, cet accord inter-juges sera réalisé lors de l'étape du « pré-test » (centré sur la codification de cinq documents), à mi-parcours et en fin de parcours de codification dans le but d'obtenir un accord inter-juges d'au moins 70 % au départ et de 90 % après les ajustements apportés (Van der Maren, 1996, p. 442). Nous veillerons à recourir fréquemment à la fonction « commentaire » de QDA Miner afin d'explicitier le rationnel de notre codification et également à ce que le chercheur ne partage pas notre conceptualisation de la théorie sociale de l'apprentissage pour s'assurer de rencontrer les recommandations de Van der Maren (1996) :

Idéalement, le contrôle des hypothèses doit s'effectuer par des gens qui ne partagent pas les positions ou les points de vue du chercheur, qui peuvent diagnostiquer si ce dernier a été illuminé dans ce qu'il a perçu et qui ont la liberté de le lui dire sincèrement. (p. 475).

Soulignons que le chercheur invité se penchera également sur le « matériel résidu », c'est-à-dire celui que nous aurons jugé trop éloigné des catégories identifiées, lequel sera ainsi codifié afin d'être discriminé et contrôlé (Van der Maren, 1996).

Le critère de *confirmation* de l'adéquation méthodologique sera également assuré par l'accord inter-juges. Le chercheur invité à examiner notre travail pourra évaluer l'adéquation de la description exhaustive de notre démarche, la rigueur du processus de collecte et d'analyse des données, la pertinence et la qualité de notre codification commentée eu égard au cadre conceptuel, l'arrimage entre l'analyse des données et le cadre conceptuel et théorique.

Quant au critère d'*équilibre*, il paraît s'appliquer plus facilement à la recherche « terrain » via des entrevues par exemple, car il insiste sur l'importance que les points de vue présentés dans les résultats respectent les « différentes voix exprimées » lors de la collecte de données. Nous porterons néanmoins une attention soutenue à cet aspect d'objectivité afin de ne pas biaiser la recherche. Ainsi, nous veillerons à codifier tous les documents de manière rigoureuse et à tenir compte de l'intégral de tous les documents codifiés, peu importe la qualité et l'intérêt que nous attribuerons à leur contenu. Comme le préconise Van der Maren, notre intention de rigueur nous amènera à appliquer notre codage « de manière constante ou standardisée (fidèle), c'est-à-dire que nous porterons attention à ce que les mêmes codes soient attribués de manière systématique aux mêmes [types d'] unités de sens ». De plus, l'exigence de discrimination et de standardisation nous conduira à « l'élaboration d'un lexique des codes et au respect d'une syntaxe de codage », ce que permet QDA Miner. Enfin, toujours dans l'optique de Van der Maren (1996, p. 43) nous veillerons à ce qu'un même extrait (ou unité de sens) « ne soit pas codés plus d'une fois, différemment de surcroît, ou qu'il y ait chevauchement des unités de sens et des codes attribués ». De plus, une triangulation régulière et soutenue par un chercheur d'obédience théorique différente permettra de s'assurer de l'équilibre des interprétations finales.

### **3.4 LES FORCES ET LES LIMITES DES CHOIX MÉTHODOLOGIQUES**

Comme nous l'avons exposé précédemment, la métasynthèse va au-delà de la simple compilation de résultats des études consultées. Comme le formulent Beaucher et Jutras (2007) « sa finalité [est] davantage de l'ordre de l'interprétation et de la prise en compte des différences qui émanent des études analysées » (p. 62). Dans cette optique, la principale force de la métasynthèse est cette réinterprétation résultante qui offre comme bénéfique « d'avancer plus avant dans la compréhension du phénomène étudié » (Beaucher et Jutras, 2007, p. 64). Toujours selon ces auteurs, en analysant tous les points de vue, qu'ils soient largement répandus ou non, la métasynthèse « permet de questionner des théories existantes qui auraient tendance à presque toujours avantager certains groupes ou certaines situations au détriment d'autres, à cause d'une certaine position théorique » (p.65).

Toutefois, la métasynthèse qui s'inscrit dans un paradigme interprétatif ne peut présenter la vision définitive d'un phénomène, ni produire une théorie comme telle mais, « même s'il s'agit de gains modestes, ceux-ci peuvent tout de même être révélateurs et permettre [...] une compréhension plus complète, plus forte ou plus fondée théoriquement d'un phénomène étudié » (Beaucher et Jutras, 2007, p. 72). Enfin, bien que l'application de critères de validité marque notre processus, contrairement à la recherche empirique, la métasynthèse comme démarche théorique ne produit pas d'énoncés à confirmer ou à réfuter par des données factuelles. Dans le cadre de la métasynthèse, on fera donc référence davantage à la rigueur méthodologique qu'à la validité scientifique reliée à une conception néo-positiviste de la science (Gohier, 2004). Ainsi, si la généralité n'est pas vraiment permise, la rigueur est requise (Beaucher et Jutras, 2007). Celle-ci permettra d'assurer « l'intégrité dans [notre] démarche, incluant la transparence dans l'énoncé des différentes étapes de saisie et d'analyse des données, l'exhaustivité dans leur analyse ou dans la prise en compte des données divergentes » (Van der Maren, 1995, cité dans Gohier, 2004).

En fait, la rigueur de notre cadre conceptuel, comme fondement préalable à notre métasynthèse des expériences rapportées dans la littérature, devrait nous amener à une meilleure compréhension du déploiement de communautés de pratique efficaces et efficientes eu égard à la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient atteint de maladies chroniques. Ainsi, comme le mentionnent Beaucher et Jutras (2007), sans en arriver à produire, voire même à enrichir une théorie, notre analyse interprétative des diverses expériences menées sur le terrain devrait nous permettre de mieux saisir le développement d'une collaboration interprofessionnelle favorable au partage et à la co-construction des connaissances au sein de communautés de pratique. Une synthèse des facteurs associés à une expérience de collaboration interprofessionnelle fructueuse ou infructueuse permettra la formulation de recommandations pratiques visant l'amélioration des services de santé.

## **CHAPITRE IV – PRÉANALYSE OU SÉLECTION DES RÉFÉRENCES OBTENUES VIA LES BASES DE DONNÉES ET ÉLABORATION D'UNE GRILLE D'ANALYSE**

Comme nous l'avons explicité précédemment, la recherche sur les bases de données Medline et Cinhalt nous est apparue appropriée et même essentielle, eu égard à notre thématique de recherche qui s'inscrit dans le domaine de la santé. Quant à la base de données Web of Science, elle a permis une forme de vérification (validation), compte tenu de la variété de domaines disciplinaires et du nombre de titres de publications couverts, offrant ainsi une exhaustivité incontournable.

La consultation de ces trois bases de données nous a permis de rassembler 194 références se rapportant à notre problématique de recherche qui ont été transférées sur la base de données bibliographiques EndNote.

### **4.1 LA PRÉSENTATION DE LA PROCÉDURE DE PRÉANALYSE**

Notre méthodologie (voir la section précédente) présentait, entre autres, les étapes de notre recherche documentaire qui a permis d'identifier 194 références potentiellement pertinentes eu égard à nos objectifs de recherche. La présente section décrit quant à elle le processus de sélection des articles. Ainsi, la pertinence et l'adéquation de chacune de ces 194 références ont été analysées en s'appuyant sur les critères d'inclusion et d'exclusion présentés dans la section précédente (méthodologie) que l'on rappelle ici. Cette mise en application des critères a permis leur bonification, comme nous le verrons.

#### *Les critères d'inclusion*

- ✓ l'année de publication : entre 2000 et 2013;
- ✓ relatant une expérience empirique de CdeP (sur le terrain), c'est-à-dire en présence dans le milieu de la santé (et non pas exclusivement théorique ou littéraire, pas plus qu'exclusivement en ligne);

- ✓ une expérience de communauté de pratique rassemblant plus d'un profil professionnel.

Dans cette optique, les *critères d'exclusion* suivants ont été appliqués :

- ✓ une publication antérieure à l'an 2000;
- ✓ les revues de littérature;
- ✓ les recherches de type théorique;
- ✓ les recherches portant sur des expériences de CdeP uniquement en ligne;
- ✓ les recherches portant sur des expériences de CdeP uni-professionnelle;
- ✓ les recherches relatant des expériences de communauté de pratique menées dans un contexte académique, universitaire ou de formation professionnelle et n'étant pas centrée sur une pratique de soins partagée;
- ✓ les articles abordant la notion de CdeP en guise de conclusion ou recommandation à des recherches menées et non pas comme formule de mise en commun au cœur de leurs problématiques;
- ✓ les recherches relatant d'autres types de mise en commun : organisation apprenante par exemple et, enfin,
- ✓ les recherches de type quantitatif.

Pour ce faire, le résumé (*abstract*) de chaque référence a été consulté et, en plus, plusieurs ont été partiellement lues ainsi que leur bibliographie. Cette consultation a confirmé la validité des principaux critères d'inclusion et d'exclusion. En fait, seulement un critère d'exclusion présenté dans le cadre de notre méthodologie a été levé :

- ✓ les articles reposant sur une méthodologie de recherche de type quantitatif.

En effet, il est apparu que le type de méthodologie utilisé dans le cadre des recherches n'a pas d'effet sur l'application de notre grille d'analyse et sur l'intérêt des résultats présentés, ce qui permet d'augmenter le nombre de références à inclure dans notre métasynthèse. En revanche, certains critères d'exclusion supplémentaires ont émergé de la préanalyse des 194 références obtenues via les trois bases de données :

- ✓ l'utilisation du mot *community* ou *community practice* dans le cadre d'un article ayant mené erronément les bases de données à l'associer au mot-clé *community of practice* utilisé dans notre requête;

- ✓ une recherche menée dans un autre domaine que celui de la santé et ne référant pas à une pratique de soins;
- ✓ l'utilisation du concept *community of practice* dans un autre sens que celui de Wenger;
- ✓ la publication dans une autre langue que l'anglais ou le français et nécessitant des services de traduction.

Les 194 références rassemblées dans la base de données EndNote ont été codifiées sous la rubrique *Research Notes* de ce logiciel. Chacun des critères d'inclusion et d'exclusion était alors codifié afin de faciliter la formulation de requêtes précises.

#### 4.1.1 Les références exclues

Le tableau IV présente le nombre d'articles exclus selon chacun des critères d'exclusion. Soulignons que plus d'un critère d'exclusion pouvait être attribué à une même référence bibliographique. Dans ce cas, le plus évident lui était principalement attribué et la référence était alors associée à cette catégorie d'exclusion.

Tableau IV

*Application des critères d'exclusion des références répertoriées via les bases de données Medline, Cinhalt et Web of Science*

Critères d'exclusion	Nombre de références
Utilisation du mot «community»	101
Expérience de CdeP menée dans un contexte académique, universitaire ou de formation professionnelle;	20
Recherche de type théorique	15
Problématique centrée sur la recherche en CdeP et non pas sur la pratique	4
Autre type de mise en commun	9
Domaine d'activité autre que celui de la santé	8
CdeP en guise de conclusion	5
CdeP dans un autre sens que celui de Wenger	5
Autre langue (chinois)	1
Communauté de pratique uni-professionnelle	13
<b>TOTAL</b>	<b>181/194</b>



Il va sans dire que le nombre de références exclues à cette étape de préanalyse (n = 181/194) suite à l'application des critères met en évidence les limites des moteurs de recherche des bases de données. Comme le révèlent les exemples qui suivent, l'application séparée des mots *community* et *practice* par les moteurs de recherche, bien que le mot-clé *community of practice* ait été inscrit entre guillemets dans les requêtes formulées, a ainsi généré l'identification de 101 articles non pertinents eu égard à notre problématique et à nos objectifs de recherche.

✓ Exemples d'exclusion de références due à l'application séparée des mots *community* et *practice* par les moteurs de recherche des bases de données.

« [...] *their academic and community practice of emergency medicine* [...] ». (Alagappan *et al.*, 2007)

« *Age is an important determinant of outcomes for patients with acute coronary syndromes. However, community practice reveals a disproportionately lower use of cardiovascular medications* [...] ». (Alexander *et al.*, 2007)

« *A community nursing practice (CNP) mode* ». (Barry, Gordon et Lange, 2007)

« *A time-and-motion study at a two-oncologist community practice was completed over a 3-month period* ». (Calhoun *et al.*, 2005)

« *The WALD Center's methods provide a model for academic-practice partnerships for community health practice and workforce development, even in environments with scarce health resources* ». (Hawley *et al.*, 2007)

« *Feasibility of the approach and patient adherence were examined in a community rheumatology practice with rheumatoid arthritis patients (n = 373)* ». Broderick *et al.*, 2004)

De la même manière, des bases de données multidisciplinaires peuvent laisser passer des articles reliés à des domaines d'activité autre que celui de la santé (n = 8), par exemple : science de l'information et des technologies, gestion de l'eau, management, etc., bien que nos requêtes ciblaient exclusivement des disciplines de ce domaine. À titre d'exemples :

Le Web comme outil de partage des connaissances (pas dans le domaine de la santé mais de manière large). (Cheung, Lee et Lee, 2013)

Les logiciels Open source et les activités coopératives dans le contexte des conférences scientifiques et des départements universitaires multilingues. (Feldman, Lee et Thaw, 2005)

La pratique interdisciplinaire dans la gestion de l'eau au Niger. (Fiki *et al.*, 2007)

Le partage des connaissances et la collaboration en communauté de pratique en ligne rassemblant des membres géographiquement et culturellement « distribués » issus d'organisations (entreprises) hors du domaine de la santé. (Iancu *et al.*, 2012)

L'exploration des concepts théoriques liés aux CdeP, notamment aux CdeP émergentes. Les CdeP en question sont liées au *Centre for Inter-Professional e-Learning (CIPeL), a Centre of Excellence in Teaching and Learning (CETL), funded by the Higher Education Funding Council in England (HEFCE)*. (Courtney, 2007)

Par ailleurs, nous constatons que le terme « communauté de pratique » est parfois utilisé dans un autre sens que celui élaboré par Wenger (n = 5).

*A Participatory Action Research (PAR) approach was used to engage a chiropractic community of practice and stakeholders in a systematic review [...].* (Shaw *et al.*, 2010)

*A Community of Practice, such as the Third International Cancer Control Congress (ICCC-3), is an ideal place to share new proposals, learn from other experiences, and formulate new ideas.* (Micheli *et al.*, 2009)

Parfois les auteurs élaborent aussi un autre type de mise en commun qui se rapproche énormément des CdeP, sans vraiment recourir directement à ce concept (n = 9).

*Many technology-enhanced learning communities provide geographically distributed collaboration opportunities [...].*

*Collaborative multidisciplinary care teams.* (Hogg *et al.*, 2009)

*Interdisciplinary teamwork and collaboration.* (Jackson et Saltman, 2011)

*Interdisciplinary collaboration seen as an important practice activity.* (Reimanis, Cohen et Redman, 2001)

*Collaborative practice within an interdisciplinary team.* (Lloyd et Bristol, 2006)

De plus, la formule de CdeP est parfois abordée en conclusion seulement ou en guise de recommandation (n = 5). Ces constats exclusifs par rapport à nos objectifs révèlent néanmoins une certaine notoriété actuelle de cette formule de collaboration ou, à tout le moins, la valorisation de l'interprofessionnalité.

Par ailleurs, les références de type théorique (n = 15 : revue de littérature, discussion conceptuelle, etc.), de même que celles dont l'objet de recherche est centré sur la recherche en CdeP mais pas sur la pratique comme telle (n = 4) ont été exclues de notre sélection, du fait que nos objectifs sont centrés sur une (réelle) pratique de soins en communauté de pratique. Le nombre de références de type théorique révèle également la notoriété du concept de CdeP.

De la même manière, les expériences de CdeP menées en contexte académique, universitaire ou de formation professionnelle (n = 20) ont été exclues lorsque l'objet de recherche ne reposait pas sur un cadre de pratique évident, de même que les expériences de CdeP uniprofessionnelle (n = 13), du fait que nos objectifs sont centrés sur une pratique interprofessionnelle qui valorise la collaboration entre des professionnels de la santé unis par la problématique chronique d'un patient. Enfin, une référence en chinois, non traduite, a été exclue.

#### 4.1.2 Les références incluses

Les références retenues dans notre banque de références bibliographiques EndNote devaient correspondre aux critères d'inclusion mentionnés précédemment, en y ajoutant toutefois les références relatant des CdeP à distance, ce qui nous a amené à appliquer les critères d'inclusion suivants :

- ✓ l'année de publication : entre 2000 et 2013;
- ✓ relatant une expérience empirique de CdeP (menée sur le terrain), c'est-à-dire en présence dans le milieu de la santé (et non pas exclusivement théorique ou littéraire);
- ✓ s'appuyant sur une pratique de soins partagée en présentiel ou à distance (par exemple en ligne via un forum de discussion ou par téléphone);
- ✓ une expérience de communauté de pratique rassemblant plus d'un profil professionnel.

Ainsi, la requête suivante a été formulée au moteur de recherche de notre base de données EndNote rassemblant les 194 références : CdeP ET interprofessionnelle OU présentiel OU bi-modale, OU en ligne NOT uniprofessionnelle, ce qui a généré un total de 13 articles :

- ✓ Bowes, D., McConnell, H. et van der Horst, M. (2010). Case report : interprofessional collaboration – a nursing-dental hygiene experience. *Canadian Journal of Dental Hygiene*, 44(5), 217-220.
- ✓ Gagliardi, A., Smith, A., Goel, V., DePetrillo, D., Gagliardi, A., Smith, A. *et al.* (2003). Feasibility study of multidisciplinary oncology rounds by videoconference for surgeons in remote locales. [Evaluation Studies]. *BMC Medical Informatics & Decision Making*, 3, 7.
- ✓ Johnson, J., Barach, P. et Vernooij Dassen, M. (2012). Conducting a multicentre and multinational qualitative study on patient transitions. *BMJ Quality & Safety*, 21, Suppl 1(1), i22-i28.

- ✓ Kilbride, C., Perry, L., Flatley, M., Turner, E. et Meyer, J. (2011). Developing theory and practice : creation of a community of practice through action research produced excellence in stroke care. *Journal of Interprofessional Care*, 25(2), 91-97.
- ✓ Lidskog, M., Lofmark, A. et Ahlstrom, G. (2009). Learning through participating on an interprofessional training ward. *Journal of Interprofessional Care*, 23(5), 486-497.
- ✓ McCullough, B., Small, N. et Prady, S. L. (2013). Improving smoking cessation data collection via a health visitor community of practice. *Community Practitioner : The Journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*, 86(5), 22-25.
- ✓ Norman, C. D. et Huerta, T. (2006). Knowledge transfer and exchange through social networks : building foundations for a community of practice within tobacco control. *Implementation Science*, 1, 20.
- ✓ Rossignol, M., Poitras, S., Dionne, C., Tousignant, M., Truchon, M., Arsenault, B. et al. (2007). An interdisciplinary guideline development process : the clinic on low-back pain in interdisciplinary practice (CLIP) low-back pain guidelines. *Implementation Science*, 2, 36.
- ✓ Taplin, S. H., Haggstrom, D., Jacobs, T., Determan, A., Granger, J., Montalvo, W. et al. (2008). Implementing colorectal cancer screening in community health centers : Addressing cancer health disparities through a regional cancer collaborative. *Medical Care*, 46(9), S74-S83.
- ✓ Tee, S. et Boeckle, E. (2012). 'Closing the gap', a partnership approach to community care education for long term conditions. *Nurse Education Today*, 32(7), 822-828.
- ✓ Thomas, A. U., Fried, G. P., Johnson, P. et Stilwell, B. J. (2010). Sharing best practices through online communities of practice : a case study. *Human Resources for Health [Electronic Resource]*, 8, 25.
- ✓ Togher, L. (2012). Strategies to improve research outcomes in the field of acquired brain injury : the Kevin Bacon effect, networking and other stories. *Brain Impairment*, 13(2), 271-280.
- ✓ Wild, E. L., Richmond, P. A., de Merode, L. et Smith, J. D. (2004). All kids count connections : a community of practice on integrating child health information systems. *Journal of Public Health Management & Practice*, Suppl, S61-65.

### 4.1.3 L'élaboration d'une grille de codification

Comme nous l'avons annoncé, les 13 articles répondant à nos critères d'inclusion ont été exportés sur le logiciel d'analyse qualitative des données QDA Miner.

La version préliminaire de la grille de codification présentée à l'annexe 2 (ou livre de codes, selon l'appellation du logiciel QDA Miner) a été mise à l'essai en l'appliquant à cinq articles. Cet exercice nous a permis de constater que les indicateurs qui composent cette grille s'appliquent difficilement aux contenus et aux unités de sens des articles soumis à notre analyse. Ces indicateurs, qui s'appuient sur le cadre conceptuel de notre démarche, apparaissent moins pragmatiques, ne correspondant pas à la réalité des articles davantage empiriques que théoriques. Ainsi, les données se sont avérées plus riches et, de ce fait, de nouveaux codes et catégories ont émergé, comme le formule Savoie-Zajc (2004). Cette nouvelle codification a également été élaborée dans la perspective des objectifs de notre recherche. L'annexe 3 présente la nouvelle version de notre grille qui, dans une perspective itérative menant à sa mise à l'essai (encore une fois sur cinq articles différents de ceux soumis à la première mise à l'essai), a permis une seconde bonification qui a alors conduit au véritable processus de codification.

La lecture de cette nouvelle grille met en évidence une codification explicite au travers différents registres de codification. Le premier registre permet d'être plus près de nos trois objectifs de recherche (analyser la cohérence entre l'opérationnalisation de la notion de CdeP et sa mise en application, identifier les retombées attribuées aux CdeP et vérifier si elles sont associées au registre des connaissances ou à la dynamique relationnelle, identifier les obstacles et les facteurs qui facilitent la collaboration interprofessionnelle). Ce premier registre correspond en fait aux « rubriques » (Paillé et Mucchielli, 2005). Il permet en outre de tenir compte de dispositifs conceptuels abordés dans notre cadre théorique et qui ressortent dans les propos des auteurs : maladies chroniques impliquées, modalité de communication, désignations de la collaboration axées sur le registre disciplinaire ou professionnel, référence aux auteurs notoires dans les écrits sur les CdeP.

Quant au second registre de codification, il correspond aux « thèmes » de Paillé et Mucchielli (2005) et, comme son nom l'indique, il permet d'identifier les thématiques plus précises qui ressortent de chaque catégorie de propos. Enfin, rappelons que pour chaque thème codé, l'espace « commentaire » offert dans QDA Miner permet d'apporter les nuances qui permettent d'amorcer une analyse des articles retenus, ce qui correspond aux « énoncés » de Paillé et Mucchielli (2005). Les unités de sens ainsi codifiées permettent l'émergence de « catégories » prises dans le sens de Paillé et Mucchielli, nous permettant une analyse en profondeur et, ultimement, une « théorisation des phénomènes » recensés. Enfin, soulignons que notre codification est explicite, en ce sens qu'elle ne s'appuie pas sur des codes alphanumériques comme nous l'avions annoncé (voir méthodologie) mais qu'il s'est avéré possible de les écrire de manière à ce que le sens émerge d'une lecture spontanée, recourant parfois à des abréviations simples qui demeurent éloquentes et qui ne nécessitent pas le recours à une légende explicative.

## CHAPITRE V – ANALYSE DES ARTICLES

Les articles ont été sélectionnés en s'appuyant sur les critères d'inclusion et d'exclusion présentés au chapitre précédent.

Dans ce chapitre, consacré à l'analyse des articles retenus, afin d'alléger le texte, comme le montre le tableau qui suit, nous les avons numéroté de 1 à 13, en ajoutant la lettre A (signifiant « article ») devant chacun :

Tableau V  
*Code alpha-numérique des articles retenus*

A1	Bowes, McConnell et VanDerHost (2010)
A2	Kilbride, Cherry, Perry, Flatley, Turner et Meyer (2011)
A3	Lidskog, Löfmark et Ahlström (2009)
A4	Tee et Böckle (2012)
A5	Norman et Huerta (2006)
A6	Rossignol <i>et al.</i> (2007)
A7	Taplin <i>et al.</i> (2008)
A8	Johnson, Barach Vernooij et Dassen (2012)
A9	Wild Richmond, de Merode et Smith (2004)
A10	McCullough, Small et Prady (2013)
A11	Gagliardi Smith, Goel et DePetrillo (2003)
A12	Thomas, Fried, Johnson et Stilwell (2010)
A13	Togher (2012)

Nous présentons d'abord l'analyse du contenu général de ces articles et ensuite l'analyse est découpée selon les problématiques qui y sont présentées, les descriptions des expériences menées et les résultats rapportés.

## 5.1 L'ANALYSE DU CONTENU GÉNÉRAL DES ARTICLES

L'analyse du contenu de chaque article a d'abord été globale, c'est-à-dire qu'elle a porté sur l'article dans sa totalité, en se centrant, dans un premier temps, sur les deux principaux critères d'inclusion, soit l'importance accordée au concept « communauté de pratique » et aux maladies chroniques. Par la suite, d'autres dimensions rattachées aux critères d'inclusion ont été étudiées, à commencer par les modes de communication déployés mis en lien avec la proximité géographique des membres des CdeP. De plus, la diversité des profils professionnels impliqués a été vérifiée, ce qui nous a en outre permis de repérer dans quelle mesure la conceptualisation de chaque article est axée sur les disciplines ou sur les professions. Enfin, bien qu'il ne s'agisse pas d'un critère d'inclusion, mais compte tenu de l'importance de cet élément dans notre cadre conceptuel, nous avons vérifié l'importance des deux pôles constitutifs d'une CdeP, collaboratif et cognitif, de manière globale dans chacun des articles.

### 5.1.1 La place accordée au concept de CdeP

Le concept de « communauté de pratique » est, certes, au cœur de notre thèse et s'impose comme le principal facteur d'inclusion des articles sélectionnés. Il apparaît toutefois intéressant d'observer que sa fréquence de mention est très variable d'un article à l'autre, comme le révèle le tableau V présenté plus bas. Ainsi, dans les 13 articles, six y réfèrent explicitement entre 25 et 49 fois (A2, A4, A5, A7, A10 et A12), quatre en font mention entre 11 et 24 fois (A3, A6, A8 et A9) et trois y recourent 10 fois ou moins (A1, A11 et A13). Nous constatons d'ailleurs que les articles faisant moins fréquemment mention du concept CdeP réfèrent tout aussi souvent, voire même davantage, à des vocables qui évoquent le rassemblement des professionnels, tels que *network* (A1 = 6; A5 = 80; A11 = 8; A13 = 24), *team* (A2 = 30; A3 = 24; A6 = 16; A7 = 52; A8 = 26) ou *multidisciplinary oncology rounds* (A11 = 11) et leurs dérivés sémantiques :

- ✓ *Network, professional networks, knowledge exchange network, transsectorial knowledge based network, collaboration and networking* (A1)
- ✓ *Social networks* (mentionné 10 fois), *networks of brain injury researchers, networking and collaboration, network with each other, network of support* (A13)



- ✓ *The Cancer Care Ontario Surgical Oncology Network* (il s'agit de la désignation du groupe qui a réalisé la recherche publiée dans le cadre de cet article) (A11)
- ✓ *Multidisciplinary oncology rounds, hospital-based rounds or « tumour boards », multidisciplinary panel* (A11).

Tableau V

Fréquence de mention du concept « communauté de pratique » et de vocables substitués obtenue à l'aide du logiciel EndNote

Texte	Fréquence			
	CdeP	Network	Team	Autre vocable
A1	6	6	3	
A2	36	2	30	
A3	22	0	24	
A4	49	3	1	
A5	29	80	11	
A6	23	0	16	
A7	26	2	52	
A8	20	0	26	
A9	19	1	0	
A10	39	4	2	
A11	6	8	0	<i>Multidisciplinary oncology rounds</i> (11)
A12	26	1	6	
A13	10	24	4	

Dans cette veine, trois articles présentent une fréquence de mention plutôt moyenne du concept CdeP mais les vocables « *team* » ou « *network* » et leurs dérivés sont nettement plus fréquents, comme le montre clairement le tableau V (A5, A7 et A8). De plus, trois articles mentionnent de manière à peu près égale le concept CdeP et le vocable « *team* » (A2, A3 et A6). En fait, seulement trois articles recourent quasi exclusivement au concept CdeP et ne lui substituent que rarement les vocables « *team* » et « *network* » (A4, A9 et A10), ce qui laisse présager de bases conceptuelles plus étayées et d'une plus grande importance accordée à cette formule de mise en commun dans la problématique de recherche, ce que nous analysons un peu plus loin dans ce chapitre.

### 5.1.2 La place accordée aux maladies chroniques

Rappelons que l'objectif général de notre thèse précise que notre analyse doit porter sur des expériences de collaboration interprofessionnelle se déroulant au sein de CdeP centrées sur le patient atteint de maladies chroniques. Comme le montre le tableau VI, seulement 4 articles sur 13 présentent des expériences de CdeP plus ou moins reliées directement à une maladie chronique officiellement classifiée au rang des maladies chroniques par l'OMS ou l'Institut de la statistique du Québec (voir au chapitre I, pour un rappel de ces classifications), soit le cancer (A7 et A11) et l'AVC (A2), de même que l'aphasie (A13) que nous associons aux maladies chroniques du fait qu'elle est liée fréquemment à l'AVC ou à une maladie dégénérante (par exemple l'Alzheimer), lesquelles sont officiellement classées parmi les maladies chroniques. Les autres articles de notre métasynthèse portent tout de même sur des problématiques nécessitant une pratique de soins ou de services à long terme, ce qui nous amène à les inclure dans l'échantillon d'articles à l'étude, soit santé dentaire des personnes *seniors* (A1), vieillissement (A3), maladies chroniques au sens large (A4), tabagisme (A5), tabagisme durant la grossesse (A10), maux de dos (A6), santé infantile (A9), planification familiale (A12). De plus, un article porte sur une particularité de la pratique de soins, soit le transfert (déplacement) du patient en cours d'hospitalisation (à long terme) (A8).

Tableau VI  
*Les maladies chroniques abordées dans le cadre des articles*

Articles	Problématiques ou maladies chroniques impliquées
A7, A11	Cancer
A2	AVC
A13	Aphasie
A1	Santé dentaire des personnes <i>seniors</i>
A3	Vieillesse
A4	Maladies chroniques au sens large
A5	Tabagisme
A10	Tabagisme durant la grossesse
A6	Maux de dos
A9	Santé infantile
A12	Planification familiale
A8	Transfert du patient

Il serait donc plus juste d'associer les articles retenus à des « conditions de santé chroniques », plutôt qu'à des « maladies chroniques ». Dans cet optique, précisons que bien que ces articles ne portaient pas précisément sur une problématique liée à une maladie chronique, ils répondaient par ailleurs à d'autres critères majeurs d'inclusion révélant le pragmatisme du contenu, permettant alors un assouplissement eu égard à la chronicité visée.

- ✓ relatant une expérience empirique de CdeP (menée sur le terrain), c'est-à-dire en présence dans le milieu de la santé (et non pas exclusivement théorique ou littéraire);
- ✓ s'appuyant sur une pratique de soins partagée en présentiel ou à distance (par exemple en ligne via un forum de discussion ou par téléphone);
- ✓ une expérience de communauté de pratique rassemblant plus d'un profil professionnel.

### 5.1.3 La place accordée au patient dans les CdeP déployées

Dans la quasi-totalité des articles étudiés, l'action des CdeP est « centrée sur le patient » sans toutefois l'impliquer, comme le révèle ces extraits issus de l'annexe 3.

*The project focused on professional and organizational perspectives; stroke patients were involved but more user engagement would give greater confidence in the consumer-focus of the service.* (A2, p. 96)

*The community of practice was described and understood in terms of the joint responsibility for the daily care of the patients. This meant that the students became active participants, collaborated in basic care and, when there was an opportunity, shared profession-specific knowledge in relation to joint work. The students described many situations where they learned to collaborate by working together in caring for the patients.* (A3, p. 491)

*The CHSRF emphasizes that the ability to work with professionals from other disciplines to deliver collaborative, patient centred care is considered a critical element of professional practice. Oral health is a care issue that transcends professional boundaries. However, traditionally, there has been little connection between dental hygiene and nursing.* (A1, p. 217)

*The intent of Connections was to bring together a diverse group of practitioners as a community of practice, although the term was not initially used, so that those in the planning phase would benefit from the experience of more advanced projects, and the more advanced projects would learn from each other.* (A9, p. S62)

*Several weeks prior to each session the presenting surgical oncologist was asked to develop a patient scenario that involved cancer surgery, presented treatment decision-making challenges, and would foster multidisciplinary discussion.* (A11, p. 3)

L'annexe 3 montre que 12 articles sur 13 présentent des CdeP qui n'impliquent pas de patients mais exclusivement des praticiens et qu'un seul décrit une CdeP qui implique des patients.

*The Clinical Centre of Research Excellence (CCRE) in Aphasia Rehabilitation is a virtual centre of researchers, postdoctoral fellows, students, clinicians and consumers which commenced in 2009 as a result of a \$A2.5 million grant from the National Health and Medical Research Council (NHMRC) in Australia. (A13, p. 272)*

*This model is therefore ideally suited to our purpose in informing the development of the Australian Aphasia Rehabilitation Pathway as the framework for translating research evidence into practice. Our team seeks to engage a broader range of stakeholders through the Community of Practice. Stakeholders include the following. Consumers. A key feature of our research is hearing the consumers' voice throughout quality improvements. Consumers include representatives from the Australian Aphasia Association, the National Stroke Foundation, Talkback SA and existing reference groups. (A13, p. 274)*

#### **5.1.4 Des CdeP géographiquement dispersées**

Nous constatons que les CdeP qui rassemblent des membres d'une même institution font exception. En effet, comme le révèle le tableau VII, c'est le cas de seulement 2 articles. La grande majorité des expériences de CdeP rapportées (8 articles) rassemblent des membres issus d'institutions réparties à une échelle régionale. De plus, un article nous présente une expérience de CdeP qui se déroule à une échelle nationale, c'est-à-dire dans différentes régions d'un même pays. Enfin, deux CdeP se déroulent à une échelle internationale, les membres provenant de différents pays. Ce constat rappelle la formulation de Wild *et al.* (2004), « les communautés de pratiques permettent aux agences de santé géographiquement distribuées de se pencher sur une problématique complexe » (p. S61).

Tableau VII

Échelle géographique de la répartition des membres des CdeP rapportées dans chaque article

Article	CdeP dont les membres œuvrent dans la même institution
A2	<i>This study took place during 2000-2002 <u>in a large UK NHS London teaching hospital with an established reputation for excellence.</u> (p. 92)</i>
A3	<i>The training ward was sited <u>in a nursing home with 8 units.</u> The patients were older people with multiple medical, psychological and social needs temporarily staying on the ward. During three-week periods the students worked together in interprofessional teams to provide care for the 12 patients on the ward. (p. 488)</i>
	<b>CdeP menées dans des institutions géographiquement dispersées</b>
	<b>Échelle régionale</b>
A4	<i>Consequently the lead commissioner initiated a two-year project jointly funded <u>between the commissioner and the Higher Education Institution (HEI),</u> which brought together a partnership of a large primary healthcare provider serving a population of approximately 1.3 million people, an HEI and a lead commissioner. (p. 823)</i>
A5	<i>The objectives of the study were to provide a data-driven foundation to inform decisions about organizing <u>a CoP within the geographically diverse, multi-disciplinary WATI group using evaluation and social network methodologies.</u></i>
A6	<i>The Clinic on Low-back pain in Interdisciplinary Practice (CLIP) initiative was created and led by a project team of <u>eight members representing research, academic, and clinical experiences:</u> one occupational health physician researcher, two physiotherapist researchers, one occupational therapist researcher, one psychologist researcher, two family physicians, and one physiotherapist clinician. (p. 3)</i>
A7	<i>The national faculty facilitated monthly teleconferences with FQHC teams, conducted 2 in-person educational sessions for FQHC teams, and convened monthly teleconferences with organizational representatives <u>and regional members from the Communities of Practice,</u> described below. (p. S76)</i>
A8	<i>For the purpose of the HANDOVER Project, the community of practice included the group of researchers from <u>the six organisations,</u> as well as <u>patient advocates,</u> that came together to conduct research into transitions of patient care. <u>Each of the participating countries conducted research at the local level and built local alliances with healthcare providers and patients.</u> (p. i24)</i>

A9	<p><i>All Kids Count created a community of practice called Connections to bring together <u>11 state and local public health agencies</u> engaged in child health information system integration projects to learn from each other, capture best practices, and collaboratively address challenges. As demonstrated by All Kids Count Connections, communities of practice can be employed by <u>geographically distributed public health agencies</u> to address complex issues. (p. S61)</i></p>
A10	<p><i>Nine CLAHRCs (Collaborations for Leadership in Applied Health Research and Care) were set up in 2008, each receiving up to £10 million over five years from the NIHR with additional matched funding from participating NHS organisations. CLAHRCs were designed around an assumption that putting clinicians and academics together would effect a change in each group. [...] <u>One of the new CLAHRCs involved NHS trusts and universities in Leeds, York and Bradford, and had a number of themes, including one on Child and Maternal Health. Activities in this theme were focused on Bradford, a city in the north of England, and it is these we report.</u> (p. 22)</i></p>
A11	<p><i>The Cancer Care Ontario Surgical Oncology Network conducted this study to assess the feasibility of using video-conferencing technology to <u>bring together physicians in various care settings</u> in a format resembling multidisciplinary hospital-based rounds or « tumour boards ». (p. 2)</i>  <i>A median of 22 physicians participated in each session, excluding the discussant panel members and the facilitator (Table 1). <u>A median of eight sites participated in each session, excluding the central discussant panel site.</u> (p. 4)</i></p>
<b>Échelle nationale</b>	
A1	<p><i>The SHRTN Oral Health CoP sponsor is St. Peter's Hospital in Hamilton, and there are five co-leads: <u>one nurse from each of the RGP Central and London sectors, one nurse from St. Peter's Hospital, one dental hygienist from HRHD and one dental hygienist from Thunder Bay.</u> Membership in the Oral Health CoP is open to anyone interested in seniors' oral health and currently includes a variety of health and oral health professionals across Ontario and Canada (p. 220)</i></p>
<b>Échelle internationale</b>	
A12	<p><i>GAPS (Global Alliance for Pre-Service Education) drew 273 individual members, representing <u>49 countries worldwide.</u> Approximately 65% of its members are living and working in low-resource settings in Africa, Asia and Central America. The remainder is comprised of members of universities and cooperating agencies in the United States, Canada and Europe [...]. (p. 2)</i></p>

A13	<p><i>Our team seeks to engage a broader range of stakeholders through the Community of Practice. Stakeholders include the following. [...] Consumers include representatives from the <u>Australian</u> Aphasia Association, the <u>National</u> Stroke Foundation, <u>Talkback SA</u> and existing reference groups [...]. [...] senior managers within health care systems <u>nationally</u>; Speech pathology (<u>national</u>) academic leaders A number of eminent <u>international</u> researchers have agreed to participate in the work of the CCRE. (p. 274)</i></p>
-----	--

### 5.1.5 Les modes de communication des CdeP

Il importe de rappeler que tous les modes de communication figuraient au rang de nos critères d'inclusion des articles portant sur une expérience de CdeP. Comme le montre clairement le tableau VIII, il est intéressant de constater que plusieurs des CdeP rapportées (7 articles sur 13) recourent à la bi-modalité, c'est-à-dire que les membres des CdeP communiquent autant en présentiel que par les technologies de l'information et de la communication (A4, A5, A6, A7, A8, A9 et A13). De plus, deux CdeP communiquent uniquement via des technologies web : vidéoconférences (A11) et forum de discussion (A12). Enfin, trois articles présentent des CdeP qui communiquent en présence (A2, A3 et A10) et l'un des articles n'est quant à lui pas très explicite sur cette question du mode de communication entre les membres (A1). Ces observations paraissent en accord avec la dispersion géographique des membres de la grande majorité des CdeP rapportées, ce qui favorise la communication à distance. Ces constats montrent également l'attrait qu'exerce aujourd'hui les moyens technologiques de communication lorsqu'il s'agit de collaboration entre professionnels de la santé, mais semblent néanmoins révéler un besoin encore très présent de rencontre de travail en présentiel, d'où le recours fréquent à la bi-modalité. Par ailleurs, soulignons que les rencontres en présentiel sont désignées comme réunions (A1, A5, A6, A9, A10 et A13) ou ateliers de travail (A13) ou encore, session d'information (A7), rassemblement (A4), panel (A1) ou symposium (A6). Quant aux outils technologiques, précisons qu'il s'agit du courriel (A4), du forum (A6 et A12), de la téléconférence (A7, A8 et A9), de la vidéoconférence (A11), d'enquêtes sur le web (A5), de documents consultés sur Internet (A4), de *list-serve* (A9). Il apparaît également intéressant de constater qu'une seule des expériences de CdeP offre à ses participants un site web permettant plusieurs activités de partage d'idées : partage de documents, clavardage, *list-serve*, *threaded discussions* (A9).

Tableau VIII

Modes de communication des CdeP rapportés dans chacun des articles

Article	Les modes de communication des CdeP rapportés
	<b>Bi-modale</b>
A4	<p><i>Once engaged networking activities were sustained through on-line methods, such as <u>email and web based materials</u>. The CoP <u>came together on four occasions</u> and at these events the role of the facilitator was to agree the rules of participation, encourage communication and clarify expectations. (p. 824-825)</i></p>
A5	<p><i>This paper outlines an approach to lay the foundation for a CoP within the area of Web-assisted tobacco interventions (WATI). (p.1)</i>  <i>A single-group design was employed using a <u>survey</u> of expectations, knowledge, and interpersonal WATI-related relationships administered <u>prior to a meeting of the WATI group</u> followed by a <u>3-week post-meeting Web survey</u> to assess short-term impact on learning and networking outcomes. (p. 1)</i></p>
A6	<p><i>Four communication tools were provided for discussion and exchanges with experts: <u>a web-based discussion forum</u>, <u>an anonymous comment form</u>, <u>meetings</u>, and <u>a symposium</u>. (p. 1)</i></p>
A7	<p><i>The national faculty facilitated <u>monthly teleconferences</u> with FQHC teams, conducted 2 in-person <u>educational sessions</u> for FQHC teams, and convened monthly teleconferences with organizational representatives and regional members from the Communities of Practice, described below. (p. S76)</i></p>
A8	<p><i>Although technology and cost containment efforts support a move toward virtual meetings, where participants attend a meeting without leaving their local settings, <u>face-to-face meetings</u>, supplemented with frequent teleconferences, proved to be an invaluable component of building social capital and engendering trust among the project team. (p. i27)</i></p>
A9	<p><i>Between meetings, Connections members came together through <u>teleconference calls</u>, a list-serve and an interactive Web site called <u>ConnectionsZone</u>, which provided for threaded discussions, document sharing, and chat. (S63)</i></p>
A13	<p><i>The Community of Practice has been enacted via the following processes.</i>  <b><u>Website and communication technology.</u></b> <i>A web-site portal will be developed to enable participants in the Community of Practice to <u>exchange information via e-mail, phone and webcam</u>. [...]</i>  <b><u>Annual research meeting.</u></b> <i>All investigators involved in research activities associated with the CCRE meet <u>face to face once a year</u>. [...]</i>  <b><u>Clinical translation programme.</u></b> <i>To implement the Australian Aphasia Clinical Pathway, postdoctoral researchers undertake <u>two clinical translation visits</u> with major health service providers around Australia.</i>  <b><u>Research exchange programme.</u></b> <i>National and international exchanges are occurring between the participating universities and international experts, [...] to strengthen and encourage collaboration between all research stakeholders.</i>  <b><u>Workshops.</u></b> <i>One workshop each year is providing information on the pathway to</i></p>



	<i>local consumers, stakeholders, speech pathologists and health service providers. (p.274-275)</i>
<b>En ligne</b>	
A11	<i>This study was undertaken to assess the feasibility of using <u>videoconferencing</u> to involve community-based surgeons in interactive, multidisciplinary oncology rounds [...]. (p. 2) Six one-hour sessions were offered (two breast, two colorectal, one gynecologic and one lung cancer).(p. 2)</i>
A12	<i>The Capacity Project established the Global Alliance for Pre-Service Education (GAPS) project to provide <u>a forum for the discussion</u> of issues related to teaching and acquiring competence in FP (family planning). GAPS functioned as an <u>electronic community of practice (CoP)</u> housed within the World Health Organization (WHO)/Implementing Best Practices (IBP) Knowledge Gateway. (p. 2)</i>
<b>En présentiel</b>	
A1	<i>The development <u>panel</u>, supported by RNAO staff, first met in July 2006 to come to consensus on the focus of the guideline and define its scope. (p.219) [Article peu explicite quant au(x) mode(s) de rencontre(s)].</i>
A2	<i>All staff involved with service delivery participated in development processes and were the focus of participant observation field notes. (p. 92) An interprofessional <u>seminar</u> series based on stroke guidelines was the starting point. (p. 94)</i>
A3	<i>The aim of this study was to describe and analyse the students' learning on an interprofessional training ward in care for older persons through focusing on the students' ways of participating in the <u>communities of practice on the ward</u>. A case study design was chosen. Multiple data sources were used. The findings show that the <u>students engaged as active participants in the care</u>. (p. 486)</i>
A10	<i>Regular <u>meetings</u>, with protected time, allowed the CoP to discuss the patterns of their work and the information they collected and used in their everyday practice. (p. 23)</i>

### 5.1.6 La diversité des profils professionnels des membres composant les CdeP

Eu égard à la diversité des profils professionnels, rappelons que notre métasynthèse visait l'analyse des articles qui présentent des expériences de CdeP reposant sur un cadre de pratique évident, en excluant ceux où les expériences rapportées se déroulent en contexte académique, universitaire ou de formation professionnelle. Néanmoins, comme on peut le voir au tableau IX, nous avons retenu deux articles où les CdeP se déploient dans une perspective de formation (A3 et A12), car celle-ci se déroule sur le terrain, permettant ainsi une pratique de

soins partagée et la participation non exclusive d'étudiants universitaires mais également de praticiens aux profils variés, en plus de faire intervenir des experts universitaires ou rattachés à des agences de coopération internationale.

Les articles devaient aussi porter sur des expériences de CdeP rassemblant plus d'un profil professionnel. Nous avons tout de même retenu deux articles présentant une expérience uni-professionnelle (10 et 11). Ces exceptions sont dues au fait que ces CdeP rassemblent une variété de sous-spécialités d'un même registre professionnel ou encore, différents niveaux hiérarchiques d'une même profession. Qui plus est, dans l'un des cas, des chercheurs universitaires complètent un ensemble aux figures professionnelles somme toute variées. Dans ce contexte, comme le présente le tableau IX, nous constatons que les articles à l'étude portent sur des expériences de CdeP dont les membres présentent une variété de profils disciplinaires ou professionnels.

En fait, nous observons que 8 articles présentent de manière précise le profil professionnel ou disciplinaire des membres des CdeP alors que 5 articles optent pour un découpage par catégories générales qui ne permettent pas d'identifier clairement les professions ou disciplines impliquées, comme on peut le voir au tableau IX (A5, A8, A9, A12 et A13). Rappelons que dans le cadre d'un de ces articles (A5), les auteurs insistent sur le rassemblement selon les intérêts partagés plutôt que « par affiliation à une discipline particulière ou une organisation ».

Tableau IX

*Diversité des profils professionnels des membres composant les communautés de pratique (CdeP)*

Article	CdeP uniprofessionnelle ou unidisciplinaire - profils variés
A11	<i>Based on the topics identified by the needs assessment as of interest to general surgeons, <u>surgical, radiation and medical oncologists</u> associated with two tertiary care cancer centres were invited to participate as discussant panelists for six videoconference rounds. [...] Another <u>surgical oncologist</u> was invited to serve in the role of facilitator for each event. (p. 2)</i>
A10	<i>Initially, only <u>HV (Health visitor) clinical leads</u> were recruited to the CoP, but over the course of the project [...] <u>and additional participants from across all grades of HV staff, both experienced and newly qualified, and also representatives from the HV managers, joined the CoP. [...] A CLAHRC research fellow based at the University of York, one of the collaborating academic institutions, provided support as a knowledge manager for access to, and rapid reviews of, the latest research on smoking in pregnancy and the postpartum period. (p.23)</u></i>
	CdeP interprofessionnelle ou interdisciplinaire - profils variés
A1	<i><u>14 expert clinicians included: nine nurses (including one nurse practitioner) representing the continuum of care, one dentist, two registered dental hygienists and two registered speech language pathologists. (p. 218)</u></i>
A2	<i><u>A group of self-established group of nursing, therapy and medical staff. (p. 92)</u></i>
A4	<i><u>17 clinical and managerial staff working in the community trust. [...] The academic staff (n=17) were drawn from a range of professional disciplines including nurses and allied health professions. Their clinical specialisms included, acute care, mental health, long-term conditions, children, older persons and midwifery. (p. 825)</u></i>
A6	<i><u>136 clinicians [to] participate in this community of practice. Clinicians were drawn from the following professions: physiotherapists (46%), occupational therapists (37%), and family physicians (17%). (p.1)</u></i>
A7	<i><u>[...] we developed 3 distinct groups of faculty: (National faculty) included a primary care physician/ researcher and breast cancer screening expert [...] an Institute for Healthcare Improvement nurse and care process expert, [...], an American Cancer Society colorectal cancer expert (15 hours), university faculty in cervical and colorectal cancer (15 hours each), and primary care experts in information technology and care processes (80 hours); (Regional faculty) included an administrative leader [...], support staff (...), a nurse/administrator [...], and a CHCACT information technology specialist [...]; (Local faculty), included the process leader, physicians, nurses, information technology specialists, and staff [...]. (S75)</u></i>

A8	<i>The study design required a mixed-methods approach in which <u>researchers conducted semistructured interviews with key stakeholders (patients and their care providers) and focus groups with patients, patient representatives, and hospital-based and community-based providers (physicians and nurses) to gain insights into handover practices at the hospital to primary care interface (ie, referral and hospital discharge).</u> (i22)</i>
A9	<i>The evaluators found that the diversity of membership was another strength of Connections. Members were located in state, county, and city health agencies and health plan management organizations. <u>Membership included programmatic and technical personnel, as well as consultants and policy staff.</u> (p. S64)</i>
A13	<i>Our team seeks to engage a broader range of stakeholders through the <u>Community of Practice. Stakeholders include the following. Consumers. [...]</u> Consumers include representatives from the Australian Aphasia Association, the National Stroke Foundation, Talkback SA and existing reference groups. <u>Service providers. [...]</u> senior managers within health care systems nationally to assist with the development of the Australian Aphasia Rehabilitation Pathway. <u>Speech pathology academic leaders. Leading researchers.</u> (p.274)</i>
A5	<i>[...] a conglomeration of <u>researchers, practitioners, policy makers and consumers/citizens – both individually and in groups – held together by shared interests or foci, rather than an affiliation with a particular discipline or organization.</u> (p. 2-3)</i>
	<b>CdeP interprofessionnelle ou interdisciplinaire - profils variés</b>
	<b>CdeP en contexte de formation</b>
A3	<i>68 students on the ward during the period of the study (39 student nurses, 22 student OTs (occupational therapist) and seven student SWs (social workers). [...]) <u>There were five supervisors (two RNs (registered nurses), one OT (occupational therapist) and two SWs) and nine health care assistants. The link teacher from the university and teachers from the social work education were also included in the data collection.</u> (p. 488-489)</i>
A12	<i>The <u>interdisciplinary GAPS (Global Alliance for Pre-Service Education) memberships allowed for a comparison and contrast of competencies, opportunities, promising practices, documents, lessons learned and key teaching strategies. [...]</u> The GAPS drew <u>273 individual members, representing 49 countries worldwide. Approximately 65% of its members are living and working in low-resource settings in Africa, Asia and Central America. The remainder is comprised of members of universities and cooperating agencies in the United States, Canada and Europe [...]. This has included facilitating systems for developing and implementing competency-based curricula and harmonization of FP and HIV/AIDS content for pre-service and in-service training, especially of nurses and midwives.</u> (p. 1-2)</i>

### 5.1.7 Une conceptualisation axée sur les disciplines ou sur les professions

Les auteurs recourent davantage à une conceptualisation axée sur les « disciplines » (6 articles sur 13) que sur les « professions » (4 articles sur 13), comme l'illustre la figure 17.

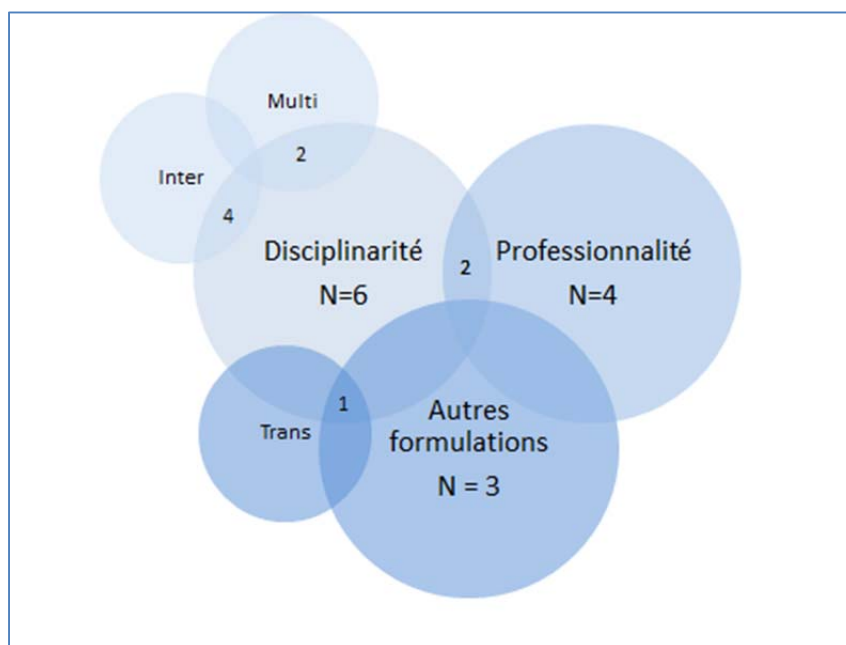


Figure 17. Nombre d'articles s'appuyant sur une conceptualisation axée sur la disciplinarité, la professionnalité ou d'autres formulations.

Cette figure permet également de constater que deux des quatre articles qui recourent à une conceptualisation axée sur les « professions » présentent les deux conceptualisations indistinctement et sans les définir (A1 et A13). Quant au registre « disciplinaire », l'interdisciplinarité (4 articles sur 6) est davantage invoquée que la multidisciplinarité (2 articles sur 6) et ces termes également ne sont jamais définis et sont utilisés indistinctement. Un seul article invoque la transdisciplinarité (A5). Enfin, nous constatons que 3 articles sur 13 ne réfèrent pas à ces registres conceptuels et nomment précisément le profil de chaque membre de la CdeP sans recourir aux termes disciplines ou professions, ou encore, ils réfèrent à des formulations générales : *researcher*, *practice staff*, *staff workforce*, etc., sans recourir à une conceptualisation axée sur les disciplines ou sur les professions. Soulignons que dans le cadre d'un de ces articles (A5), les auteurs font le choix explicite (comme le révèle l'extrait ci-dessous) de ne pas recourir à la conceptualisation axée sur les « disciplines ou sur les

organisations » mais le vocable « transdisciplinaire » est néanmoins formulé, ce qui peut être attribuable au manque d'opérationnalisation de ces notions, concepts.

*The WATI community, like tobacco control in general, is composed of a conglomeration of researchers, practitioners, policy makers and consumers/citizens – both individually and in groups – held together by shared interests or foci, rather than an affiliation with a particular discipline or organization. Each individual or group brings a particular knowledge, language, skill base, and set of interests that potentially provide value to the overall enterprise, which only increases in potential impact when these actors are supported in working in a transdisciplinary manner [27]. The task is finding avenues that initiate and sustain collaborative activity among this diverse set of actors. (A5, p. 2-3)*

### **5.1.8 L'importance accordée aux deux pôles constitutifs d'une CdeP, collaboratif et cognitif, dans chacun des articles pris globalement**

Compte tenu que les pôles collaboratif et cognitif constitutifs d'une CdeP représentent un élément fondamental de notre cadre conceptuel, nous avons relevé la fréquence de mention des concepts ou vocables reliés à chacun et ce, à l'aide du logiciel EndNote. Ainsi, pour chacun des deux pôles, nous avons cherché la fréquence de vocables synonymes ou complémentaires, de même que des mots qui leur sont apparentés, dont la racine est commune :

#### **Collaboration**

- ✓ *Collaborat : collaboration, collaborative, collaborators, etc.,*
- ✓ *Relation (relationship)*
- ✓ *Exchang (exchange, exchanging)*
- ✓ *Shar (sharing, shared, etc.)*

#### **Connaissances**

- ✓ *Knowledge (knowledge transfer, knowledge translation)*
- ✓ *Learn (learning, learner, etc.)*

Comme le montre le tableau X, dans leur globalité, les propos des articles se partagent à peu près également eu égard à la priorité accordée à l'une ou l'autre des dimensions. En effet, 6 articles sur 13 réfèrent plus fréquemment à la notion de collaboration qu'à celle de

connaissance ou d'apprentissage alors qu'il s'agit de l'inverse pour 5 articles sur 13. Enfin, 2 articles sur 13 invoquent autant le pôle collaboratif que le pôle cognitif.

Tableau X

*Fréquence des concepts ou vocables rattachés au pôle collaboratif (relationnel) ou cognitif (connaissance)*

Article	Collaboration	Knowledge
A1	33	21
A2	18	43
A3	11	61
A4	3	34
A5	59	72
A6	16	14
A7	40	17
A8	20	8
A9	22	10
A10	23	7
A11	13	21
A12	23	25
A13	33	12

## 5.2 L'ANALYSE DE LA PROBLÉMATIQUE DES ARTICLES

Nous avons étudié les articles non seulement dans leur globalité mais nous avons également procédé à une analyse par section : l'exposition de la problématique, la description de l'expérience menée (mise en application), puis les résultats rapportés (discussion). Le but de ce découpage est de mieux saisir l'ancrage conceptuel du propos dans son ensemble en suivant son évolution au cours des principales parties d'un article.

En nous centrant sur l'exposition de la problématique, nous voulons vérifier dans quelle mesure l'expérience de CdeP est étayée, opérationnalisée d'emblée, de même que vérifier comment se positionne l'expérience de CdeP annoncée, c'est-à-dire comme moyen pour arriver à une fin (prévention d'une maladie, transfert de connaissances, etc.) ou comme finalité, objet de recherche en tant que tel.

### 5.2.1 Les différentes perspectives de développement des CdeP

L'analyse des problématiques de chacun des articles sélectionnés montre que les CdeP sont déployées dans différentes perspectives, à savoir :

- ✓ l'amélioration de la qualité des services de soins offerts (A1, A2, A4 et A13);
- ✓ la prévention de la maladie (A5, A6, A7 et A10);
- ✓ la formation en milieu de soins (A3),

Par ailleurs, il est intéressant de noter que deux articles portent directement sur la CdeP comme formule de collaboration interprofessionnelle mise à l'essai, donc déployées comme finalité de recherche (A8 et A9).

*From the initial funding of the HANDOVER Project, the Project's leadership agreed that, in addition to the research activities to meet the investigational aims of the project, there would be a separate set of activities to develop a community for the researchers. In essence we created a 'community of practice' which we named the European Handover Research Consortium. It was designed to assist the researchers involved in the Project define a common purpose, build research teams and engage researchers further in the larger set of research topics, while engendering trust among the team members. (A8)*

*All Kids Count created a community of practice called Connections to bring together 11 state and local public health agencies engaged in child health information system integration projects to learn from each other, capture best practices, and collaboratively address challenges. As demonstrated by All Kids Count Connections, communities of practice can be employed by geographically distributed public health agencies to address complex issues. (A9)*

Enfin, deux autres articles étudient les vidéoconférences et les forums de discussion comme moyens de rassemblement d'une CdeP (A11 et A12). Le tableau XI dresse un portrait synthétique de ces perspectives ou visées des CdeP, telles qu'elles se dégagent de la problématique de chaque article.



Tableau XI

Visée de l'expérience de CdeP annoncée dans le cadre de la problématique

Article	Problématique : visée de l'expérience de CdeP annoncée
	L'amélioration de la qualité des services de soins offerts
A1	Collaboration entre infirmières et hygiénistes dentaires <u>pour la santé dentaires et la qualité des services</u> de soins dentaires eu égard aux personnes <i>seniors</i> .
A2	Développement d'un <u>nouveau service</u> de soins aux personnes victimes d'un AVC par une CdeP experte en la matière.
A4	Développement d'une CdeP afin d'améliorer les compétences et les outils d'apprentissage des dispensateurs de soins dans le but ultime d' <u>améliorer les services aux personnes avec maladies chroniques</u> .
A13	Les bénéfices du réseautage et de la collaboration eu égard à <u>l'amélioration des conditions de vie des personnes aphasiques</u> .
<b>La prévention de la maladie</b>	
A5	Développement d'une CdeP (en ligne) pour la <u>prévention et l'arrêt du tabagisme</u> .
A6	Développement des lignes directrices (guidelines) d'une pratique interdisciplinaire de soins primaires dans le but de <u>prévenir les incapacités à long terme liées aux maux de dos</u> .
A7	Développement de CdeP locales pour favoriser <u>le dépistage (prévention) du cancer dans le but de réduire les disparités à cet égard</u> .
A10	Les CdeP comme formule pour soutenir les infirmières à domicile dans l'étude de leur capacité spontanée, <u>pour l'avancement de leur pratique clinique</u> , de collecter des données (en l'occurrence eu égard au <u>tabagisme durant la maternité</u> ), les traiter, les analyser, les appliquer, les transférer et les communiquer.
<b>La formation sur le terrain</b>	
A3	<u>Formation</u> d'étudiants au sein d'une CdeP interprofessionnelle œuvrant dans une résidence pour personnes âgées.
<b>Un objet de recherche comme tel</b>	
A8	Développement d'une CdeP rassemblant des chercheurs de différents sites <u>parallèlement à leur activité de recherche portant sur le transfert du patient au cours du processus de soins</u> . La CdeP a été conçue pour aider les chercheurs à construire leur équipe de recherche, se définir un projet commun et les amener dans des thématiques de recherche plus larges et ce, en favorisant une relation de confiance entre les membres de l'équipe.

Article	Problématique : visée de l'expérience de CdeP annoncée
	L'amélioration de la qualité des services de soins offerts
A9	<u>Création d'une CdeP qui rassemble 11 agences locales de santé publique engagées dans un projet de développement d'un système d'information sur la santé infantile</u> et qui vise à apprendre les unes des autres, saisir les meilleures pratiques et relever les défis de manière «collaborative».
<b>Les moyens technologiques de rassemblement d'une CdeP comme objet de recherche</b>	
A11	<u>Les vidéoconférences comme mode de rassemblement d'une CdeP multidisciplinaire impliquant des chirurgiens et des oncologues.</u>
A12	<u>Un forum de discussion comme mode de rassemblement d'une CdeP visant à enseigner et à développer les compétences en planification familiale</u> dans des écoles préparatoires situées dans des pays en développement.

### 5.2.2 Les CdeP comme objet de recherche ou comme moyen de parvenir à un objectif

L'expérience de CdeP est au cœur de la problématique de cinq des 13 articles et occupe une position secondaire dans la problématique de huit articles.

Ainsi, l'expérience de CdeP est invoquée dès le titre, le résumé ou l'introduction, puis demeure au cœur du propos de cinq articles (A2, A3, A4, A5 et A10). Dans ces cas, la référence explicite au concept est omniprésente, au cœur de la problématique. Les CdeP sont alors positionnées comme moyen, formule prometteuse de mise en commun pour atteindre un but, l'amélioration des services, la création d'un service, la compilation et le partage de données, la prévention ou le dépistage d'une maladie, la formation sur le terrain de pratique de soins.

Dans le cadre des huit autres articles, les CdeP se positionnent de manière secondaire dans la problématique de recherche. Différents cas de figures se dégagent alors, à savoir :

- ✓ Des références plus nombreuses à des formulations synonymes qu'à la notion même de CdeP :
  - Collaboration interprofessionnelle (A1)
  - *Team* et ses formulations dérivées (A7)
  - *Network* (A13)

- ✓ La CdeP est positionnée d'emblée comme l'approche déployée dans le but de développer des *guidelines* mais cette approche est peu rapportée. Le propos est davantage centrée sur les barrières et facilitateurs à la mise en application des *guidelines* (A6)
- ✓ L'article est centré davantage sur le recours à la vidéoconférence comme outil de mise en commun que sur la CdeP et son processus de mise en commun (A11)
- ✓ L'article est centré sur sa formule à distance, en l'occurrence le forum de discussion comme mode de rassemblement. Ainsi, une fois défini, on ne réfère plus à ce concept de CdeP (A12)

Dans la même veine, nous constatons que dans deux autres articles, la CdeP comme formule de mise en commun n'apparaît pas d'emblée en amorce du projet de recherche mais que son intérêt advient en cours d'expérience sur un autre objet, voire même en fin d'expérience. Nous constatons alors que :

- ✓ La CdeP est conçue pour aider les chercheurs à construire leur équipe de recherche. L'objet d'étude est exclusivement le transfert du patient au cours du processus de soins. Aucune analyse du processus de mise en commun n'est rapportée. Ainsi, le concept de CdeP est annoncé dès l'introduction mais on y revient qu'à la toute fin. (A8)
- ✓ Bien qu'annoncée en introduction, l'expérience est peu documentée. En fait les auteurs nous informent que la CdeP comme formule de mise en commun était inconnue des participants à ce projet et que sa pertinence est apparue en cours de processus et non pas d'emblée. (A9)

### **5.2.3 L'importance accordée aux deux pôles constitutifs d'une CdeP : collaboratif et cognitif**

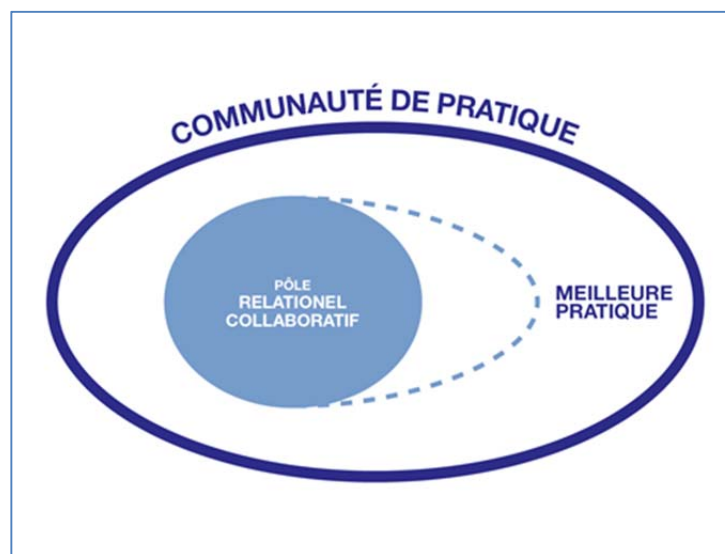
Les pôles collaboratif (ou relationnel) et cognitif qui composent une CdeP ne sont certes pas cloisonnés mais plutôt complémentaires, comme on a pu le voir dans le cadre conceptuel. Néanmoins, il nous est apparu important de vérifier dans quelle mesure l'un est plus présent que l'autre dans les différentes parties constitutives des articles à l'étude.

Ainsi, dans le cadre de la problématique de recherche de chacun des articles – généralement présentée au cœur même du résumé ou en introduction –, nous constatons que l'importance

accordée à chacune des deux dimensions ou pôles constitutifs d'une CdeP est variable. Toutefois, que l'importance soit donnée à l'une ou l'autre des deux dimensions, l'action menée en CdeP est toujours dans la perspective de bonifier la pratique.

▪ **La collaboration dans l'optique d'une pratique bonifiée**

La problématique de 4 articles sur 13 est davantage axée, voire même exclusivement centrée, sur la dimension collaborative des CdeP déployées dans le but d'améliorer la pratique, ce qu'illustre la figure qui suit.



*Figure 18.* Représentation des problématiques qui valorisent le pôle collaboratif des CdeP dans l'optique d'une meilleure pratique.

Dans ces cas, les CdeP représentent la formule pour :

- ✓ Collaborer dans le but de développer un guide de pratique clinique interdisciplinaire (en soins primaires) pour prévenir l'incapacité prolongée suite à des problèmes au bas du dos. (A6)
- ✓ Développer des activités collaboratives formatives dans le but d'augmenter le taux de dépistage du cancer. (A7)
- ✓ Documenter le processus de développement d'une CdeP multisites centrée sur l'amélioration de la pratique de transfert du patient. (A8)

- ✓ Faciliter une collaboration virtuelle (via forums) pour partager les résultats en panification familiale et explorer les défis communs reliés à l'identification et à l'enseignement des « compétences » de bases en la matière. (A12)

▪ **La collaboration qui permet le partage de connaissances en guise de bénéfice**

Dans le cadre des problématiques présentées dans quatre articles, la dimension collaborative domine également et la CdeP s'impose comme une formule qui permet le partage des connaissances, des expériences et des expertises, ce qui offre une alternative au travail en silo, permettant ainsi un changement et une bonification de la pratique. Le pôle cognitif est alors positionné comme une « valeur ajoutée » de la collaboration et, dans certaines de ces problématiques, il advient quasi en guise de bénéfice secondaire. Dans ces cas, le pôle cognitif est plus ou moins explicite, parfois même plutôt tacite et moins formalisé. La figure 19 illustre ce rapport entre les deux dimensions

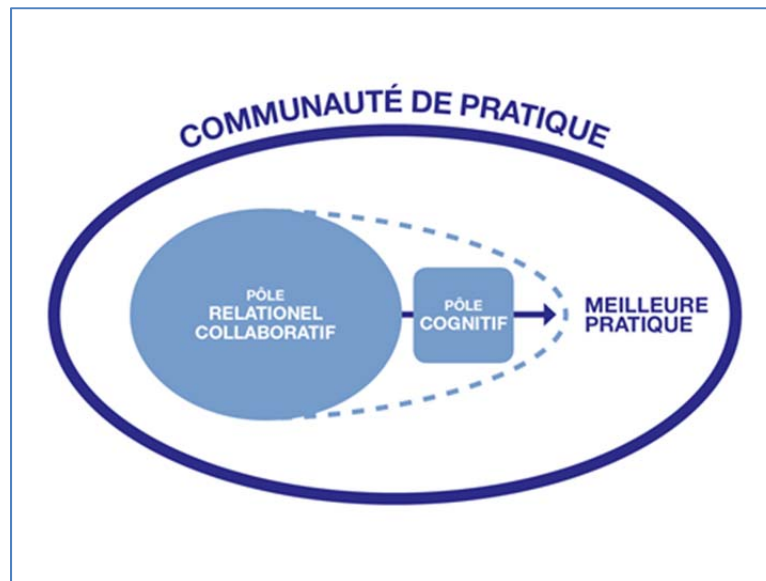


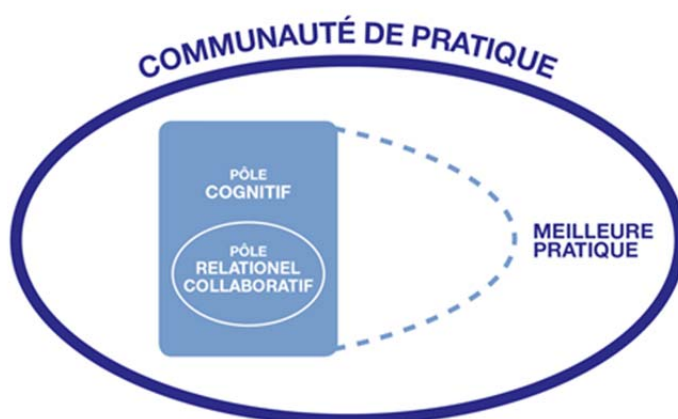
Figure 19. Représentation des problématiques qui valorisent le pôle collaboratif des CdeP comme fondement au partage des connaissances menant à une meilleure pratique.

Ainsi, les idées principales qui émergent des problématiques annoncées dans les articles A1, A2, A3 et A13 mettent de l'avant la collaboration interprofessionnelle presque comme une fin en soi, portant en elle un potentiel partage des connaissances. À titre d'exemple, nous rapportons ici des extraits révélateurs de ce lien entre la collaboration et le partage de connaissances :

- ✓ Cet article présente un processus de collaboration, une CdeP en santé dentaire, qui fait exemple de la synergie qui est créée lorsque des professionnels travaillent ensemble dans un but commun ». Le partenariat interdisciplinaire implique d'être prêt à partager ses connaissances et expertises, à enseigner et à apprendre et, au-dessus de tout ça, rejeter le système de pensée « en silo ». (A1, p. 217-218 traduction libre)
- ✓ L'article met en valeur l'approche collaborative d'une CdeP pour la création d'un nouveau service de soins des AVC. [La problématique insiste sur le fait qu'aujourd'hui], « beaucoup d'emphasis est portée aux savoirs d'experts tels que les guides de pratique [pour les AVC] basés sur la preuve, et une attention insuffisante est donnée au processus nécessaire [la collaboration] pour l'appliquer dans des soins quotidiens. Ce papier porte sur la création d'une CdeP comme moyen pour y arriver ». (A2, p. 91, résumé et traduction libre d'un extrait)
- ✓ La formation interprofessionnelle sur le terrain permet d'offrir aux étudiants des programmes en santé et en service social, une expérience réelle de collaboration dans le but de développer des compétences au travail d'équipe. Cette étude vise à décrire et à analyser l'apprentissage des étudiants eu égard aux soins pour personnes âgées dans le cadre d'une formation professionnelle sur le terrain, et ce, en évaluant la manière dont les étudiants participent aux CdeP sur le terrain. (A3, résumé p.486)
- ✓ Ce papier décrit la valeur ajoutée associée aux réseaux sociaux et aux réseaux académiques pour les chercheurs et les personnes avec incapacité cérébrale acquise. Capitaliser sur ces réseaux peut conduire à des découvertes importantes et innovatrices. Le CCRE (The Clinical Centre of Research Excellence) en réhabilitation de patients aphasiques représente un exemple des bénéfices du réseautage et de la collaboration dans le but d'améliorer les vies des personnes aphasiques. Le CCRE s'appuie sur de multiples perspectives théoriques d'études qui évaluent les risques et le traitement de l'aphasie. Ceci requiert la capacité de construire, le transfert de connaissances et une CdeP pour développer la capacité de recherche. (A13, résumé p. 271)

- **Le transfert de connaissances qui requiert la collaboration pour l'amélioration de la pratique**

La figure 20 montre quant à elle l'importance majeure de la dimension cognitive, c'est-à-dire le partage des connaissances, dans la problématique de 5 articles sur 13. La collaboration est alors une action intrinsèque au partage des connaissances ou à l'apprentissage, un moyen davantage qu'une fin.



*Figure 20.* Représentation des problématiques qui valorisent le pôle cognitif des CdeP, lequel requiert la collaboration en vue d'une meilleure pratique.

Ainsi, dans les textes A4, A5, A9, A10 et A11, le transfert de connaissances est à l'avant-plan et, pour ce faire, la collaboration est essentielle. La collaboration est donc une stratégie pour le transfert de connaissances, comme le laissent entendre ces extraits.

- ✓ Le but du projet d'évaluation était d'établir une CdeP afin d'améliorer les habiletés des praticiens et développer des ressources d'apprentissage et, ainsi, améliorer la livraison de services aux personnes avec incapacités chroniques. La CdeP a été le véhicule pour agir sur l'écart entre les connaissances et compétences des académiciens et des praticiens. La CdeP était composée de 34 académiciens et praticiens et consistait en un forum pour la construction de connaissances collectives qui allait transformer la pratique. (A4, résumé p. 822, traduction libre)

- ✓ Bien que la nécessité d'améliorer le transfert et l'échange des connaissances dans les services de santé et les sciences de la santé a été abondamment mentionnée, l'incompréhension demeure eu égard à la manière dont les innovations se transposent, entraînant des changements dans la recherche et la pratique. (...) Le but de cette rencontre était de rassembler des personnes et des organisations dispersées, rattachées au WATI (Web-assisted tobacco interventions), pour partager les connaissances et explorer les possibilités de la collaboration, développer de meilleures pratiques pour guider la recherche, la pratique et l'activité politique dans ce domaine. (A5, résumé p. 2, traduction libre)
- ✓ All Kids Count a créé une CdeP appelée Connections afin de rassembler 11 agences de santé publiques locales et nationales (étatiques) engagées dans des projets d'intégration d'un système d'information sur la santé de l'enfant et ce, dans le but d'apprendre les unes les autres, identifier les « meilleures » pratiques et relever des défis de manière collaborative. Historiquement, le financement des départements de santé publique locaux et nationaux pour le développement de systèmes d'information en santé infantile était centré sur des maladies spécifiques et cela résultait d'une organisation en silos où des systèmes séparés sont fréquemment incompatibles. (A9, résumé p.S61, traduction libre)
- ✓ (...) CLAHRCs (Collaborations for Leadership in Applied Health Research and Care) a vu le jour dans le but de favoriser le transfert de connaissance entre des chercheurs académiques et des cliniciens et ce, via des collaborations à large échelle entre des universités et des NHS organisations. (...) L'approche pour améliorer la collaboration entre universitaires et cliniciens a été menée via une CdeP. (A10, p.22, traduction libre)
- ✓ Une pratique de soins adaptée aux patients atteint du cancer est déterminée par une gestion multidisciplinaire. (...) La résolution de problème (pôle cognitif) et l'interaction avec les collègues (pôle relationnel) est à la base de la pratique médicale. Ceci est amplifié lorsque plusieurs professionnels sont requis pour assurer un soin optimal. Les discussions avec les collègues en « CdeP » permettent de construire une confiance mutuelle et favorisent l'échange non seulement de la connaissance explicite qui se codifie facilement dans des documents tels que des guidelines, mais (aussi) la connaissance tacite



qui incite l'individu à réfléchir sur sa pratique. Il est maintenant connu que le transfert de connaissances requiert le développement de CdeP. (A11, p. 1-2, traduction du résumé)

Bref, comme l'on a pu voir, la problématique éclaire déjà sur le positionnement des dimensions collaborative et cognitive dans la conception d'une CdeP. La partie suivante présente l'analyse de l'expérience de CdeP déployée et décrite dans chacun des articles (c'est-à-dire la mise en application de cette formule valorisée dans le cadre de la problématique) ainsi que son opérationnalisation, ce qui nous permettra de mieux saisir dans quelle mesure ces expériences présentent un maillage pragmatique et/ou conceptuel.

### **5.3 L'ANALYSE DE LA DESCRIPTION DE L'EXPÉRIENCE MENÉE (MISE EN APPLICATION)**

Dans chacun des articles, l'analyse de la description de l'expérience menée, suite à l'étude minutieuse de la problématique, nous a permis d'y repérer l'ampleur de l'opérationnalisation, c'est-à-dire d'une conceptualisation donnant la rigueur aux intentions. Cette investigation a été réalisée en commençant par le repérage et l'analyse de la définition de la notion de CdeP offerte dans chaque article.

#### **5.3.1 La définition d'une CdeP**

Nous avons d'abord vérifié dans quelle mesure la notion de CdeP est définie d'emblée dans chacun des articles à l'étude et ce, que la CdeP se positionne au centre des visées de l'expérience rapportée ou plutôt de manière secondaire. Comme le révèle le tableau XII, ceci nous a amené à identifier un seul article (A1) qui n'offre pas de définition dans le cadre de sa mise en contexte de l'expérience menée.

Tableau XII

Références littéraires citées dans le cadre de la définition de la notion de CdeP

Articles	Définition de la notion de CdeP Références littéraires citées
A1	Aucune
A12	Murphy 2008 (se rapproche de celle de Wenger 1996)
A2, A4, A7, A8, A9 et A10	Wenger, McDermott et Snyder (2002)
A3, A5, A10, A11 et A13	Wenger (1998)
A5 et A7	Wenger et Snyder (2000)
A6	Wenger (1996)
A4	Wenger (2006)

Cet exercice nous a par ailleurs permis de constater qu'une seule des publications présente une définition du concept de CdeP qui ne s'appuie pas directement sur une référence de Wenger et de ses co-auteurs. Cette définition (A12, p. 1) est attribuée à Murphy (2008) mais elle insiste sur la dimension sociale de la résolution de problème via le partage de connaissances.

*A community of practice (CoP) provides a means of gathering and sharing information. Popular in business, a CoP is an informal, self-selected group of people who share expertise and who are brought together to solve problems and share knowledge. (A12, p. 1)*

Les autres articles (11 articles sur 13) réfèrent à au moins une publication de Wenger et de ses co-auteurs pour définir la CdeP. Pour chacune de ces publications, nous avons repéré les contenus spécifiques auxquels réfèrent les auteurs pour définir ou circonscrire la notion de CdeP.

#### ▪ **Wenger, McDermott et Snyder (2002)**

La référence de Wenger, McDermott et Snyder (2002) paraît la plus inspirante, eu égard à une définition de CdeP. En effet, six des 13 auteurs s'y appuient lorsqu'ils mettent en contexte leur recherche, tandis que quatre invoquent les trois éléments constitutifs et interreliés qui donnent forme à une CdeP : domaine, communauté et pratique, lesquels permettent l'échange de connaissances. Certains insistent sur la perspective sociale de l'apprentissage en CdeP.

*CoPs have three inter-related elements: domain, community and practice (Figure 1). They are rooted in a social theory of learning, hence embedding learning within relationships and social participation. (A2, p. 91)*

Wenger et al. (2002) suggest that CoPs will only be successful if they have three clearly defined elements; Firstly, the domain of interest, which in this case was the care of people with long-term conditions; Secondly, the community, which were the practitioners and academics who had a connection related to the stated domain, and thirdly, practice which refers to the shared knowledge, skills and resources to address problems within the domain. If these are clearly defined then knowledge exchange can occur and be used to address organisational problems. (A4, p. 824)

Figure 1A describes key elements of the LCOP (local community of practice): its domain (area of focus), the community involved, and the activities undertaken (practice). (A7, p. S76)

Communities of practice are characterised by the domain (an identity defined by shared interest, commitment and shared competence), the community (joint activities and discussions to help members of the community and to share information), and the practice (the shared repertoire of resources, experiences, stories and tools). The combination of these three elements – as well as the development of these elements in parallel – creates the community of practice. (A8, p. i23)

Comme nous en avons fait mention dans le cadre théorique, Wenger, McDermott et Snyder (2002) offrent une définition plus explicite (pragmatique de surcroît) de la CdeP que celles que Wenger et ses partenaires avaient fournies jusque-là. D'ailleurs, 2 de ces 6 articles étudiés (A8 et A10) réfèrent directement à cette définition ou s'en inspirent.

*A community of practice is 'a group of people who share a concern, a set of problems or a passion about a particular topic, and who deepen their understanding and knowledge of this area by interacting on an ongoing basis'.* (A8, p. i23)

*CoPs are groups of individuals 'who share a concern, a set of problems or passion about a topic, and who deepen their knowledge and expertise in this area by interacting on an ongoing basis' (Wenger et al, 2002 : 4). They have been used in the business world as an alternative to formal, top-down education and training programmes.* (A10, p. 22)

Par ailleurs, un article (A9) retient l'ancrage très pragmatique de cette publication de 2002.

*Cultivating communities of practice is a knowledge management strategy that has been used in industry, government, and education to support collaborative problem solving and innovation around complex issues or concerns.* (A9, p. S62)

*While not a new concept by any means, with examples of similar professional learning networks seen as far back as the Middle Ages, today, communities of practice are increasingly valued in many sectors for their contribution to peer-to-peer learning, capturing and documenting knowledge, and fostering innovation.* (A9, p. S62)

Enfin, les auteurs d'un article (A8) réfèrent à la fois aux cinq dimensions identifiées par Wenger, McDermott et Snyder (2002) en guise de distinction des CdeP par rapport aux autres formules de travail de groupe ou d'organisations formelles du travail, en plus d'appuyer leur propos sur les sept principes pour maintenir une CdeP.

*According to Wenger and colleagues, a community of practice can be distinguished from formal departments and project teams along the following five dimensions (A8, p. i23)*

- 1) Purpose: to create, expand and exchange knowledge, and to develop individual capabilities;*
- 2) Membership: self-selection based on expertise or passion for the topic;*
- 3) Boundaries: Communities of practice have fuzzy boundaries (in contrast to a business or organisation with distinct boundaries);*
- 4) What holds them together: passion, commitment and identification with the group and its expertise; and,*
- 5) Life cycle: communities of practice evolve and end organically; they last as long as there is relevance to the topic and interest in learning together. (A8, p. i24)*

*Wenger suggests seven principles for cultivating a community of practice: (1) design for evolution, (2) open a dialogue between inside and outside perspectives, (3) invite different levels of participation, (4) develop both public and private community spaces, (5) focus on value, (6) combine familiarity and excitement, and, (7) create a rhythm for the community. (A8, p. i24)*

#### ▪ **Wenger (1998)**

La publication de Wenger (1998) inspire plusieurs des auteurs des articles analysés. En effet, 5 d'entre eux sur 13 y réfèrent et donnent ainsi un ancrage théorique à l'expérience de CdeP menée (A3, A5, A10, A11 et A13). Les propos insistent alors sur le dynamisme d'une CdeP comme formule de travail : une entité non pas fixe mais sans cesse négociée et renégociée, le changement d'identité au gré de l'apprentissage, la participation légitime et le positionnement en périphérie, l'échange de connaissances explicites et tacites. L'ancrage social de l'apprentissage y est omniprésent.

*A community of practice is constituted by the relations and activities involved (Wenger, 1998). It is not a fixed entity but is continually negotiated and renegotiated by the members of the community. For the newcomer, learning in a community of practice is about changing identity. The learning implies that the learner has legitimate access to the community. The learner progresses from having the identity of a participant on the periphery to having that of a more experienced participant, a full member of the community. Identity, in this sense, is about ways of being and modes of belonging in the community of practice (Wenger, 1998). (A3, p. 487)*

Communities of Practice derive from a 'theory of learning that starts with the assumption that engagement in social practice is the fundamental principle by which we learn and so become who we are' (Wenger, 1998, p. 45). (A13, p. 274)

Discussions with colleagues in "communities of practice" build mutual trust and foster the exchange of not only explicit knowledge that is easily codified in documents such as guidelines, but tacit knowledge, which prompts the individual to reflect upon their practice. (1998). (A11, p. 2)

Communities of practice are the different socio-cultural practices people are engaged in, for example at school or, as in this study, on an interprofessional training ward. A community of practice is constituted by the relations and activities involved (Wenger, 1998). (A3, p. 487)

Une nouvelle vision est attribuée à Wenger dans cette publication. Ainsi, un article (A10) insiste sur le fait que Wenger présente ici les CdeP comme pouvant être guidées et encouragées par les dirigeants (supérieurs) plutôt que des entités *bottom-up* qui se développent naturellement.

Wenger's (1998) initial formulation of CoPs saw them as bottom-up, organic entities that developed naturally from people concerned with the same issues. He later proposed that CoPs can be actively guided and nurtured (Wenger, 1998). (A10, p. 23)

Enfin, deux références (A5 et A7) recourent à Wenger et Snyder (2000) pour camper leur rhétorique. L'une et l'autre insistent sur la participation volontaire et l'une d'entre elles insiste également sur l'auto-gestion des CdeP, ce qui repose sur des intérêts communs et des visions partagées.

The RCC therefore formed an LCOP (local community of practice) around each FQHC (Federally Qualified Health Center) (Fig. 1) – voluntary groups of people who learned and worked together on issues of shared interest or concern. (A7, p. S76)

Communities of practice are self-organized, voluntary, focused collectives of people and organizations who work toward common understanding on a given issue. Communities of practice use resources efficiently, help drive strategy, elucidate and transfer best practices, cultivate partnerships, develop professional skills, and promote rapid dissemination of knowledge within teams and groups with a common purpose. The CoP approach is consistent with systems thinking in that it encourages self-organization and is suited a transorganizational structure that lacks a centralized command. (A5, p.3)

- **Wenger (1996, 2006)**

Deux articles réfèrent par ailleurs à des publications de Wenger de 1996 et de 2006. Ces références invoquent le processus d'apprentissage social ou collectif en CdeP et le domaine partagé ou le partage des idées.

*It is a process of social learning that occurs when people with a common interest collaborate over an extended period to share ideas, solve problems, and create knowledge, such as practice guidelines. (A6, p. 2)*

*As Wenger (2006) points out: 'Communities of practice are formed by people who engage in a process of collective learning in a shared domain of human endeavor'. (A4, p. 824)*

Pour terminer, force est de constater que cette analyse de la définition de la notion de CdeP montre un ancrage théorique ou conceptuel plus ou moins développé. En effet, moins de la moitié des publications (5/13) présentent une définition étayée et opérationnalisée (A3, A4, A7, A8 et A10) alors que les autres offrent une définition brève ou peu opérationnalisée (A1, A2, A5, A6, A9, A11, A12 et A13).

### **5.3.2 L'opérationnalisation ou conceptualisation de l'expérience menée**

La description de l'expérience de CdeP menée s'appuie somme toute sur un éclairage conceptuel circonscrit. Ainsi, outre la définition du concept CdeP, les auteurs conceptualisent peu la mise en application de cette formule de mise en commun. Le tableau XIII répertorie les principaux concepts ou vocables opérationnels qui appuient la description de l'expérience de CdeP. On y voit que 9 articles sur 13 décrivent l'expérience menée en s'appuyant sur quatre concepts (ou vocables opérationnels) ou moins. Soulignons que pour la quasi-totalité des articles nous y repérons le chevauchement des deux pôles constitutifs de cette notion (collaboratif-relationnel, cognitif).

Tableau XIII

*Principaux concepts sur lesquels s'appuient les articles consacrés à la description de l'expérience de CdeP*

Articles	Concepts repérés
A1	Collaboration - Collaboration interprofessionnelle - Pratique collaborative <i>Synergy</i> <i>Knowledge exchange network</i>
A2	<i>Evidence-based practice</i> <i>Collective identity</i> <i>Shared identity</i> <i>'Social fabric of learning - Social capital</i> <i>Domain, community and practice</i> (notions très étayées, appuyées sur les travaux de Wenger)
A3	<i>Identity</i> <i>Periphery - Peripheral participation - Legitimate (access)</i>
A4	<i>Chronic care model - Innovative care for Chronic Conditions Model</i> <i>Kaiser Pyramid</i> <i>Leadership support</i> <i>Domain, community and practice</i>
A5	<i>Self-organisation</i> <i>Complexity theory</i>
A6	<i>Tacit and scientific knowledge</i> <i>Complex system</i>
A7	<i>Chronic care Model</i> <i>Self-management support</i> <i>Plan/Do/Study/Act (PDSA) Model</i> <i>Domain, community and practice</i>
A8	<i>Domain, community and practice</i>
A9	<i>Knowledge management strategy</i> <i>Support collaborative problem solving and innovation</i> <i>Interactions modes</i> <i>Collaborative Connections activities</i>
A10	<i>Collaborative learning networks</i> <i>Bottom-up, peer-led approach</i> <i>Introduce research evidence into clinical practice</i> <i>Knowledge manage</i> <i>Analyst</i> <i>Programme manager</i>

Articles	Concepts repérés
11	<i>Development of learning communities</i> <i>Exchange of knowledge related to cancer</i> <i>Explicit and tacit knowledge</i> <i>Knowledge transfer</i> <i>Legitimizing participation</i>
A12	Compétence (définition)
A13	<i>Accessible guidelines</i> <i>Research findings translated</i> <i>Learning through social engagement</i> <i>Bring together practitioners and researchers for a common purpose</i> <i>Framework for translating research evidence into practice</i> <i>Knowledge translation cycle</i> <i>Large-scale collaborations relies on trust, goodwill, generosity and a common purpose</i> <i>Translation of our research into practice</i>

Ainsi, outre les notions de collaboration, d'interprofessionnalité et de connaissances (échange, gestion), les articles sont peu nombreux à partager un (même) cadre conceptuel. En effet, dans le cadre de la description de l'expérience menée, rarement plus de deux articles se rejoignent autour d'un concept. Par exemple :

- ✓ 2 articles abordent la question d'*identité* (professionnelle) (A2 et A3)
- ✓ 2 articles recourent au concept de *périphérie* ou de *participation légitimée* (A3 et A11)
- ✓ 2 articles réfèrent au *Chronic care model* (A4 et A7)
- ✓ 4 articles réfèrent aux concepts : domaine, community and practice (A2, A4, A7 et A8)
- ✓ 2 articles recourent aux concepts *complexity theory* ou *complex system* (A5 et A6)
- ✓ 2 articles réfèrent aux *connaissances tacites* (A6 et A11)

### 5.3.3 L'importance accordée aux deux pôles constitutifs d'une CdeP : collaboratif (ou relationnel) et cognitif

Dans la section des articles qui décrit et opérationnalise l'expérience de recherche, nous constatons que la dimension relationnelle colore moins les propos que dans le cas de l'exposition de la problématique, où huit articles sur 13 en faisaient le principal pilier de l'expérience de CdeP menée.



Le tableau XIV rappelle l'accent dominant eu égard aux deux dimensions (relationnelle et cognitive) dans cette partie des articles (description et opérationnalisation de l'expérience menée). Les zones de couleur bleue foncée soulignent l'insistance d'une dimension (grande fréquence) dans l'opérationnalisation et les zones bleues pâles dénotent une importance moindre mais tout de même remarquable.

Tableau XIV

*Importance accordée aux pôles relationnel (ou collaboratif) et cognitif (connaissances) ainsi que l'emphase mise sur l'expérience pratique dans la description et l'opérationnalisation de la CdeP*

Articles	Expérience pratique (F=1/M=4)	Pôle relationnel		Fusion relation + cognition F=4/M=9	Pôle cognitif	
		Relation F=4/M=2	Relation + pratique F=2/M=2		Cognition F=2/M=1	Connaissance + Pratique F=1/N=7
A1						
A2						
A3						
A4						
A5						
A6						
A7						
A8						
A9						
A10						
A11						
A12						
A13						

Nous voyons que tous les articles décrivent leur expérience de CdeP en référant à la fusion des pôles cognitif et relationnel. En effet, 4 articles sur 13 y réfèrent fréquemment (A3, A7 A12 et A13) et 9 y font allusion de manière notable (A1, A2, A4, A5, A6, A8, A9, A10 et A11). Plusieurs articles paraissent même centrer leur opérationnalisation exclusivement ou presque exclusivement sur cette fusion des deux dimensions sans les invoquer séparément ou très peu (A5, A6, A8, A9 et A11). Le tableau XIII nous amène aussi à constater que, nonobstant les propos qui fusionnent les deux dimensions, trois autres articles (A4, A12 et A13) présentent une rhétorique qui va d'un pôle à l'autre, de manière complémentaire pourrait-on dire. Ainsi, comme l'illustre la figure 21, dans cette partie des articles qui

opérationnalise l'expérience de CdeP déployée, huit articles sur 13 insistent sur la fusion ou la complémentarité des deux dimensions.

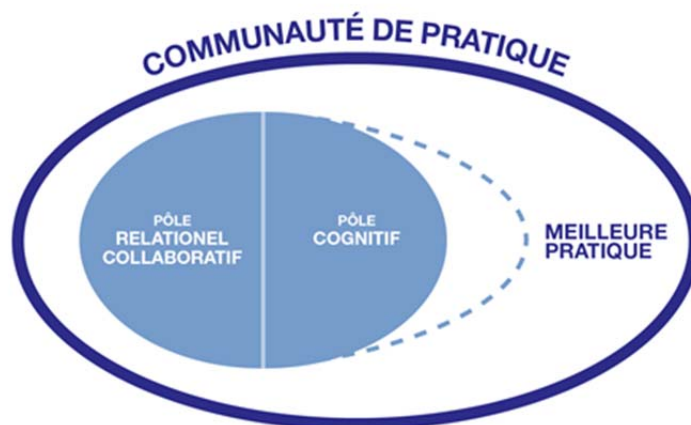


Figure 21. Opérationnalisation de l'expérience : fusion ou complémentarité des pôles relationnel et cognitif.

Les extraits qui suivent mettent en évidence cette concomitance des deux dimensions dans les propos des auteurs et l'annexe 4 en présente une compilation exhaustive.

*More recently, the Canadian Dental Association Committee on Clinical and Scientific Affairs emphasized that quality dental and oral care services for seniors be available across the continuum through an interdisciplinary approach to care that includes the sharing of information and expertise between oral health care providers, primary care providers, dieticians, social workers, and other health care providers.* (A1, p. 217)

*A case study design was chosen to study learning on the ward within its socio-cultural context.* (A3, p. 488)

*The project sought to foster the partnership by establishing a Community of Practice (CoP) that would be the vehicle for structured knowledge exchange between all participants.* (A7, p. 823)

*The evaluation had three aims: 1) to assess the impact of a mixed-method, interactive approach to education and KTE (knowledge transfer and exchange) on collaborative activity, 2) to provide an empirical foundation to guide the development of a CoP within this group, and 3) to pilot the implementation of a novel, systems-oriented approach to evaluating KTE using combined evaluation and social networking methodologies.* (A5, p. 3)

*In doing so (a bottom-up, peer-led approach) the project aimed to demonstrate how this approach could also introduce research evidence into clinical practice and*

facilitate the dissemination of this through collaboration between academics and clinicians via the CoP. (A10, p. 22)

[...] that community of practice actually is an umbrella term for a number of different organisational groupings that are characterised by the support for formal and informal interaction between novices and experts, the emphasis on learning and sharing knowledge, and the investment to foster a sense of belonging among members. (A8, i24)

The interactions were structured-responsibility for hosting the face-to-face meetings was shared by the participating countries, meetings included working sessions as well as knowledge transfer sessions, serious games were used to build team cohesiveness, and group members became comfortable with the rituals that evolved over the life of the project. (A8, p. i24)

The GAPS CoP facilitated a virtual collaboration among educators from around the world to share relevant issues and explore common challenges associated with identifying and teaching FP core competencies. (A12, p. 2)

This model builds communities across different locations, fosters connections between researchers and the broader community, and attends to the need for learning through social engagement. (A13, p. 274)

Tout compte fait, comme on peut le voir au tableau XIII, bien que seulement trois articles sur 13 insistent davantage sur la dimension relationnelle lorsque les deux dimensions sont évoquées séparément (A1, A2 et A3), les commentaires sont somme toute assez nombreux à valoriser cette dimension. L'annexe 4 présente une compilation plus dense d'extraits dont ceux-ci font partie.

*Interprofessional team projects presented the chance to get to know each other through actions other than direct patient care. Projects included creating a local stroke booklet, developing interprofessional patient records and organizing a Charity Ball.* (A2, p. 94)

*An interprofessional training ward is a care unit in health and social care where students from different educational programmes work together during their clinical training in order to develop their own professional identity as well as the ability to collaborate in a team.* (A3, p. 487)

*The “workforce” included not just clinical practitioners but also academics who often worked in traditional silos based on old service models.* (A4, p. 823)

*The faculty carried out a variation on the train-the-trainer model of education in the cancer collaborative process. Instead of a top-down training cascade, a collaborative exchange of expertise was used.* (A7, p. S76)

*Evaluators of CoPs have noted that discussion within a CoP tends to be less constrained than discussions generated by more conventional methods, allowing for creative and novel solutions to old problems.* (A12, p. 1)

*Clearly, there is significant support at the systems level for partnerships and interprofessional collaboration, which includes a concomitant requirement for professionals to move beyond their individual “silos” and work together for the overall benefit of the patients and communities we serve. (A1, p. 217)*

*The CHSRF emphasizes that the ability to work with professionals from other disciplines to deliver collaborative patient centred care is considered a critical element of professional practice. (A1, p. 217-218)*

*Clinical projects involving major service redesign require managerial assistance for success and sustainability. (A2, p. 94)*

*The teams conducted PDSA cycles, organized their care, and implemented changes. (A7, p. S78)*

*The national scope of the CCRE (Clinical Centre of Research Excellence) research programme, its partnership with health service providers and consumers, and its extension across the continuum of care requires a critical mass of experienced researchers in aphasia and health services across multiple sites. (A13, p. 273)*

En fait, il s'avère que plusieurs argumentaires qui se rapportent au pôle relationnel sont invoqués dans l'optique d'une pratique de soins bonifiée. Ainsi, la mise en commun, le décloisonnement des expertises, la nécessité d'aller au-delà du travail en silos, la prise en compte de tous les niveaux hiérarchiques, la synergie des professionnels qui travaillent dans un but commun, celui de la « collaboration », sont (textuellement) au cœur des propos. Une compilation exhaustive de passages invoquant ces thématiques est présentée à l'annexe 4. Les extraits suivants (en traduction libre), mettent bien en évidence la valorisation du décloisonnement professionnel via les CdeP.

- ✓ Une pratique (aujourd'hui) caractérisée par l'expertise, la spécialisation versus une pratique holistique. (A1)
- ✓ L'impératif d'aller au-delà du travail en silos et de travailler ensemble pour le bénéfice du patient et de la communauté. (A1)
- ✓ Le système de santé sépare souvent les dispensateurs de soins plutôt que de favoriser la collaboration, une pratique interprofessionnelle. (A1)
- ✓ La (nécessaire) collaboration basée sur une confiance mutuelle, la générosité et un but commun. (A13)
- ✓ Les évaluateurs des CdeP ont noté que la discussion tend à y être moins contraignante, permettant davantage de créativité et de nouvelles solutions à de « vieux problèmes » que lorsque la discussion est générée via des méthodes traditionnelles. (A12)

- ✓ La prise en compte de tous les niveaux hiérarchiques (en référence à la Pyramide de Kaiser). (A4)
- ✓ Un échange collaboratif des expertises plutôt qu'une formation en cascade du genre « *top-down* » (*top-down training cascade*) (en oncologie). (A7)
- ✓ L'engagement en CdeP qui est dépendant de l'identité construite dans l'engagement dans le travail, lequel est déterminé par les opportunités offertes, permises. (A3)
- ✓ La CdeP comme exemple de la synergie des professionnels qui travaillent dans un but commun. (A1)
- ✓ La collaboration interprofessionnelle : un processus à travers lequel différents groupes professionnels travaillent ensemble dans le but de créer un impact positif sur les soins de santé. (A1)
- ✓ Une formation interprofessionnelle « sur le plancher » représente une unité de soins sur les plans physique et social, où des étudiants de différents programmes travaillent ensemble durant leur formation clinique afin de développer leur propre identité professionnelle aussi bien que leur habileté à collaborer dans une équipe. (A3)
- ✓ La « force au travail » inclue non seulement des praticiens cliniques mais aussi des académiciens qui travaillent souvent « en silo » (basés sur un anciens modèle). (A4)

Enfin, le tableau XIV nous amène aussi au constat que lorsque les deux dimensions sont invoquées séparément pour décrire et opérationnaliser l'expérience menée, seulement 2 articles sur 13 insistent davantage sur la dimension cognitive. Les extraits qui mettent en évidence cette dimension sont la plupart du temps invoqués dans la perspective de la pratique, comme cela était le cas dans le cadre de l'exposition de la problématique. L'annexe 4 présente également une compilation exhaustive de passages qui mettent en évidence la prééminence de la dimension cognitive et en voici des exemples éloquentes.

*The teams also implemented specific care activities they thought would increase their screening rates based on evidence and the face validity of the work.* (A7, p. S76)

*This case study describes the process and outcome of GAPS and discusses the major issues that the CoP identified in teaching and learning FP (family planning) competencies in low-resource settings.* (A12, p. 2)

*The International Affairs and Best Practice Guidelines Program is a signature program of the RNAO. Since 1999, with funding from the Ministry of Health and Long Term Care, it has focused on the development, dissemination, implementation,*

*and evaluation of clinical and healthy work environment best practice guidelines in order to support evidence based nursing practice.* (A1, p. 218)

*SU (stroke unit) development processes thereby promoted experiential learning opportunities, facilitated personal growth of knowledge and skills and helped embed this way of working into everyday practice.* (A2, p. 94)

*The aim was to enhance the skills of the current workforce and develop learning resources to improve service delivery for people with long-term conditions.* (A4, p. 423)

*National faculty worked with the regional faculty to enable process leaders and their teams to use information systems, evaluate care process, and implement changes at local primary care clinics.* (A7, p. S76)

*Competency as a health care provider requires knowledge acquisition in the classroom, practice in the skills lab and application of knowledge, skills and professional behaviour in the clinical practice setting. Producing competent health providers requires a competency-based curriculum and competency-focused assessment techniques.* (A12, p. 2)

*One of the key goals of the CCRE is to ensure that research findings are translated into clinically useful and practical resources for clinicians, families and community agencies.* (A13, p. 274)

Pour conclure disons qu'une fois la problématique exposée, les auteurs se centrent surtout sur la fusion des deux dimensions relationnelle et cognitive lorsqu'ils décrivent l'expérience de CdeP déployée. Néanmoins, la dimension relationnelle paraît demeurer au cœur du paradigme ultime des CdeP centré sur la bonification de la pratique.

#### **5.4 L'ANALYSE DES RÉSULTATS ASSOCIÉS À L'EXPÉRIENCE DE CdeP**

L'analyse de la section des articles qui présente et discute les résultats de l'expérience de CdeP menée, nous permet d'identifier dans quelle mesure les auteurs inscrivent ces résultats dans un cadre conceptuel ou théorique. Ce contexte nous permet aussi de vérifier s'ils associent ces résultats à la dimension relationnelle ou cognitive ou aux deux dimensions fusionnées.

##### **5.4.1 La conceptualisation des résultats rapportés**

Nous constatons que la conceptualisation des résultats rapportés est (encore) moins grande que dans le cadre de la description de l'expérience menée. Les passages davantage conceptualisés

reprennent presque toujours la conceptualisation avancée dans la section consacrée à la description de l'expérience menée. Seulement deux articles commentent les résultats obtenus en recourant à une nouvelle conceptualisation (A5 et A8), comme le met en évidence le tableau qui suit.

Tableau XV

*Articles qui recourent à une conceptualisation différente dans la section qui présente les résultats et qui décrit l'expérience menée*

<b>Conceptualisation Résultats commentés</b>	<b>Conceptualisation Description de l'expérience</b>	<b>Article</b>
<i>CdeP self-organise</i> <i>Self-efficacy</i> (Wenger, 1998; Wenger et Snyder, 2000)	<i>Self-organisation</i>	A5
Participation périphérique légitimée		
Cinq phases de développement d'une CdeP (Wenger <i>et al.</i> , 2002)	<i>Complexity theory</i>	
Cinq dimensions d'une CdeP (Wenger, McDermott et Snyder, 2002) Sept principes pour cultiver une CdeP (Wenger, McDermott et Snyder, 2002)	<i>Domain, community and practice</i>	A8

#### 5.4.2 L'importance des dimensions relationnelle et cognitive dans les résultats

L'impact de l'expérience de CdeP, sur la pratique comme telle, occupe une place fondamentale dans les résultats rapportés. Ainsi, comme le montre le tableau XVI, les articles sont nombreux à référer à l'expérience pratique ainsi qu'à la dimension relationnelle axée sur la pratique et à la dimension cognitive axée sur la pratique (8/13 : A2, A3, A4, A7, A8, A9, A10 et A12).

Ce tableau révèle également que les articles sont plus nombreux à appuyer davantage (voir les cases bleu foncé) leur analyse de l'expérience menée sur le pôle relationnel (4/13 : A2, A3, A5 et A9) que sur le pôle cognitif (1/13 : A12).

Tableau XVI

*Importance des pôles relationnel (ou collaboratif) et cognitif et emphase mise sur l'expérience pratique dans les articles traitant de l'expérience de CdeP*

Articles	Expérience pratique	Pôle relationnel		Fusion relation + cognition	Pôle cognitif	
		Relation	Relation + expérience pratique		Cognition	Connaissance + pratique
A1						
A2						
A3						
A4						
A5						
A6						
A7						
A8						
A9						
A10						
A11						
A12						
A13						

Le tableau XVII, qui suit, présente quelques extraits éloquentes eu égard à chacune des deux dimensions et à la pratique comme notion omniprésente. Soulignons que ces extraits se retrouvent dans l'annexe 5 qui en offre une compilation exhaustive.

Tableau XVII

*Extraits des articles rassemblés selon l'importance qu'ils accordent aux dimensions cognitive ou relationnelle dans les résultats de l'expérience de CdeP*

Articles	Analyse des résultats de l'expérience de CdeP
	Dimensions valorisées
Centrée sur l'expérience pratique	
A4	<i>Participants found a well-facilitated CoP to be a supportive and effective vehicle for helping a workforce change process. (p. 822)</i>
A7	<i>Overall, colorectal cancer screening rates have improved, although trends have differed across the 4 organizations, with 3 sites showing improvements and 1 site's rates appearing to drop (Fig. 2). (p. S81)</i>
A12	<i>More challenges than best practices were identified. (p. 5)</i>



<b>Analyse des résultats de l'expérience de CdeP</b>	
<b>Dimensions valorisées</b>	
A7	<i>Engage community resources to create a Local Community of Practice (LCOP) focused on improving local screening rates and cancer care capabilities. (p. S76)</i>
<b>Centrée sur la dimension relationnelle (collaborative)</b>	
A9	<i>Social events were carefully planned to facilitate informal conversations between members. (p. S63)</i>
A9	<i>Members felt their contributions to discussions were sufficiently valued and acknowledged. (p. S64)</i>
A10	<i>The findings of the CoP emphasised the importance of cross-discipline communication and collaboration. (p. 22)</i>
A2	<i>Initially difficult to persuade staff to take time away from patients, this became a protected slot when staff saw achievements from having time for service development. (p. 94)</i>
A12	<i>Despite the activity and high membership, there were many silent members. (p. 5)</i>
A6	<i>The community was dynamic throughout the process, and very few motivating strategies were initiated by the project team. (p. 6)</i>
A5	<i>In this study, we discovered that many potential members of this community were identified as not present at the meeting. If a representative community is to be established, these individuals on the periphery of the network need to be engaged in the CoP initiative. (p. 9)</i>
A12	<i>Creating teams of students, enhancing appreciation of roles and team work in the workplace. (p. 4)</i>
A2	<i>Practice activities presented ways to connect community members in pursuit of delivering best stroke care. (p. 95)</i>
A9	<i>All Kids Count captured and integrated best practices, challenges, and solutions gleaned from the conference calls, ConnectionsZone, and the list-serve, disseminating the results within the Connections community. (p. S63)</i>
<b>Centrée sur la dimension cognitive (connaissances)</b>	
A1	<i>The best practice guideline and related resources can be used as evidence based tools to support the integration of oral health care within nursing practice. (p. 220)</i>
A11	<i>[...] who agreed that videoconferencing could facilitate the development of learning communities for improved exchange of knowledge related to cancer, particularly in remote regions of the province. (p. 3)</i>

<b>Analyse des résultats de l'expérience de CdeP</b>	
<b>Dimensions valorisées</b>	
A2	<i>For example, the team documentation was more than a record of patient information; reading other entries stimulated staff questions, thus creating learning opportunities. (p. 95)</i>
A9	<i>New knowledge about the application of data quality or data de-duplication techniques was generated and applied as a result of the learning that took place in Connections. (p. S64)</i>
A2	<i>Thus learning had a transformational effect beyond improving the individual knowledge base: "learning transforms who we are and what we can do, it is an experience of identity, a process of becoming" (Wenger, 1998, p. 215). (p. 96)</i>
A2	<i>It focussed formal learning and the evolving common body of knowledge. Bringing staff together in the domain was the starting point for the CoP. (p. 95)</i>
<b>Centrée sur l'expérience pratique + la dimension cognitive (connaissances)</b>	
A13	<i>One of the key goals of the CCRE is to ensure that research findings are translated into clinically useful and practical resources for clinicians, families and community agencies.</i>
A12	<i>Teaching and measuring the acquisition of "attitudes" as compared to more concrete knowledge and skills. (p. 4)</i>
A4	<i>Participants became more conversant with integrated models of care and identified and addressed gaps in knowledge and skills including real world complexity to reduce escalation of care. (p. 822)</i>
A2	<i>The theme Developing practice-based knowledge and skills in stroke showed accumulation of stroke knowledge was instrumental in staff developing a sense of practice expertise. Practical knowledge involves what we know, what we do, and how we act (Gustavsson, 2004). (p. 95)</i>
A2	<i>This was significant; if one profession within a team lacks expertise, it can adversely affect their participation with other team members filling gaps (Anstey, 2003). (p. 96)</i>
A2	<i>Creating an identity through the stroke domain contributed to the growing sense of practice expertise in staff, especially for nurses. Until nurses had sufficient specialist skills and knowledge they were not able to play a full role in the community. (p. 96)</i>
<b>Centrée sur la fusion des deux dimensions (relationnelle + cognitive)</b>	
A2	<i>This sense of knowing about practice can be developed and refined in CoPs, where shared understanding is core (Abrandt Dahlgren et al., 2004). (p. 95)</i>

Articles	Analyse des résultats de l'expérience de CdeP Dimensions valorisées
A1	<i>A recent study by Gaboury et al. noted that constant knowledge exchange was found to be a factor that characterized effective interprofessional teamwork. (p. 220)</i>
A2	<i>Operational infrastructure activities shown in Table I promoted a shared language, further strengthening the concept of learning as a social process. (p. 96)</i>

En guise de récapitulatif, soulignons que dans le cadre des articles analysés, la problématique insistait davantage sur le pôle relationnel, puis la présentation de l'expérience menée était centrée sur la fusion des pôles collaboratif et cognitif et voilà que, pour finir, l'analyse des résultats fait un retour à la dimension relationnelle qui est davantage commentée, bien sûr sans exclure totalement la dimension cognitive.

Les résultats rapportés nous amènent à penser que peu importe si l'expérience de CdeP représente un moyen ou une fin en soi, son déploiement s'avère déterminant quant aux effets sur la pratique. Ainsi, la collaboration favorise le transfert et l'échange de connaissance entre les membres et, de là, advient une possible transposition des connaissances qui influe sur la pratique.

Dans les pages à venir, nous verrons que les retombées attribuées à l'expérience de CdeP de même que les obstacles rencontrés sont davantage associés au pôle relationnel.

### **5.4.3 Les prérequis à une expérience de CdeP réussie**

Nous constatons que les résultats rapportés amènent les auteurs à faire un retour sur l'expérience et à identifier des éléments qui leur apparaissent déterminants et qui s'imposent comme des prérequis à une expérience de CdeP réussie. Une compilation exhaustive d'extraits mettant de l'avant chacun de ces prérequis se retrouve à l'annexe 6. Nous présentons ici des extraits éloquentes, eu égard aux facteurs déterminants d'une expérience de CdeP réussie. Une fois de plus, soulignons que ces déterminants se rapportent exclusivement au pôle relationnel.

- **Guider et soutenir la formation de la CdeP**

Deux articles réfèrent à l'importance de guider et de soutenir la formation de la CdeP et, par la suite, soutenir le processus d'échange de connaissances afin de créer un environnement de collaboration mieux préparé, mieux (in)formé.

*With limited funding, more emphasis will have to be placed on developing a framework for the community, prior to implementation.* (A9, p. S65)

*Guiding KTE (knowledge transfer and exchange) planning through blending data and theory can create more informed transdisciplinary and trans-sectoral collaboration environments.* (A5, p. 1)

- **Former une équipe avant la collaboration puis favoriser l'interaction**

Trois articles invoquent l'importance de former une équipe avant le déploiement des activités collaboratives et de favoriser l'interaction. Ces articles insistent sur le fait de miser sur le pendant social, relationnel avant et pendant les activités collaboratives.

*Success of the HANDOVER Project was facilitated by building the project on pre-existing relationships among the site investigators who then assembled a team including faculty, research coordinators, patients and PhD research candidates.* (A8, p. i27)

*It could be argued that stakeholder involvement was restrictive, because participants were not involved from the start during the initial elaboration of the guideline recommendations. However, the interdisciplinary project team responsible for this initial elaboration was assembled in order to represent different clinical, academic, and research views.* (A6, p. 6)

*[...] just being relocated together did not achieve team-working; as identified by early interprofessional disputes and territorial practices, particularly between nurses and physiotherapists. Attention was needed to build a team before people could work together collaboratively.* (A2, p. 94)

- **Reconnaître et soutenir la collaboration**

Quelques articles (4/13) stipulent que la collaboration entre les membres de la CdeP doit être reconnue et soutenue, que sa valorisation doit être constante et que, pour ce faire, le soutien de l'organisation d'appartenance, notamment celui des gestionnaires, doit être démontré. Certains précisent toutefois que la vitalité à long terme de la CdeP (son espérance de vie dirions-nous) repose sur les membres eux-mêmes.

*Aspects that were not anticipated include the need to pay attention to building and maintaining the team and its identity, valuing diversity and celebrating successes.* (A2, p. 96)

*CoPs require external support while in development in order to succeed.* (A12, p. 6)

*An interprofessional stroke committee was convened, combining senior management and SU (stroke unit) clinicians. This became a medium to influence strategy and strategically linked the SU horizontally and vertically within the organization. (A2, p. 95)*

#### ▪ **Un but partagé qui motive un projet commun**

Quatre articles insistent sur l'importance que l'équipe soit motivée par un projet commun dont le but est partagé, ce qui favorise un engagement propice à un apprentissage ultime.

*[...] involvement in developing the SU (stroke unit) and enthusiasm generated by being part of an improvement initiative helped drive plans into action.* (A2, p.95)

*Data illustrating both the shape and size of the WATI network as well as member's interests and commitment to KTE, when shared and used to frame action steps, can positively influence the motivation to collaborate and create communities of practice. (A5, p. 1)*

*The participation needs to be seen as relevant to the learning trajectory for all involved. This means that the planning and choice of setting is crucial when implementing interprofessional education on a training ward.* (A3, p. 496)

*CoPs can form naturally around areas of common interest. Their formation can also be facilitated and their attention directed towards topics of special interest.* (A10, p. 25)

#### ▪ **L'attribution de rôles déterminants, en plus de la participation de gestionnaires**

Six articles réfèrent à l'importance d'attribuer des rôles aux membres qui assument des responsabilités d'organisation ou de gestion déterminantes eu égard à la portée de la collaboration déployée. Différents rôles sont alors mentionnés : facilitateur, coordonnateur, leader, gestionnaire de projet, gestionnaire de connaissances. Dans la même intention, l'implication d'un gestionnaire de l'établissement est valorisée.

*The CoP came together on four occasions and at these events the role of the facilitator was to agree the rules of participation, encourage communication and clarify expectations. (A4, p. 825)*

*The moderator ensured full exploration of each forum topic. (A12, p. 5)*

*Having managers in the stroke community strengthened links between organizational levels, extended the shared meaning of best stroke care in the Trust whilst reducing*

*perceived distance between management and clinicians, it also flattened the local hierarchy (Coghlan & Brannick, 2005). (A2, p. 95)*

*The care process leaders, who worked with the primary care teams and administrative personnel, were identified as respected opinion leaders with sufficient authority within the administrative structure to manage change. (A7, p. S75)*

#### ▪ **Reconnaître et dépasser les différences eu égard aux profils des participants**

L'importance de planifier le travail de la CdeP et de le réaliser en dépassant les frontières professionnelles est aussi formulée. Pour ce faire, le caractère essentiel d'un langage commun est invoqué. La nécessité de reconnaître les différences et de miser ensuite sur elles (l'éloge de la différence pourrait-on dire) est également mentionnée lorsqu'il s'agit de CdeP multisites (2 articles sur 13).

*While each researcher collected data in their local settings using their native language, we required a common language for coding and analysis (just as we needed a common language for our face-to-face meetings) to facilitate the sharing of information across sites and to disseminate our research findings to wider audiences. (A8, p. i25)*

*[...] plan and work together across professional boundaries. (A2, p. 96)*

*Although not commonly discussed in reports of large research projects, there is an underlying, concurrent stream of activities to develop a cohesive team that trusts and respects one another's skills and that engage independent researchers in a group process that contributes to achieving study goals. (A8, p. i22)*

*Explicit planning for decision-making processes to be used throughout the project, acknowledging the differences among the study settings and ensuring that protocols capitalise on these differences, and recruiting a strong research team were essential elements for success. (A8, p. i22)*

#### ▪ **Des relations hiérarchiques abolies : la diversité de profils professionnels dans une CdeP « égalitaire »**

Deux articles valorisent la diversité des profils professionnels rassemblés et l'implication de gestionnaires ou d'experts, et ce, sur un même pied d'égalité. Ainsi, les expériences menées valorisent une organisation de travail collaboratif à l'horizontale plutôt qu'à la verticale, une égalité partagée.

*Success of the HANDOVER Project was facilitated by building the project on pre-existing relationships among the site investigators who then assembled a team*

including faculty, research coordinators, patients and PhD research candidates. (A8, p. i27)

[...] the appointment of a new senior manager and Therapy Head was invaluable for practitioners promoting the stroke agenda. (A2, p. 94)

L'abolition des relations hiérarchiques et la valorisation conséquente de relations collégiales sont alors explicitement mentionnées.

A key difference between a CoP and a conventional team lies in structure; CoPs are based on collegial relationships rather than hierarchical management structures featured in many conventional teams (Bate & Robert, 2002). (A2, p. 95)

The collegial nature of SU (stroke unit) interprofessional relationships, including medical staff, was repeatedly illustrated. (A2, p. 95)

#### ▪ Une participation à la CdeP qui se développe

Un article insiste sur le fait que la participation à la CdeP se développe en cours de processus, que la responsabilité du membre est grandissante et que la participation périphérique de départ est légitimée.

The students also need to be given responsibility and opportunities to perform relevant tasks with an increasing degree of independence (Nolan, 1998; Löfmark et al., 2001; Löfmark & Wikblad, 200; Ehrenberg & Häggblom, 2007). (A3, p. 495)

Being accepted as a participant did not in itself always appear to be enough to motivate the students to take part in the work. Access needed to be accompanied by agreement as to what the practice was about and what tasks (in what situations) it was appropriate for the newcomer to engage in. In an interprofessional learning context this needs to be clear and equally agreed upon by all the groups included. (A3, p. 495)

#### ▪ Un environnement de travail propice à la collaboration

Cinq articles soulignent l'importance de créer un environnement de travail propice à la collaboration, c'est-à-dire qui offre des conditions favorables à la rencontre, à la discussion et à la réflexion. Ainsi, alors que certains insistent sur l'espace et le temps requis, d'autres élaborent sur la nécessité d'un projet de travail réaliste et pertinent (*a situated perspective of learning*) et d'autres encore évoquent les moyens de communication/information à déployer. Enfin, un article insiste sur le soutien financier requis en début de processus et sa réappropriation par les membres en cours de développement, et ce, notamment lorsque les membres de la CdeP sont géographiquement dispersés.

*Space is important for staff to “internalise and shape processes of change” (Elsley & Lathlean, 2006, p. 171); failure to make time for regular meetings to encourage participation in structured decision-making can negatively impact on team-working and communication (Field & West, 1995). (A2, p. 95)*

*Their ability (of Primary care associations) to influence screening will depend upon their ability to enable local health centers to implement planned cancer screening by training process leaders, creating the information system infrastructure, and actively encouraging shared approaches to care. (A7, p. S82)*

*CoPs require external support while in development in order to succeed. GAPS membership in its early stages was skewed toward members of international nongovernmental organizations with an interest in PSE but eventually became more populated with grassroots educators working in the targeted low-resource settings. If external funds from stakeholders of pre-service are utilized, these funds must be from an international body (e.g. WHO regional office) or university that can program the costs long-term. However, eventually, the long-term effectiveness and sustainability of GAPS rests on its transfer to the members themselves, who must be encouraged and mentored in order to take on this role. (A12, p. 6)*

*For clinical learning situations to be meaningful in IPE there need to be opportunities for all students to act as representatives of their own profession in realistic collaborative work. To enhance reflection and promote the integration of theoretical knowledge and practical skills a combination of participating in realistic care practices and parallel educational activities such as reflective seminars, peer teaching and different kinds of simulations has been suggested (Bruce et al., 2001; Ehrenberg & Häggblom, 2007; Haigh, 2007; Secomb, 2008). (A3, p. 495)*

*From a situated perspective of learning it can be argued that to learn to be a competent professional and team-worker implies participating in a realistic interprofessional clinical environment. (A3, p. 495)*

#### **5.4.4 Les retombées attribuées à l'expérience de CdeP réussie**

Les retombées attribuées à l'expérience de CdeP sont somme toute assez abondantes. Comme le montre le tableau XVIII, elles se rapportent le plus souvent à la pratique bonifiée (n = 34). Nous constatons aussi qu'elles sont nombreuses à mettre en évidence la fusion des dimensions relationnelle et cognitive (n = 26). On voit que la pratique de soins représente un enjeu déterminant la mise en commun des connaissances en CdeP. Bien que moins fréquemment invoquées, soulignons tout de même que les retombées attribuables à la dimension relationnelle elle-même ou en lien avec la pratique sont plus fréquemment mentionnées (n = 12 + 5) que celles se rapportant uniquement à la dimension cognitive (n = 10).



Pour conclure, disons que plusieurs des retombées attribuées à l'expérience de CdeP mettent en évidence la fusion des dimensions relationnelle et cognitive. On voit là que la pratique de soins représente un enjeu déterminant la mise en commun des connaissances en CdeP. Bien que moins fréquemment invoquées, les retombées attribuables à la dimension relationnelle elle-même ou en lien avec la pratique sont plus fréquemment mentionnées que celles qui se rapportent uniquement à la dimension cognitive (n = 10).

Le tableau XVIII présente de manière détaillée les principales retombées rapportées selon qu'elles sont liées à l'amélioration de la pratique, à la fusion des deux dimensions ou encore, à l'une ou l'autre.

Tableau XVIII

*Retombées associées à l'expérience de CdeP selon les dimensions s'y rapportant*

<b>Pratique bonifiée (n = 34)</b>	
Amélioration de la pratique (dans une perspective globale)	A4, A7, A2, A10 et A11
L'applicabilité et la qualité du produit final créé par une CdeP (utilisation et amélioration continue des <i>guidelines</i> )	A6, A7, A8 et A10
Amélioration de la pratique comme effet du dépassement de la hiérarchie	A10, A4 et A7
Une pratique professionnelle mieux intégrée, moins distribuée en silo	A4
Une expérience en CdeP rend plus critique face au modèle de services de soins : ce qui entraîne une pratique plus actuelle (revue et corrigée)	A4 et A9
Une pratique bonifiée montre moins d'écart entre la théorie et la pratique, mise à jour facilitée	A4
Une motivation accrue	A4, A8 et A9
L'expérience en CdeP permet l'émergence de compétences	A2
L'expérience en CdeP permet une appropriation (intégration) variable du produit final selon le profil professionnel	A6
<b>Dimensions relationnelle et cognitive fusionnées (n = 26)</b>	
Une CdeP permet d'« apprendre en travaillant tous ensemble »	A2
Une CdeP génère une pratique de soins basée sur l'évidence (bénéfice souvent formulé de manière implicite)	A2 et A13

En faisant tomber les barrières entre les différents groupes, une CdeP favorise le processus d'échange de connaissances et le développement d'une vision commune	A2, A4 et A12
Une CdeP permet un partage apprécié d'informations, d'idées ou d'opinions : ce qui entraîne un processus d'apprentissage accéléré	A6, A8 et A9
Une CdeP favorise la dissémination et l'adoption des connaissances : ce qui génère une pratique transformée	A6, A9, A10 et A11
En CdeP : l'expertise émerge des connaissances formelles transmises et du travail d'équipe	A2
<b>Dimension relationnelle - Collaboration - Travail d'équipe (n = 12)</b>	
Une CdeP favorise, soutient, la collaboration interprofessionnelle (3X)	A2 et A3
Une CdeP permet un tissage de liens solides	A9 et A10
Une CdeP favorise la collaboration élargie (multisites voire même géographiquement dispersées)	A7 et A9
Une CdeP permet le dépassement de la hiérarchie	A2
Une CdeP entraîne un changement de culture de groupe	A4
Une CdeP permet un objectif partagé : en l'occurrence l'amélioration de la qualité des soins	A7, A10, A2
<b>Dimension relationnelle + pratique bonifiée (n = 5)</b>	
En CdeP, la discussion favorise la réflexion sur la pratique, laquelle entraîne un changement de pratique	A11
En CdeP, la discussion permet une « formation continue »	11
<b>Dimension cognitive (connaissances bonifiées) (n = 10)</b>	
En CdeP, l'environnement de travail devient un environnement d'apprentissage	3, 2
Une CdeP favorise l'apprentissage expérientiel	A2
Des connaissances (pratiques) bonifiées	A4 et A9
Une CdeP favorise la dissémination des connaissances	A2, A6, A9, A13
Le processus en CdeP permet de tenir compte d'éléments déterminant l'adoption des connaissances transmises, en l'occurrence, des <i>guidelines</i>	A6

Il apparaît essentiel de synthétiser les propos associés à chaque retombée selon la dimension à laquelle elle est rattachée, d'autant plus que cela rejoint l'un des objectifs de notre thèse. Pour plus de détails, l'annexe 7 offre une compilation détaillée des extraits des articles se rapportant à chacune des retombées rapportées.

#### **5.4.4.1 Une pratique bonifiée par l'expérience menée en CdeP**

La pratique bonifiée est invoquée dans 8 articles comme retombée ou bénéfice de l'expérience menée en CdeP. Dans cette optique, l'amélioration de la pratique de soins prise globalement est souvent affirmée. Les articles sont alors nombreux à insister sur le fait que l'expérience de CdeP a permis d'améliorer la pratique, de la transformer, d'identifier les améliorations à lui apporter. Les extraits qui suivent sont révélateurs de cette pratique bonifiée.

*Consistent with other work done within the collaborative framework, this effort shows changes in the processes of care. (A7, p. S82)*

*[...] to improve service delivery for people with long-term conditions, thus responding to workforce deficits labeled as "hotspots". A well-organised community of practice was found to be highly effective in addressing these shared ambitions and contributing, albeit in a small way, to a better prepared workforce. (A4, 827)*

*[...] this study explains how excellence in stroke care was achieved through creating one (CoP). (A2, p. 91)*

*More than half of the participants agreed that discussion provided useful insights for practice, and one quarter of respondents suggested their practice would change. (A11, p. 4)*

*A Community of Practice (CoP), using a bottom-up, peer-led approach, can become a focus for improving clinical practice. (A10, p. 25)*

*They (CoPs) can identify areas where improvement is needed and embed evidence-based improvements. (A10, p. 25)*

Plusieurs des articles étudiés identifient des éléments qui se sont avérés déterminants eu égard à cette pratique bonifiée : la qualité et l'applicabilité du produit final, le dépassement de structures hiérarchiques et la motivation des membres.

#### **▪ La qualité et l'applicabilité du produit final créé par une CdeP**

Cette pratique bonifiée est attribuée à la qualité, à l'applicabilité du produit final découlant de l'action de la CdeP. Ainsi, quelques-uns font l'éloge de la plus grande qualité du produit final

élaboré par les membres de la CdeP, en l'occurrence les *guidelines*, ce qui en accroît la validité, l'acceptation, l'appropriation et ultimement, l'utilisation et l'amélioration continue.

*One of the main focuses of this project was to encourage participation and contribution of end-users and stakeholders in the guideline development process, in order to improve validity, applicability, acceptability, appropriation, and ultimately use of the guidelines.* (A6, p. 5)

*[...] demonstrated interest in the creation and participation in a process aimed at continually updating the guidelines.* (A6, p. 5)

- **La CdeP permet d'aller au-delà de la hiérarchie, ce qui conduit à une pratique professionnelle mieux intégrée**

D'autres articles attribuent la bonification de la pratique au dépassement de la hiérarchie que permet la CdeP, ce qui entraîne une pratique professionnelle mieux intégrée, moins distribuée en silo. En termes de bonification, certains auteurs vont jusqu'à considérer que la CdeP entraîne une pratique plus actuelle, revue et corrigée, dont la mise à jour est facilitée par l'action de la CdeP. De surcroît, certains lui attribuent une pratique moins en décalage avec la théorie. Enfin, le développement professionnel, l'émergence de compétences qui résulte de la mise en commun et l'intégration possible du produit final selon le profil professionnel sont également des bénéfices attribués à l'expérience de CdeP.

*The work of this CoP to improve data quality on a single topic in Bradford has demonstrated that this bottom-up, peer-led approach can identify the need for significant changes across many areas of clinical practice.* (A10, p. 25)

*It also helped staff begin to appreciate the importance of working across boundaries [...].* (A4, p. 827)

*Through the RCC, we demonstrated how it was possible to address care that affects large populations and redesign the traditional collaborative learning model.* (A7, p. S82)

*It also helped staff appreciate the many dimensions of having a long-term condition and the contexts in which people live.* (A4, p. 827)

*Many of the silos still existed but the CoP was helping to break down barriers between practitioners, academics and other agencies.* (A4, p. 826)

*It was also evident that the project provided an important vehicle for critiquing and identifying gaps in the service delivery model, with all participating staff finding the opportunity to work alongside colleagues in equal measure enlightening, challenging and rewarding.* (A4, p. 826)

*To this end a CoP appears to have been an effective vehicle for engaging stakeholders and closing the gap between theoretical models and the realities of delivering care in complex and challenging circumstances. (A4, p. 827)*

- **L'effet de la CdeP sur la motivation de ses membres**

Finalement, des articles insistent aussi sur la motivation que génère la CdeP comme formule de rassemblement, ce qui influe sur les résultats attendus.

*Many mentioned that participation in Connections increased their motivation. (A9, p. S64)*

*Importantly participants reported feeling engaged, motivated and focused which ensured that some key deliverables were achieved. (A4, p. 827)*

#### **5.4.4.2 Les bénéfices associés à la fusion des dimensions relationnelle et cognitive des CdeP**

Les bénéfices attribués à l'expérience professionnelle en CdeP sont souvent attribués au partage, à la mise en commun des connaissances et aux expériences pratiques, donc à la fusion des dimensions relationnelle et cognitive (9 articles sur 13).

- **Une CdeP permet d'« apprendre en travaillant tous ensemble »**

Un article insiste sur le fait d'« apprendre en travaillant les uns avec les autres ».

*With shared SU (stroke unit) space and improved team relationships, learning from working alongside each other was a strong theme. (A2, p. 94)*

- **Une CdeP génère une pratique de soins basée sur l'évidence**

Quelques articles insistent sur la dimension sociale de l'apprentissage en CdeP qui permet l'émergence d'une (meilleure) pratique de soins « basée sur l'évidence ». Cette pratique de soins, basée sur l'évidence comme bénéfice attribué à la CdeP, est explicitement ou implicitement mentionnée à quelques reprises et un article considère même qu'il s'agit d'une mission importante d'une CdeP.

*Findings support the recommendation that social perspectives of EBHC (evidence based health care) should be more widely recognized and utilized as it is through development of these social processes that global evidence is converted, accepted and used as local knowledge (Fitzgerald et al., 2006). (A2, p. 96)*

*A CoP can bring clinicians and managers together across services, to implement service improvements based on evidence from research and examples of best*

*practice. This can change people, practice and procedures in innovative ways.* (A10, p. 25)

*Findings are timely as the central role of CoPs has been identified in locally implementing evidence into practice (Barwick et al., 2009; Dopson & Fitzgerald, 2006).* (A2, p. 96)

- **Une CdeP favorise le processus d'échange de connaissances et le développement d'une vision commune**

D'autres auteurs constatent que la CdeP favorise le processus d'échange de connaissances et ainsi, le développement d'une vision commune qui permet de faire tomber les barrières entre les différents groupes ou organisations professionnels.

*The process of knowledge exchange within the CoP, was found to be useful for breaking down barriers between agencies, identifying competency and knowledge deficits and establishing a collective vision for how services can be more effectively delivered.* (A4, p. 825)

*For example, in some instances where tasks have been shifted from physicians to nurses, identical competencies are needed in both the medical and nursing curricula, especially considering that physicians would be expected to train nurses. In these cases, discussion within an interdisciplinary community can result in shared opportunities, lessons learned and teaching strategies.* (A12, p. 7)

- **Une CdeP permet un partage d'informations qui accélèrent le processus d'apprentissage**

La facilitation du partage d'informations, d'idées ou d'opinions est observée, ce qui favorise, selon d'autres auteurs, un processus d'apprentissage accéléré.

*According to the survey results regarding the element where discussion occurred (forums and symposia), sharing of ideas and opinions appeared to have been appreciated by the majority of participants.* (A6, p. 6)

*Most participants thought that the process improved the guidelines, and that participant comments contributed to this improvement.* (A6, p. 6)

*Careful cultivation of community relationships also proved to be exceptionally effective in promoting mutual learning.* (A9, p. S65)

*Members stuck on particular issues found that there were several tested solutions that solved the problem in comparable circumstances. As one Connections member observed, "Learning from those who have been there took half a year off our own effort".* (A9, p. S64)

- **Une CdeP favorise la dissémination et l'adoption des connaissances, ce qui génère une pratique transformée de laquelle émerge l'expertise**

Des auteurs remarquent que la CdeP favorise la dissémination et l'adoption des connaissances et que l'information partagée permet ensuite une pratique transformée. Enfin, un auteur fait le constat que l'expertise émerge des connaissances formelles partagées et du travail d'équipe en CdeP.

*A majority of participants also reported disseminating the guidelines, a possible consequence of their appreciation of the process and guidelines. (A6, p. 6)*

*Several stakeholders and participants mentioned at the end of the project that they expected to be contacted and involved when the guidelines would be updated. This is probably a positive outcome of the shared creation process and a sign of appropriation of the guidelines by participants and stakeholders. (A6, p. 6)*

*Nurses described how focussing on stroke enabled them to develop domain-specific knowledge and expertise. With increased skills and knowledge in stroke care along with improving team-working, they developed from elderly care generalist to stroke specialist nurses, and began to claim a pivotal team role. (A2, p. 94)*

#### ***5.4.4.3 Les bénéfices associés à la dimension relationnelle dans l'optique d'une pratique bonifiée***

Bien que les retombées attribuées à l'expérience en CdeP se rapportent plus fréquemment à la fusion des pôles cognitif et collaboratif, nous constatons que le pôle relationnel se dégage tout de même des retombées attribuées à cette expérience (8 articles sur 13) : un tissage de liens, même à distance, une culture du travail moins hiérarchique.

- **Une CdeP qui favorise la collaboration interprofessionnelle, soutient une collaboration multisites et permet un tissage de liens solides**

Dans cette optique relationnelle, les résultats rapportés sont liés au fait que la CdeP favorise la collaboration interprofessionnelle, permet un tissage de liens et soutient une collaboration élargie, c'est-à-dire se déroulant sur plusieurs sites qui peuvent être géographiquement dispersés.

*The students said that they learned to collaborate and that the objectives of the course were largely met. (A3, p. 490)*

*In the final year of Connections, several member sites collaborated in group projects outside of the face-to-face meetings. Members said they would have welcomed more of this type of collaboration earlier on. (A9, p. S64)*

*The Connections experience has been valuable from two perspectives: (1) by meeting the expectations of all its stakeholders at a high level, Connections has demonstrated the feasibility and the value of communities of practice in helping multiple, geographically distributed public health agencies effectively address the complexities of planning, developing, and implementing information systems. (A9, p. S65)*

*The community-of-practice approach was a major shift for many centers from partnerships with a single organization toward a more inclusive, multilateral strategy with many organizations. (A7, p. S79)*

- **Une CdeP permet le dépassement de la hiérarchie, génère un changement de culture de travail**

De plus, la CdeP permet de dépasser la hiérarchie et entraîne ainsi un changement de culture qui devient plus collégiale, moins axée sur la fonction (professionnelle), constat d'autant plus percutant lorsque les gestionnaires sont également impliqués.

*That what was created was more than a team is indicated by a number of departures from "usual" team function, such as inclusion of a manager and collegial rather than hierarchical or functional relationships between members. (A2, p. 96)*

*The themes emerging from this project suggest a discernable shift in the culture towards a collective ownership of workforce issues. (A4, p. 827)*

#### **5.4.4.4 Les bénéfices associés à la dimension cognitive**

La dimension cognitive en elle-même, c'est-à-dire qui est axée sur les connaissances ou sur l'apprentissage, est peu évoquée dans le cadre des retombées identifiées. Celles associées à ce registre nous apparaissent néanmoins devoir être mentionnées car elles mettent en évidence le pragmatisme des CdeP, en insistant sur l'environnement de travail qui devient alors un environnement d'apprentissage.

- **L'apprentissage expérientiel favorisé en CdeP, ce qui génère des connaissances pratiques bonifiées**

Des articles insistent sur le fait qu'en CdeP, l'environnement de travail favorise l'apprentissage expérientiel qui conduit à une pratique bonifiée et d'autres insistent sur le fait



que la CdeP favorise la dissémination, voire même l'adoption des connaissances transmises en CdeP.

*SU (stroke unit) development processes thereby promoted experiential learning opportunities, facilitated personal growth of knowledge and skills and helped embed this way of working into everyday practice. (A2, p. 94)*

*As the SU became established, staff expressed positive comments about the unit as a learning environment; staff took advantage of everyday activities to enhance informal development of stroke knowledge and skills. (A2, p. 94)*

*Finally, the majority reported having distributed the guideline to their colleagues, and [...]. (A6, p. 5)*

*New knowledge about the application of data quality or data de-duplication techniques was generated and applied as a result of the learning that took place in Connections. (A9, p. S64)*

*Adherence to guideline recommendations is influenced by numerous clinician, patient, and environmental factors, including organizational structures, policies, and laws. This CoP process only addressed some of these, such as end-user involvement, transmission of knowledge, validity, clarity, applicability, agreement, participation of opinion leaders, transparency, legitimacy, and social norm. (A6, p. 6)*

#### ▪ La mise à jour des connaissances en CdeP ou La formation continue

Dans ce contexte, la discussion favorise la réflexion sur la pratique, ce qui entraîne un changement de pratique et permet la mise à jour des connaissances faisant office de formation continue.

*It has been suggested patients do better on SUs because staff work together to deliver good care (SUTC, 2007; Langhorne & Pollock, 2002). (A2, p. 96)*

*[...] but more general surgeons than oncologists reported that information revealed was not accessible elsewhere, discussion provided useful tips for practice, and discussion caused reflection on practice. (A11, p. 4)*

*Overall, discussion prompted reflection on practice and 25% of respondents suggested that their practice would change. (A11, p. 4-5)*

*Others noted that videoconferencing provided an "excellent forum for CE (continuing education)", that it was "nice to hear how other northern centres deal with this disease", [...]. (A11, p. 4)*

### 5.4.5 Les obstacles relationnels à une expérience de CdeP réussie

Bien que des retombées soient attribuées à l'expérience en CdeP, plusieurs articles rapportent la rencontre d'obstacles ou de freins à cette expérience de collaboration interprofessionnelle. En fait, comme le présente le tableau-synthèse qui suit, ces obstacles et ces freins se rapportent essentiellement à la dimension relationnelle.

Tableau XIX

*Synthèse des thématiques abordées : obstacles et freins rencontrés, associés à la dimension relationnelle dans l'expérience de CdeP*

<b>Dimension relationnelle (implication personnelle inégale)</b>	
<b>Participation et engagement variables</b>	
Participation non généralisée	A6 et A12
Participation non généralisée : non-implication d'acteurs centraux	A5
Participation qui demeure en périphérie : « visiteurs ou observateurs plus qu'acteurs »	A3
Engagement variable selon la disposition initiale	A3
Nécessité d'une conception de la CdeP préalablement partagée et d'une identité professionnelle déjà construite (établie) préalablement à l'expérience de CdeP	A3 et A5
Participation non généralisée (selon l'âge)	A6
Participation en présentiel nécessaire au dépassement de la participation en périphérie	A5
Participation non généralisée représente un risque d'échec	A5
<b>Collaboration interprofessionnelle difficile</b>	
Discordance des attentes et des buts selon les professions	A3
Activités non appropriées à toutes les professions	A3
CdeP inégalement valorisante pour les professions impliquées	A3 et A5
L'expérience de CdeP interprofessionnelle va au-delà de la représentation de sa propre profession	A3
Profils professionnels inégalement sollicités, impliqués	A3 et A6
Expérience préalable d'interprofessionnalité en groupe	A5

Difficile mise en commun multisites	
L'anxiété à partager son expérience hors de son propre environnement	A12
Des compétences moins adaptées au partage hors de son propre environnement	A5 et A12
Des rencontres en présentiel pour faciliter la mise en commun multi-sites, à distance	A9 et A12
CdeP en ligne : difficile accès à l'ordinateur freine les échanges	A12

#### 5.4.5.1 Une participation et un engagement variables

Comme le met en évidence le tableau qui précède, plusieurs articles insistent sur la participation non généralisée, le non-engagement ou la participation périphérique, ce qui révèle, selon certains, la nécessité d'une conception de la CdeP préalablement partagée et d'une identité professionnelle déjà construite. Les extraits présentés sous chacun des points qui suivent se retrouvent à l'annexe 8 qui offre une compilation exhaustive des obstacles et freins rencontrés ou identifiés.

##### ▪ Une participation non généralisée

Quelques articles insistent sur l'engagement variable et la participation non généralisée au sein des membres de la CdeP.

*[...] only half of the recruited participants actually participated. Participation was also skewed, with only a minority participating heavily in the process. (A6, p. 6)*

*While we understand that online CoPs do not engage everyone, they provide an important opportunity to engage the larger community. (A12, p. 5)*

##### ▪ Le non-engagement d'« acteurs centraux »

Comme le montre le tableau XIX, un article attribue cette participation non généralisée au non-engagement d'« acteurs centraux » dans le processus de la CdeP.

*Rather it created an awareness of just how much of the network was not a part of the meeting. It also required the community to come to terms with conflicting definitions of membership as discussion resulted in awareness of the absence of key stakeholders in the meetings. (A5, p. 7)*

*Presentation of the network models provoked a group conversation around three areas. The first was the notable and continued absence of a number of central*

*individuals from the map at the meeting. The need to outreach and include those not in attendance was considered an important step towards building a genuine, inclusive CoP. (A5, p. 6)*

▪ **Une participation périphérique adoptée**

Un autre article observe le non-dépassement d'une participation périphérique où le membre se positionne « davantage comme visiteur qu'acteur ». Soulignons qu'il s'agit là d'un contexte de formation en milieu de soins où les étudiants semblent enclins à demeurer en périphérie.

*One way of learning in the community of practice can be described as being a visitor in others' arena. The students constructed learning situations where they observed others performing profession-specific tasks and learned by talking about the others' profession. (A3, p. 493)*

*This meant that they were not afforded opportunities to engage in relevant work tasks to the same extent as the others. Their identity was more that of visitors and observers than that of active participants. (A3, p. 493)*

▪ **La nécessité d'une conception de la CdeP préalablement partagée et d'une identité professionnelle déjà établie**

Deux articles relatent la disposition initiale des membres, c'est-à-dire leur état d'esprit à l'amorce du projet en CdeP. Dans cette optique, l'un des articles observe une ambivalence au départ. Quant à l'autre, il commente l'engagement variable au cours du processus de la CdeP puis relate l'hétérogénéité de la manière dont les membres se représentent la CdeP. Enfin, cet article aborde également la nécessité d'une identité professionnelle (solide) préalablement à l'expérience de mise en commun qui s'avère autrement déstabilisante, en l'occurrence pour des étudiants en formation en milieu de soins. Ainsi, une conception préalable de l'expérience à mener en CdeP et une disposition conséquente optimiste et partagée, en plus d'une identité professionnelle établie sont donc considérées déterminantes eu égard au succès d'une CdeP.

*Baseline descriptive data indicated that participants had modest expectations for learning, perceived few barriers to action, had both positive expectations and interest in seeing something emerge from the meeting. (A5, p. 6)*

*The students that were most unequivocally positive about the training on the ward were the ones that understood the community of practice as principally an educational exercise. This implied legitimate access and they took every opportunity to assume responsibility and try their wings as professionals. (A3, p. 493)*

*Participation in a community of practice implies, per se, a continuous negotiation regarding what the practice is about. To participate is to be engaged in the forming of the practice. In the present case there seem to have been multiple meanings and blurred boundaries that made it difficult for the newcomers to know what participation and thus learning in this community of practice was about. This resulted in ambivalent feelings towards participating. (A3, p. 492)*

Par ailleurs, des articles font part de leurs constats lorsqu'il s'agit de CdeP en ligne.

- **Une participation en ligne plus grande chez des participants plus âgés et des rencontres en présentiel nécessaires aux CdeP à distance**

Un article insiste sur le fait que des participants plus âgés ont une plus grande participation en ligne (ce qu'on peut probablement attribuer à leur plus grande disponibilité) et un autre insiste sur la rencontre en présentiel qui est nécessaire au dépassement de la participation en périphérie lorsqu'il s'agit de CdeP à distance.

*Survey results seemed to show that older participants contributed more frequently to the CLIP discussions, possibly making less room for younger participants. However, it is not clear if older participants felt their opinions were heard, because they were less enthusiastic regarding the impact of participants' comments on the guidelines. (A6, p. 6)*

*Finally, the number of peripheral players who never had attended either of the two WATI meetings struck participants as problematic and a possible cause for intervention in creating the CoP. (A5, p. 7)*

- **Une participation non-généralisée représente un risque d'échec de la CdeP**

Enfin, une participation non généralisée représente un risque d'échec du fait qu'elle favorise le désengagement de participants-clés, estiment les auteurs d'un article.

*Without broad investment across the network, there is increased susceptibility to it falling apart should key individuals leave the network. (A5, p. 9)*

#### ***5.4.5.2 Une collaboration interprofessionnelle difficile***

La collaboration interprofessionnelle ne semble pas toujours facile à mettre en pratique. Trois articles insistent sur les difficultés rencontrées à cet égard.

- **Une discordance eu égard aux attentes et aux buts selon les professions**

Tout d'abord, comme montré précédemment au tableau XIX, la discordance des buts et des attentes selon les profils professionnels paraît compliquer la collaboration interprofessionnelle.

*At the same time there was sometimes a discrepancy - regarding both the profession-specific and the interprofessional training - between on the one hand expectations and goals, on the other hand actual participation.* (A3, p.486)

- **Des activités non appropriées à toutes les professions**

Des activités de la CdeP peuvent ne pas être appropriées à toutes les professions, ce qui favorise le désengagement.

*The activities on the ward were sometimes described as too unskilled and irrelevant for the learning trajectories of all three student-groups, especially for the social workers.* (A3, p. 491)

- **Une CdeP inégalement valorisante pour les professions impliquées**

L'expérience de CdeP interprofessionnelle peut ne pas être valorisante pour toutes les professions et encore moins lorsqu'il s'agit d'étudiants en formation sur le terrain. Ceci peut être d'autant plus problématique que, comme le souligne un groupe d'auteurs, la CdeP peut s'avérer un véritable « réseau de gros egos ».

*When presenting the network models, the authors highlighted the fact that the network map was, in fact, an overlay of ego networks that created an illusion of disconnectedness.* (A5, p. 7)

*[...] these were situations that all three student groups talked about in terms of “doing the health care assistants’ job”. They expressed frustration and disappointment at having to do others’ work - work that was not in line with their choice of profession.* (A3, p. 494)

*The findings show that the students’ prerequisites for access and participation differed. For the student nurses and student OTs the environment and practice on a care unit were familiar and these two student groups also had their supervisors working on the ward. The students described how they were able to find relevant and meaningful tasks to engage in. For the student SWs (social work) it was different.* (A3, p. 494)

Un article met en évidence comment une expérience d'interprofessionnalité consiste davantage à mettre sa profession entre parenthèse qu'à la représenter.

*If interprofessional education is understood as being based on situations where the students meet and collaborate as representatives of their own profession, basic care situations are problematic, especially for the social workers since the tasks involved are not naturally part of their job. If the focus is on collaborative skills in general, any situation where the students are to perform a task or solve a problem together can be seen as relevant. (A3, p. 495)*

▪ **Des profils professionnels inégalement sollicités, impliqués**

Deux articles insistent sur le fait que l'inégale valorisation des profils professionnels peut être attribuable au fait que certains profils sont moins sollicités ou impliqués. À cet égard, les médecins semblent moins impliqués et les travailleurs sociaux moins sollicités, comme le révèlent ces extraits :

*The findings show that the students' prerequisites for access and participation differed. For the student nurses and student OTs the environment and practice on a care unit were familiar and these two student groups also had their supervisors working on the ward. The students described how they were able to find relevant and meaningful tasks to engage in. For the student SWs it was different. (A3, p. 494)*

*As a result of this, representatives of the social work education announced, at the end of each of the first three terms, that they wanted to leave the project. They did not find the course relevant enough for their students. (A3, p. 494)*

*Facilitating physician participation in research remains a challenge. (A6, p. 6)*

*As for participation of general practitioners, it was especially low despite considerable effort by the project team. (A6, p. 6)*

▪ **Une expérience préalable d'interprofessionnalité en groupe**

Enfin, concernant l'interprofessionnalité, les auteurs d'un article précisent que des participants à une CdeP peuvent avoir une expérience préalable de travail qui les a amenés à franchir les frontières professionnelles, mais pas nécessairement dans le cadre d'expériences de travail en équipe, ce qui s'avère (encore) plus exigeant (multiprofessionnalité versus interprofessionnalité).

*Baseline data suggested that participants were already accustomed to working across disciplinary boundaries, but not as members of teams where there was evidence of little cross-team interactions, nor were there examples of trans-sectoral collaboration among members of the WATI group. (A5, p.8)*

### 5.4.5.3 La difficile mise en commun multisites/à distance

Des articles insistent sur la difficile mise en commun multisites et/ou à distance. La mise en commun qui dépasse le cadre local paraît plus compliquée. L'anxiété à partager son expérience hors de son environnement (dont les conditions ambiantes peuvent différer) et des compétences de partage jusque-là déployées dans son environnement (connu) représentent des freins à la collaboration.

*Members of the community were anxious to connect with one another and offered their appraisal of the challenges that they faced in their environments.* (A12, p. 5)

*In addition, resources aimed at competency development must be appropriate for local delivery of services and not based on tertiary-level Western medical practices. While Western texts and curricula may be useful for their technical information, they should be used strategically as they do not represent all the public health needs or resource limitations.* (A12, p. 6)

*Low levels of trans-sectoral collaboration might suggest that WATI members are finding common interests within their own or similar physical environments and not venturing further. However, if the WATI group aspires to work more collaboratively across sectors, some form of intervention is needed to create these links, particularly given the group's global dispersion.* (A5, p. 8)

#### ▪ Des rencontres en présentiel pour faciliter la mise en commun multisites, à distance

Un article insiste sur l'investissement financier requis à de fréquentes rencontres en présentiel considérées essentielles à la mise en commun. Un autre souligne l'importance d'un « leader » dans le cadre de ces rencontres, afin de rassembler, discuter, partager les meilleures pratiques et les stratégies d'apprentissage.

*Connections was funded at a level that supported frequent in-person contact. This level of funding will be difficult to replicate in future public health communities, given the budgetary constraints at both the state and federal public health levels.* (A9, p. S65)

*While the GAPS CoP was solely internet-based, CoPs are most effective when there are venues for colleagues to gather together, discuss, share best practices and learn strategies from one another. The GAPS leaders found that these opportunities do exist at global conferences.* (A12, p. 7)



- **L'accès plus difficile à l'ordinateur freine les échanges des CdeP en ligne**

Par ailleurs, un article nous informe sur la difficulté d'avoir accès aux ordinateurs, ce qui a pour effet de ralentir les échanges dans le cadre de CdeP en ligne.

*While the conversation may have been somewhat skewed by differing quality of and access to computers and the internet, the themes that emerged from analysis of the varied points of view of the members was noted. (A12, p. 5)*

#### 5.4.5.4 L'exigence de l'engagement dans une CdeP

Des articles observent que l'engagement dans une CdeP s'avère exigeant en termes de temps et d'effort à investir, ce qui semble requérir – aussi paradoxal que cela puisse paraître – le déploiement d'activités mobilisatrices de mise en commun sur une base régulière.

- **Le manque de temps**

Le manque de temps à investir dans le projet en CdeP est soulevé dans le cadre de deux articles.

*Participants reported difficulties in balancing the time allocated to the project with their other work commitments and many described having to cut back on the hours they spent on the project as a consequence. (A4, p. 827)*

*Lack of time was the reason most often given for not participating. (A6, p. 6)*

- **Un processus exigeant**

L'exigence du processus, soit le niveau d'effort et d'implication requis, est relevé dans deux articles dont l'un insiste sur la faible compensation en retour. Un autre article souligne le désengagement observé entre les rencontres, ce qui a comme résultat que le plein potentiel de la CdeP n'est pas exploité.

*Despite the demonstration of its feasibility, we recognize that it took considerable effort. (A7, p. S82)*

*The level of effort should be recognized at the outset by anyone interested in implementing or testing comprehensive change in primary care practice, but evidence from other settings indicates that the investment is worth the effort. (A7, p. S82)*

*There are also limitations to the community of practice approach itself. Self-organized networks, like a CoP, require commitment and investment of resources*

*from a large number of committed, engaged members of the community who often receive little compensation for their involvement. (A5, p. 9)*

*However, at least some participants believe that Connections did not extract the full potential of the community in every respect. The lack of energy between meetings and the failure of ConnectionsZone were most noted in this regard. (A9, p. S65)*

On voit donc que l'investissement requis en termes de temps et d'effort des membres de la CdeP ramène à la nécessaire implication d'un guide, facilitateur ou animateur, soucieux de stimuler l'engagement et la mise en commun.

#### ***5.4.5.5 Des recherches à poursuivre eu égard à l'approche collaborative dans la pratique de soins***

Certains auteurs concluent que la recherche est à poursuivre pour mieux connaître les facteurs déterminants le succès de l'approche collaborative dans la pratique de soins, les activités qui maintiennent l'engagement, qui permettraient de dépasser le « travail en silo » car, parfois, plusieurs tentatives de CdeP sont nécessaires avant d'arriver au succès escompté. En ce sens, des extraits abondent :

*Although the RCC demonstrated a viable learning model and increased screening, colorectal cancer screening rates remained low and did not improve in all organizations. More evaluation is needed to understand what aspects of the collaborative approach contribute to the success and why success is not universal. (A7, p. S83)*

*Therefore, further research should be conducted on activities that can sustain the energy of collaboration and communication among members between meetings, for example, offering more user-friendly technology for interactive, threaded discussions. (A9, p. S65)*

*The insularity of services can make it difficult to gain the cooperation of colleagues where this is needed to access data and to examine the processes in use. (A10, p. 25)*

*Many of the informal communication networks that existed in the NHS have fragmented. Throughout the course of this project this was particularly noticeable in links between midwives, health visitors and GPs. Through the activities of the CoP many of these links have been re-established and it remains to be seen whether they survive into the future. (A10, p. 25)*

*It often takes multiple attempts to form a functioning community of practice, despite the best efforts of community organizers. (A5, p. 9)*

## CHAPITRE VI – SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION

Dans l'optique d'une (méta)synthèse des expériences de CdeP menées dans le domaine de la santé et centrées sur le patient atteint de maladie chronique, le chapitre précédent a d'abord présenté une analyse globale des articles sélectionnés. Cette première étape d'analyse a alors porté sur différentes dimensions qui répondaient à nos critères d'inclusion et d'exclusion à savoir : l'importance accordée au concept communauté de pratique et à la maladie chronique, les modes de communication déployés dans ces expériences de CdeP ainsi que la diversité des profils professionnels impliqués. Une deuxième étape a ensuite permis l'analyse proprement dite du contenu de chaque article selon leurs trois principales sections, à commencer par l'analyse de la problématique, suivie par celle de la description de l'expérience menée en CdeP et, enfin, l'analyse des résultats rapportés et discutés. Ces étapes d'analyse permettaient notamment de circonscrire l'importance attribuée aux pôles collaboratif (relationnel) et cognitif constitutifs de l'activité menée en CdeP et ce, à chacune de ces étapes.

### 6.1 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET PRINCIPAUX CONSTATS

Nous résumons les principaux constats qui se dégagent de l'analyse réalisée et présentée au chapitre précédent.

#### 6.1.1 La synthèse de l'analyse globale des articles

L'analyse globale des articles rapportant des expériences de CdeP a montré que :

- Ces CdeP menées dans le domaine de la santé sont déployées eu égard aux maladies chroniques identifiées par l'OMS ou l'Institut de la statistique du Québec, mais également dans une perspective élargie de services dispensés à long terme, eu égard par exemple à : la santé dentaire des personnes âgées, le vieillissement, le tabagisme, la planification familiale, la santé infantile, etc.
- Les CdeP sont (ici) plus fréquemment menées dans une formule de rassemblement de membres issus d'établissements géographiquement dispersés afin de se pencher sur une problématique complexe partagée.

- Dépassant les frontières géographiques, les CdeP rapportées démontrent le caractère essentiel des rencontres en présentiel pour donner du poids aux communications à distance en favorisant la confiance et la cohésion. Outre la communication à distance rendue possible, la bi-modalité permet de répondre à l'attrait qu'exercent aujourd'hui les moyens technologiques de communication (vidéoconférence, courriel, forum de discussion, portail web, etc.).
- Les auteurs recourent davantage à une conceptualisation axée sur les disciplines que sur les professions et n'en offrent aucune opérationnalisation. Le fait qu'il s'agit de recherches menées hors des milieux de soins mais plutôt en parallèle, impliquant la plupart du temps un faible nombre de profils professionnels, peut contribuer à cette non-opérationnalisation.
- L'élément déterminant à relever paraît être le fait que les recherches décrites portent sur des CdeP dites centrées sur le patient mais que seulement l'une d'entre elles (sur 13 articles) fait intervenir des patients (dans la collecte d'informations nécessaires à l'activité menée par cette CdeP).

### **6.1.2 La synthèse de l'analyse du contenu des principales parties des articles**

L'analyse du contenu, notamment l'ancrage conceptuel de chacun des articles à travers ses principales parties, nous a permis de dégager des constats instructifs eu égard à l'appropriation conceptuelle de la notion de CdeP et à son applicabilité, en l'occurrence dans le domaine de la santé.

Ainsi donc, l'analyse de la problématique a révélé que l'expérience de CdeP est presque toujours menée pour parvenir à un but et rarement à titre de véritable objet de recherche dont le processus serait documenté. De ce fait, le concept de CdeP et son application se positionnent de manière secondaire dans les expériences rapportées. Néanmoins, les problématiques exposées insistent sur l'importance de la collaboration dans une perspective d'amélioration des pratiques. Par ailleurs, la description de l'expérience a montré que la CdeP, comme notion, est peu opérationnalisée et son action (mise en application) est peu fréquemment rapportée en référence à un cadre conceptuel. Enfin, la « présentation-discussion » des résultats est (encore moins) opérationnalisée mais la référence à l'expérience

pratique abonde, ce qui marque son importance dans les expériences en CdeP dans le domaine de la santé. D'ailleurs, en finale, la référence à la collaboration interprofessionnelle (dimension relationnelle) domine à nouveau les résultats rapportés.

Pour mieux éclairer les constats qui se dégagent de l'analyse de chacune des sections des articles, il nous paraît approprié de les expliciter.

*L'analyse de la problématique de chacun des articles révèle que :*

- Les CdeP s'imposent, surtout comme des moyens pour parvenir à une fin dans le cadre des problématiques annoncées (9 sur 13) : amélioration de la qualité des services de soins, prévention de la maladie, formation en milieu de soins. Ainsi, les CdeP représentent une fin en soi ou, dit autrement, l'objet comme tel de la problématique de recherche de seulement deux articles. Deux autres articles portent davantage sur les modes de communication (vidéoconférence et forum de discussion) comme moyen de rassemblement des CdeP.

Il apparaît donc que la documentation du processus d'une CdeP s'inscrivant dans le cadre d'une pratique de soins paraît peu valorisée.

- Le concept de CdeP est omniprésent dans seulement cinq des problématiques exposées. Dans les problématiques des huit autres articles, elles se positionnent de manière secondaire. Ainsi, les problématiques sont plus axées sur :
  - ✓ des formulations amenées comme synonymes du concept de CdeP;
  - ✓ le but des CdeP davantage que sur leur action ou leur processus;
  - ✓ les formules de communication des CdeP.

Enfin, dans le cadre d'un article, la CdeP émerge comme formule appropriée de travail d'équipe en cours de processus et non pas d'emblée comme formule de mise en commun.

Ainsi, les CdeP comme objet de recherche de premier plan paraît peu valorisé.

- La majorité des problématiques (8 sur 13) donnent une plus grande importance au pôle collaboratif (ou relationnel) qu'au pôle cognitif et ce, dans l'optique d'une meilleure pratique. Ainsi, dans le cadre de :

- ✓ quatre problématiques, la collaboration est valorisée dans le but d'obtenir une meilleure pratique;
- ✓ quatre autres problématiques, la collaboration porte en elle un potentiel partage de connaissances, lequel advient quasi en guise de bénéfice secondaire à la collaboration;
- ✓ cinq problématiques, le partage des connaissances est au premier plan de la problématique et requiert la collaboration interprofessionnelle. La collaboration est donc une stratégie, un moyen et non pas une finalité.

La collaboration est donc positionnée comme essentielle et incontournable, même lorsque le partage de connaissances est au premier plan des ambitions.

*L'analyse de la description de l'expérience menée (mise en application)*

Soulignons d'abord que les auteurs sont peu nombreux à opérationnaliser la notion de CdeP, à la définir et à décrire son action dans un cadre conceptuel. Ainsi :

- Lorsque la définition de la CdeP est explicitée (11 articles sur 13), elle s'appuie fréquemment sur les travaux de Wenger (1998) et Wenger, McDermott et Snyder (2002). La première référence est citée en invoquant les trois éléments constitutifs et interreliés des CdeP (domaine, communauté et pratique) ainsi que sa définition plus explicite. Quant à la deuxième référence, elle contribue davantage à un ancrage théorique de l'expérience menée. Par exemples, les conspets suivants sont invoqués : *entité sans cesse (re)négociée, changement d'identité, échange de connaissances tacites et explicites*. L'ancrage social de l'apprentissage est alors omniprésent.
- Tout comme la notion de CdeP en elle-même, sa mise en application, ou son déploiement pourrait-on dire, est peu conceptualisée. Dans l'ensemble, les expériences menées sont rapportées en s'appuyant sur des concepts qui représentent des fondements théoriques des CdeP mais jamais sur un grand nombre (maximum 10 concepts dans cette partie centrale des articles consacrés à la description de l'expérience).
- Par ailleurs, rarement plus de deux articles font référence à un même concept fondamental, comme par exemple, *evidence-based practice, shared identity, social fabric of learning*,

*domain – community and practice, peripheral participation, chronic care model, Innovative care for chronic conditions model, complexity theory, complex system, collaborative learning networks, explicit and tacit knowledge, knowledge transfer.*

- Dans le cadre de l'expérience, contrairement à l'exposition de la problématique, les propos des 13 articles réfèrent davantage à la fusion ou à la complémentarité des pôles cognitif (connaissances) et collaboratif (relationnel). La concomitance des deux dimensions est ici (davantage) mise de l'avant. Il va sans dire que cela n'exclut pas la dimension relationnelle qui est présente (et inévitable) mais sans dominer les propos.

Ainsi, une fois la problématique exposée en mettant de l'avant la collaboration essentielle pour une pratique bonifiée, les articles se centrent davantage sur la fusion des deux dimensions relationnelle et cognitive lorsqu'ils décrivent l'expérience de la CdeP. Ce constat met en évidence que la dimension collaborative demeure au cœur du paradigme ultime des CdeP centrées sur la bonification de la pratique.

#### *L'analyse des résultats rapportés*

- La conceptualisation des résultats est encore moins présente que dans le cadre de la description de l'expérience.
- La référence à l'expérience pratique ressort des résultats.
- Les articles sont nombreux à appuyer fortement leur analyse des résultats escomptés sur le pôle relationnel.

Le peu de conceptualisation est probablement attribuable, en partie du moins, au fait que les CdeP sont davantage positionnées comme moyen que comme finalité ou objet de recherche.

Néanmoins, ces constats nous amènent à penser que peu importe si l'expérience de CdeP représente un moyen ou une fin en soi, son déploiement s'avère déterminant quant aux effets sur la pratique. Ainsi, la collaboration favorise le transfert et l'échange de connaissances entre les membres et, de là, advient une possible transposition des connaissances sur la pratique.

### 6.1.3 Les prérequis et les retombées ainsi que les freins et obstacles à une expérience de CdeP

Dans les résultats rapportés, les articles concluent fréquemment en mentionnant les prérequis au succès d'une CdeP, à ses retombées. Les obstacles ou freins à l'action prévue sont également soulignés et méritent d'être résumés.

#### *Les prérequis à une expérience de CdeP identifiés par les auteurs*

L'analyse de l'expérience menée et des résultats obtenus amène les auteurs à identifier les prérequis à une expérience de CdeP réussie. Ces prérequis valorisent le pôle collaboratif (relationnel), ce qui va dans le sens de l'analyse que nous avons réalisée et rapportée précédemment, à savoir :

- guider et soutenir la formation de la CdeP (préalablement à son action);
- former une équipe avant la collaboration puis favoriser l'interaction;
- reconnaître et soutenir la collaboration;
- déployer un environnement de travail propice à la collaboration;
- identifier un but partagé qui motive un projet commun;
- attribuer des rôles déterminants, en plus d'assurer la participation de gestionnaires;
- reconnaître et dépasser les différences eu égard aux profils des participants;
- favoriser la diversité des profils professionnels dans une CdeP « égalitaire »;
- valoriser un mode d'organisation davantage à l'horizontale qu'à la verticale et abolir les relations hiérarchiques;
- stimuler une participation évolutive (c'est-à-dire une participation qui se développe en cours de processus).

Ces prérequis à une collaboration professionnelle réussie mettent en évidence l'importance de bien soutenir l'activité des membres qui composent la CdeP, ce qui paraît requérir l'action concrète d'un guide, animateur, accompagnateur ou facilitateur.



### *Les retombées attribuées à l'expérience de CdeP réussie*

Plusieurs retombées mettent en évidence la fusion des dimensions collaborative (relationnelle) et cognitive. On voit là que la pratique de soins en CdeP représente un enjeu déterminant la mise en commun, le partage des connaissances, ce qui requiert la collaboration. Toutefois, les retombées attribuables à la dimension relationnelle, en elle-même ou en lien avec la pratique, sont somme toute plus fréquemment mentionnées que celles qui se rapportent uniquement à la dimension cognitive.

- Les dimensions collaborative (relationnelle) et cognitive fusionnées
  - ✓ Une CdeP permet d'« apprendre en travaillant tous ensemble ».
  - ✓ Une CdeP génère une pratique de soins « basée sur l'évidence ».
  - ✓ Une CdeP favorise le processus d'échange de connaissances et le développement d'une vision commune en faisant tomber les barrières entre les différents groupes.
  - ✓ Une CdeP permet un partage d'informations, d'idées ou d'opinions, ce qui accélère le processus d'apprentissage.
  - ✓ Une CdeP favorise la dissémination et l'adoption des connaissances, ce qui génère une pratique transformée de laquelle émerge l'expertise.
  
- La dimension collaborative (relationnelle) dans l'optique d'une pratique bonifiée ou du moins, transformée
  - ✓ L'effet de la CdeP sur la motivation de ses membres.
  - ✓ L'applicabilité et la qualité du produit final créé en CdeP.
  - ✓ Une CdeP qui favorise la collaboration interprofessionnelle, soutient une collaboration multisites et permet un tissage de liens solides.
  - ✓ Une CdeP permet le dépassement de la hiérarchie, génère un changement de culture de travail.
  - ✓ La CdeP permet d'aller au-delà de la hiérarchie, ce qui conduit à une pratique professionnelle mieux intégrée.

- La dimension cognitive

Bien que moins fréquemment invoquées, les bénéfices associés à la dimension cognitive apparaissent intéressants, dans la mesure où ils mettent en évidence le pragmatisme des CdeP, en insistant sur l'environnement de travail qui devient alors un environnement d'apprentissage.

- ✓ L'apprentissage expérientiel favorisé en CdeP ou des connaissances pratiques bonifiées.
- ✓ La mise à jour des connaissances en CdeP ou La formation continue.

La dimension collaborative (relationnelle) à la base de la mise en commun des connaissances essentielles à une pratique réussie n'est cependant pas acquise, comme le révèle une série d'obstacles identifiés.

*Les obstacles « relationnels » à une expérience de CdeP réussie*

Nonobstant les retombées attribuées à l'expérience en CdeP, plusieurs articles mentionnent des obstacles ou des freins à cette expérience de collaboration interprofessionnelle, lesquels se rapportent essentiellement à la dimension relationnelle, collaborative.

Ces constats mettent en évidence le défi que représente la mise en commun en CdeP lorsqu'il s'agit de la pratique de soins et viennent clore notre synthèse.

- **Une participation et un engagement variables**

Plusieurs articles insistent sur la participation non généralisée, le non-engagement d'acteurs centraux ou la participation périphérique ancrée, ce qui révèle la nécessité d'une conception de la CdeP préalablement partagée et d'une identité professionnelle déjà construite.

Enfin, un article insiste sur le fait qu'une participation non généralisée représente un risque d'échec du fait qu'elle favorise le désengagement de participants-clés.

- **Une collaboration interprofessionnelle difficile**

Des articles insistent sur les difficultés rencontrées eu égard à la collaboration interprofessionnelle :

- ✓ une discordance face aux attentes et aux buts selon les professions;
- ✓ des activités non appropriées à toutes les professions;
- ✓ une CdeP inégalement valorisante pour les professions impliquées;
- ✓ des profils professionnels inégalement sollicités, impliqués (notamment : travailleurs sociaux et médecins).

▪ **La difficulté d'une collaboration interprofessionnelle à distance**

Par ailleurs, des articles font part de leurs constats lorsqu'il s'agit de CdeP en ligne :

- ✓ une participation en ligne plus grande chez des participants plus âgés;
- ✓ des rencontres en présentiel nécessaires aux CdeP à distance.

Ces constats s'appuient sur une synthèse de l'analyse que nous avons menée et la discussion qui suit permettra de clore notre synthèse des expériences de CdeP répertoriées dans la littérature dans le domaine de la santé lorsqu'il s'agit de maladies chroniques.

## 6.2 DISCUSSION DES RÉSULTATS

Les résultats qui ont émergé de notre analyse approfondie des articles sont discutés à la lumière de notre cadre théorique (Chapitres I à III) et en s'appuyant sur les questions de recherche qui ont émergé. Cette discussion vise ultimement la rencontre de l'objectif général de notre thèse qui était d'**analyser et comprendre des expériences (rapportées dans la littérature) de collaboration interprofessionnelle au sein de communautés de pratique centrées sur le patient atteint de maladies chroniques.**

Rappelons que la rencontre de cet objectif général s'est appuyée sur les objectifs spécifiques qui en découlaient, donnant forme à une grille d'analyse (Annexe 3) fidèle à notre cadre conceptuel, lequel s'avère alors omniprésent dans l'analyse réalisée. Ainsi, ces objectifs spécifiques et les interrogations sous-jacentes guideront notre discussion des constats issus de notre analyse des expériences de CdeP rapportées.

### 6.2.1 L'opérationnalisation de la notion de CdeP

Comme nous l'avons vu, notre analyse des expériences de CdeP rapportées dans les articles sélectionnés a d'abord porté sur l'opérationnalisation de la notion de CdeP, qui est au cœur de notre premier objectif spécifique : **analyser la cohérence entre l'opérationnalisation de la notion de CdeP comme formule de mise en commun valorisée par les auteurs et l'application qu'ils en rapportent dans le cadre d'expériences menées dans le domaine de la santé, lorsqu'il s'agit de maladies chroniques.**

Dans la perspective de nos interrogations de départ sur l'opérationnalisation des expériences, les constats rapportés à la section précédente nous démontrent que la notion de CdeP est conceptuellement et pratiquement peu étayée dans la majorité des articles analysés. Cela s'explique par le fait que, dans la plupart de ces articles, les CdeP ne représentent pas un véritable objet de recherche mais plutôt un moyen pour parvenir à une fin (c'est-à-dire une autre finalité) mieux documentée.

Dans ce contexte, les CdeP sont positionnées de manière secondaire dans la majorité des articles, à commencer par l'exposition de la problématique. La notion même de CdeP est définie en s'appuyant sur les travaux de Wenger (1998) ou de Wenger, McDermott et Snyder (2002), mais des synonymes non définis sont fréquemment substitués à une définition littéraire préalable.

Dans la même veine, les auteurs sont peu nombreux à décrire l'action de la CdeP en s'appuyant sur un cadre conceptuel de référence. L'expérience est donc peu opérationnalisée. En effet, comme on l'a vu, la majorité des articles décrivent l'expérience en s'appuyant sur quatre concepts (ou vocables opérationnels) ou moins. En outre, mises à part les notions *domaine*, *community* et *practice* (Wenger, McDermott et Snyder, 2002) auxquelles se réfèrent quatre articles (sur 13), jamais plus de deux articles appuient leur rhétorique sur un concept commun, en l'occurrence la question d'identité (professionnelle), la participation périphérique, le *Chronic Care Model* et les connaissances tacites. Enfin, l'article de Wenger, McDermott et Snyder (2002) paraît davantage favoriser un ancrage (plus) théorique de l'expérience : entité sans cesse (re)négociée, changement d'identité, échange de connaissances tacites et explicites.

L'ancrage social de l'apprentissage y est omniprésent et la théorisation semble ici (plus) applicable.

Finalement, la conceptualisation des résultats rapportés est (encore) moins grande que dans la description de l'expérience et les passages davantage conceptualisés reprennent presque toujours la conceptualisation avancée dans la section qui décrit l'expérience. Seulement deux articles commentent leurs résultats en recourant à une conceptualisation bonifiée.

Ainsi, pour répondre aux interrogations de cette recherche, les CdeP ne semblent pas s'imposer comme un modèle de collaboration interprofessionnelle dont les repères conceptuels facilitent une mise en application (explicite) dans le domaine de la santé. Dans cette optique, la majorité des articles paraissent valoriser une opérationnalisation plutôt pragmatique, à proximité de la « réalité-terrain », recourant peu à la conceptualisation.

Il n'est donc pas étonnant que d'autres formulations lui fassent concurrence. En effet, des synonymes, issus du vocabulaire de tous les jours (par exemple : équipe, réseau), révèlent la fragilité conceptuelle de cette formule de mise en commun professionnelle. Toutefois, les notions de communauté d'apprentissage, d'organisation apprenante ou de communauté épistémique ne sont pas confondues ou interchangées dans les propos des auteurs (un article référant une seule fois à la communauté d'apprentissage). Il va sans dire que l'expérience de mise en commun est tellement peu décrite que nous ne pouvons statuer sur l'adéquation du recours à la formulation « CdeP ». Ainsi, s'agit-il plutôt d'une autre des formules applicables au domaine de la santé qui, sur le registre de mise en commun, favorise la collaboration (communauté d'apprentissage, organisation apprenante) ? Ou encore, bien que cette formule s'applique davantage au domaine de l'éducation, s'agit-il d'une communauté d'apprenants ? Compte tenu qu'un article réfère à un contexte de formation en milieu de pratique, ce pourrait être le cas. En fait, comme nous l'énoncions précédemment, on ne peut statuer quant à l'adéquation de la formule collaborative en CdeP, car l'action de partage et de mise en commun est peu décrite. De plus, dans les articles analysés, l'opérationnalisation abrégée de l'expérience explique que les CdeP sont exceptionnellement associées à des modèles complémentaires, tel celui de système adaptatif complexe (pour un rappel de la définition, voir

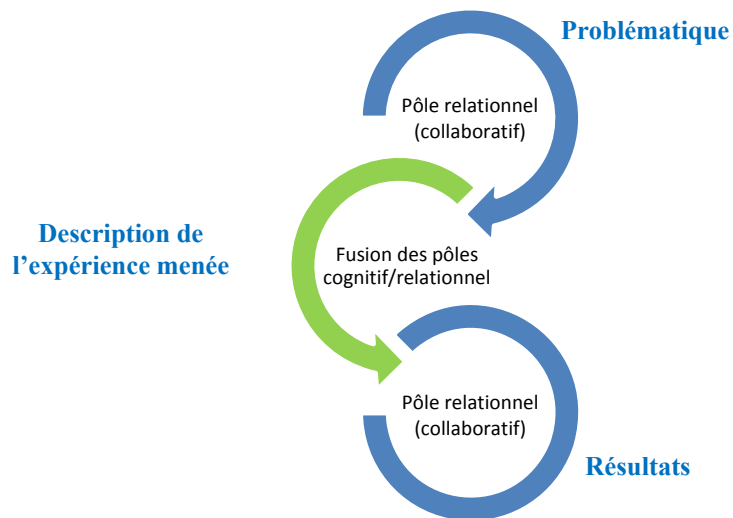
Brown, 2006; Leykum *et al.*, 2007; Plsek et Greenhalgh, 2001) ou le modèle de prise en charge des maladies chroniques et ses versions bonifiées (développé par Wagner *et al.*, 1999).

Par ailleurs, nous constatons que la notion de coopération n'est jamais invoquée, ce qui ne garantit toutefois pas que la mise en commun soit nécessairement de l'ordre de la collaboration, comme cela le laisse entendre. Encore une fois, l'expérience menée en CdeP n'est pas suffisamment détaillée pour qu'on puisse discriminer l'adéquation conceptuelle de la formule de mise en commun, en l'occurrence la collaboration. En outre, rappelons que ce concept de collaboration n'est défini par aucun auteur. Ainsi, tel que mentionné dans le cadre théorique, « le domaine d'activité, s'ajoutant au registre de mise en commun valorisé (continuum de coordination, coopération et collaboration) au cours du processus de développement des apprentissages (mis en application ou pas) s'impose comme les variables déterminantes qui permettent de distinguer chaque formule de mise en commun ». Or, bien que se déroulant dans le domaine de la santé, les expériences rapportées dans les articles analysés ne sont pas suffisamment explicites pour conclure quant à la bonne application de la formule « communauté de pratique ».

De même, les notions de « professionnalité » et de « disciplinarité » sont utilisées indistinctement et sans les définir. Alors que le cadre théorique visait l'investigation de la mise en application de l'interdisciplinarité rapportée dans les articles soumis à l'analyse, l'absence d'opérationnalisation en la matière nous empêche, ici encore, de statuer quant à l'adéquation conceptuelle du terme utilisé. En référence à Couturier *et al.* (2008) ainsi qu'à Rege Colet (2002) (voir le cadre théorique), nous nous serions attendue à ce que les articles faisant état des expériences de CdeP, eu égard à une problématique de soins, réfèrent davantage à l'interprofessionnalité qu'à l'interdisciplinarité. En effet, celle-ci « se situe au niveau des connaissances et des savoirs scientifiques, alors que les professions exploitent ces savoirs pour en déduire des compétences et attitudes », ce qui s'inscrit plus directement dans une pratique « centrée sur le patient ».

Enfin, nous constatons un aller-retour à la dimension relationnelle, en passant par la fusion des dimensions relationnelle et cognitive. En effet, comme l'illustre la figure 22 qui suit, une fois la problématique exposée, mettant de l'avant l'essentielle collaboration pour une pratique

bonifiée, les articles se centrent surtout sur la fusion des dimensions relationnelle et cognitive lorsqu'ils décrivent l'expérience de CdeP. Par la suite, dans le cadre de la présentation et de la discussion des résultats, nous observons un retour à la dimension relationnelle. Chaque étape de l'expérience menée en CdeP est alors centrée sur la bonification de la pratique. Ces constats s'avèrent intéressants, dans la mesure où la collaboration apparaît comme le pilier, la fondation du transfert et de l'échange de connaissances entre les membres et, de là, advient une possible transposition des connaissances qui influe sur la pratique. Enfin, ce constat rejoint la vision de D'Amour *et al.* (2005) ainsi que D'Amour et Oandasan (2005) (voir le cadre théorique) qui positionnent la dimension cognitive comme un bénéfice secondaire au pôle collaboratif, lequel apparaît comme le fondement de leur conception de l'interdisciplinarité. Il rejoint également le modèle de D'Amour, Goulet, Labadie, San-Martin-Rodriguez et Pineault (2008), davantage centré sur la dimension collaborative que sur la dimension épistémologique ou cognitive (voir également le cadre théorique).



*Figure 22.* Aller-retour vers le pôle relationnel (collaboratif) : pilier du transfert de connaissances.

Tout compte fait, l'opérationnalisation (limitée, oserions-nous dire) de l'expérience, nous amène à penser qu'un abrégé de l'œuvre conceptuelle de Wenger et de ses collaborateurs – axée sur un cadre pragmatique présentant des références à des problématique de soins ou de santé – soutiendrait les chercheurs qui visent le déploiement de CdeP centrées sur le patient.

En effet, il nous semble que le cadre conceptuel des CdeP offre une rhétorique rassembleuse, valorisante, eu égard à cette formule de mise en commun, mais sa transposition dans l'action paraît moins facilement transmissible. L'appropriation des concepts paraît difficile et son applicabilité fragilisée. Ainsi, nous croyons qu'une conceptualisation ancrée dans la pratique de soins permettrait une mise en application plus rationnelle et rigoureuse, et ainsi, plus propice à générer de nouvelles perspectives. Enfin, l'expérimentation d'une CdeP comme finalité, objet de recherche dont l'action porterait sur une problématique de soins bien réelle et se déroulant sur le terrain, serait à valoriser. Une telle CdeP gagnerait alors à être composée non seulement de professionnels des soins mais aussi de patients ou de proches concernés par une problématique rassembleuse réellement centrée sur le patient.

### **6.2.2 Les retombées associées à la dimension collaborative (relationnelle) ou à la dimension cognitive (connaissances)**

L'analyse des résultats rapportés dans les articles démontre que les retombées attribuées à l'expérience de CdeP sont assez nombreuses. Ainsi, une analyse détaillée a permis la rencontre d'un deuxième objectif spécifique qui émanait de notre cadre conceptuel, soit de **vérifier dans quelle mesure les retombées attribuées à la collaboration interprofessionnelle, au sein de CdeP œuvrant auprès de patients atteints de maladies chroniques, sont reliées à la dimension collaborative (dynamique relationnelle) ou à la dimension cognitive (partage et co-construction de connaissances).**

En fait, notre analyse a mis en évidence que les retombées se rapportent le plus souvent à la pratique bonifiée, ce qui s'avère être en parfaite adéquation avec la mission de soins. Plusieurs des articles étudiés identifient des éléments déterminants, eu égard à cette pratique bonifiée.

- La qualité et l'applicabilité du produit final créé par une CdeP (en l'occurrence les *guidelines*), en accroissent la validité, l'appropriation et, ultimement, l'utilisation dans une perspective d'amélioration continue.
  - ✓ La CdeP permet d'aller au-delà de la hiérarchie, ce qui conduit à une pratique professionnelle mieux intégrée.
  - ✓ La collaboration en CdeP renforce la motivation de ses membres.
  - ✓ La CdeP génère une pratique de soins « basée sur l'évidence ».



À l'instar de Wenger (1998), nous dirions que ces retombées mettent en évidence « la portée de la pratique dans la notion de communauté ». De plus, les dimensions sociales de la pratique partagée en communauté sont probablement au cœur de ces retombées (engagement mutuel, entreprise conjointe et répertoire partagé), ce que nous ne pouvons toutefois pas confirmer car la description de l'expérience menée n'est pas suffisamment explicite dans les articles analysés.

Notre analyse des résultats rapportés montre aussi que les retombées associées aux CdeP sont tout de même assez nombreuses à mettre en évidence la fusion des dimensions relationnelle et cognitive, ce qui montre que la pratique de soins représente un enjeu déterminant la mise en commun des connaissances en CdeP. Ainsi, elle :

- ✓ permet d'« apprendre en travaillant tous ensemble »;
- ✓ favorise le processus d'échange de connaissances et le développement d'une vision commune en faisant tomber les barrières entre les différents groupes;
- ✓ permet un partage d'informations, d'idées ou d'opinions qui accélère le processus d'apprentissage;
- ✓ favorise la dissémination et l'adoption des connaissances, ce qui génère une pratique transformée de laquelle émerge l'expertise.

En nous appuyant sur les conclusions de Wenger *et al.* (2002), on voit là que « la collaboration devient un élément central pour le tissage de liens, le partage des connaissances et la concertation autour de questions et d'actions communes ».

De plus, nous constatons que le pôle relationnel se dégage assez souvent des retombées attribuées à cette expérience. Ainsi, une CdeP :

- ✓ favorise la collaboration interprofessionnelle
- ✓ soutient une collaboration multisites
- ✓ permet un tissage de liens solides,
- ✓ permet le dépassement de la hiérarchie, ce qui génère un changement de culture de travail.

Ces retombées rejoignent l'apport de cette formule collaborative que nous avons mise en évidence dans le cadre théorique à savoir, « l'essentiel ancrage social d'une gestion optimale des savoirs et des connaissances ».

Quant à la dimension cognitive elle-même, c'est-à-dire axée sur les connaissances ou sur l'apprentissage, elle est peu évoquée dans les retombées identifiées. L'intérêt des retombées valorisant la dimension cognitive tient uniquement au fait que les CdeP offrent une forme de pragmatisme eu égard à l'apprentissage partagé car l'environnement de travail devient un environnement d'apprentissage qui donne lieu à :

- ✓ un apprentissage expérientiel favorisé en CdeP, ce qui génère des connaissances pratiques bonifiées;
- ✓ une mise à jour des connaissances en CdeP ou une formation continue.

Comme quoi « les connaissances pour les connaissances » ne suffisent pas, elles doivent être liées à l'action, notamment lorsqu'il s'agit de résolution de problème dans le contexte de complexité que représente la pratique de soins.

Enfin, cette analyse des retombées attribuées aux expériences de CdeP menées vont dans le sens de ce que Li *et al.* (2009b) rapportaient, à savoir que l'apprentissage et le partage d'informations à travers la socialisation représentent leur principal apport. De plus, ces retombées rejoignent les constats de Greenfield (2007), qui insiste sur l'importance de la dimension sociale de l'apprentissage ancré dans l'action pratique et la mise en commun avec les pairs, deux éléments essentiels au développement des connaissances professionnelles et de l'identité professionnelle, ce qui permet un retour sur la pratique, un ajustement permanent et le développement d'une pratique partagée signifiante.

### **6.2.3 Les facteurs facilitant le développement d'une collaboration interprofessionnelle en CdeP et les obstacles à cette collaboration**

L'analyse des résultats des expériences menées a fait ressortir les prérequis à la collaboration interprofessionnelle ou, autrement dit, les facteurs qui la facilitent ainsi que ceux qui la freinent ou lui font obstacle, ce qui a permis la rencontre de notre troisième objectif : **identifier les obstacles et les facteurs qui facilitent le développement d'une collaboration inter-professionnelle favorable au partage et à la co-construction des connaissances au sein de communautés de pratique œuvrant auprès de patients atteints de maladies chroniques.**

L'expérience menée et les résultats obtenus amènent les auteurs à identifier les prérequis à une expérience de CdeP réussie. Ces prérequis valorisent le pôle relationnel, comme nous l'avons rapporté précédemment.

En fait, ils mettent de l'avant l'importance à accorder à une étape préalable au véritable déploiement de la CdeP. Ainsi, les auteurs semblent avancer que les CdeP n'émergent pas comme par magie ou comme simple intention mais nécessitent un soutien à leur éclosion, à leur formation préalablement à leur action. Ainsi il importe de :

- ✓ guider et soutenir la formation de la CdeP (préalablement à son action);
- ✓ former une équipe avant la collaboration puis favoriser l'interaction;
- ✓ identifier un but partagé qui motive un projet commun;
- ✓ favoriser la diversité des profils professionnels dans une CdeP « égalitaire »;
- ✓ attribuer des rôles déterminants en plus d'assurer la participation de gestionnaires.

Dans cette perspective, l'attribution de rôles d'organisation/gestion paraît déterminante, eu égard à la collaboration déployée : facilitateur, coordonnateur, leader, gestionnaire de projet, gestionnaire de connaissances, qui sont autant de désignations utilisées. Dans le même ordre d'idées, l'implication d'un gestionnaire de l'établissement est valorisée. Ces préconisations quant à l'attribution des rôles rappellent que Li *et al.* (2009b) identifient la responsabilité des facilitateurs comme une importante thématique dans la revue de littérature qu'ils ont menée sur les CdeP dans le domaine de la santé. Qui plus est, selon eux, leur importance fait office de

déterminant, eu égard au succès ou à l'échec de la CdeP dans bon nombre d'études. Une autre revue de littérature (Greenfield, 2007) aborde également la question de l'importance des rôles de facilitateur et de formateur/mentor eu égard à l'intégration des nouveaux venus et à la formation des étudiants.

De plus, notre analyse des articles a mis de l'avant l'importance de stimuler et de soutenir la collaboration afin de favoriser une participation évolutive et de faire tomber un mode relationnel hiérarchique peu propice à l'engagement collaboratif. Il ressort alors des articles l'importance de :

- ✓ reconnaître et soutenir la collaboration;
- ✓ reconnaître et dépasser les différences eu égard aux profils des participants;
- ✓ valoriser un mode d'organisation davantage à l'horizontale qu'à la verticale, abolir les relations hiérarchiques;
- ✓ stimuler une participation évolutive, c'est-à-dire une participation qui se développe en cours de processus;
- ✓ déployer un environnement de travail propice à la collaboration.

Rappelons que le cadre conceptuel de notre recherche révélait que plusieurs auteurs abordent la question de la structure hiérarchique prévalant encore dans le domaine de la santé et qui agit comme un frein à la collaboration et à la dissémination des connaissances (Booth, 2007; Cox, 2005; Éraut, 2002; Li *et al.*, 2009b; Mooradian, 2006; Roberts, 2006; Van Beveren, 2003). Greenfield (2007) démontre comment les relations de pouvoir dans ce domaine s'avèrent déterminantes sur le développement des compétences, des connaissances et de la pratique réflexive. De plus, à cet effet, il faut rappeler l'observation de Roberts (2006) quant à l'importance de reconnaître le rôle du pouvoir dans une CdeP, car bien que des membres de statuts variés la composent, le pouvoir peut se manifester en termes de degré de participation. Dans la même veine, soulignons que plusieurs auteurs (Chen et de Almeida Neto, 2007; Daly, 2004; D'amour *et al.*, 2005a; Davoli et Fine, 2004; Freeth, 2001; Greenfield, 2007; McKeon, 2006) ont mentionné que la reconnaissance de la complémentarité des rôles professionnels va de pair avec la confiance mutuelle, laquelle est une condition primordiale à la collaboration.

Quant au caractère essentiel d'un environnement de travail propice à la collaboration, notre cadre conceptuel a montré que la littérature identifie plusieurs éléments du domaine de la santé qui concourent à compliquer la collaboration, à commencer par l'individualisme ambiant, le travail en silo (Cox, 2005; Roberts, 2006; Van Beveren, 2003). D'ailleurs Greenfield (2007) note que la majorité des études dans le domaine de la santé portent sur des CdeP uniprofessionnelles (infirmières ou médecins). Enfin, d'autres éléments participent à l'inadéquation de l'environnement de travail dans les infrastructures actuelles dans le milieu de la santé : la gestion serrée du temps, peu propice à l'engagement dans une CdeP et la rotation du personnel (Cox, 2005; Roberts, 2006).

En fait, bien que des retombées soient attribuées aux expériences de CdeP analysées, plusieurs auteurs rapportent des obstacles ou des freins à cette expérience de collaboration interprofessionnelle. Il est intéressant de constater qu'alors que les retombées incombent fréquemment à une collaboration axée sur le partage des connaissances (pôles collaboratif et cognitif fusionnés) et que les prérequis ou conditions favorables sont liés à la collaboration, les freins et les obstacles relèvent aussi de la collaboration entre les membres impliqués.

Ces obstacles et ces freins mettent en évidence le défi que représente la mise en commun dans une CdeP dans le domaine de la santé. Ainsi, certains des articles analysés commentent l'engagement variable, l'adoption d'une participation périphérique (et non pas provisoire) et le non-engagement d'acteurs centraux, ce qui favorise la démotivation et accroît le risque d'échec. Ces constats vont dans le sens de la remarque de Roberts (2006) voulant que les membres, d'abord en périphérie, ne vont pas nécessairement assumer par la suite une pleine participation, faisant que le sens émanant des activités de la CdeP peut alors demeurer le reflet de ceux qui sont en position de pouvoir. Les articles montrent aussi que l'interprofessionnalité semble difficile : discordance entre les professions eu égard aux attentes, buts et activités valorisés, en plus d'un manque d'engagement de certains profils (en l'occurrence médecins et travailleurs sociaux). Ceci relève de la confiance à développer au-delà de la reconnaissance des différences et de la hiérarchie à dépasser. Comme nous l'avons vu un peu plus haut, il s'agit là de conditions essentielles à la collaboration.

Enfin, la collaboration interprofessionnelle en ligne paraît requérir des rencontres en présentiel, ce qui valorise la bimodalité des CdeP. Tout comme Greenfield (2007) et Mooradian (2006) le rapportent, cette formule bi-modale peut aider au développement de la confiance qui s'établit moins facilement lorsque la technologie est l'unique mode de liaison.

## CONCLUSION

Notre recherche a permis la rencontre de notre objectif principal qui était d'analyser et de comprendre les expériences, rapportées dans la littérature, de collaboration interprofessionnelle au sein de communautés de pratique centrées sur le patient atteint de maladies chroniques. À la lumière des objectifs spécifiques soutenant cette intention, nous avons été en mesure de (1) décrire l'opérationnalisation de la notion de CdeP et de son application dans le cadre d'expériences menées; (2) vérifier dans quelle mesure les retombées attribuées à la collaboration interprofessionnelle, au sein de ces CdeP sont liées à la dimension collaborative (dynamique relationnelle) ou à la dimension cognitive (partage et co-construction de connaissances); (3) identifier les obstacles et les facteurs qui facilitent le développement d'une collaboration interprofessionnelle favorable au partage et à la co-construction des connaissances au sein de ces communautés de pratique rapportées.

La force de notre recherche nous paraît attribuable, entre autres, à la méthodologie développée pour assurer à la fois la recherche des documents, leur sélection finale, le développement d'une grille d'analyse et son application sur les articles retenus. La métasynthèse (Beaucher et Jutras, 2007) appliquée dans une perspective interprétative (Gadamer, 1993/1996), nous a en effet permis d'opérer l'analyse requise des fondements conceptuels et théoriques des expériences de CdeP rapportées, pour en arriver à répondre à nos objectifs spécifiques. La rigueur de notre perspective interprétative s'est en fait appuyée sur un découpage conceptuel et théorique mené en amont de sa mise en application sur les articles retenus. Ainsi, le développement de notre problématique et le cadre conceptuel qui a suivi, ont permis de dresser un portrait théorique et conceptuel complet et solide de la notion de communauté de pratique, donnant forme à des repères capables de soutenir une analyse interprétative se démarquant par sa rigueur. Rappelons brièvement les points majeurs à la base de cette thèse.

En fait, dès son amorce, notre recherche nous a permis de confirmer l'intérêt, la pertinence et l'adéquation de la problématique que nous avons préalablement délimitée et circonscrite dans la perspective de la complexité actuelle de la pratique de soins de santé. Pour commencer, eu

égard à la notion de complexité, sans en faire un objet d'étude central, il nous est apparu essentiel de délimiter ses fondements épistémologiques et ce, afin de ne pas y recourir de manière abusive --comme cela semble souvent le cas dans les médias grand public--, ou de manière peu circonscrite --comme cela est le cas dans la littérature scientifique--, où sa popularité est néanmoins constatée. Abdelmalek (2004) formule de manière éloquente le caractère approximatif de cette notion de complexité et le développement de son usage :

Au sens courant, réducteur et inexact de complication, le terme « complexité » servait d'excuse au manque de théorie et d'explication. De justification, il est devenu problème, lui-même objet d'étude. La complexité a évolué dans le contexte scientifique et épistémologique contemporain et a pris, dans les sciences sociales, une ampleur considérable.

Ainsi, cette attention portée à la notion de complexité, qui plus est dans l'optique des soins des maladies chroniques, a permis d'en confirmer l'adéquation sémantique et la pertinence, voire l'importance, dans le cadre de la problématique des soins des maladies chronique. Sans prétendre avoir relevé « le défi » que pose cette notion, la pertinence de l'avoir délimitée et ensuite positionnée dans le domaine de la santé, nous paraît avoir été fécond. Ici encore, comme Abdelmalek le formule si bien, la complexité de la réalité (dans les soins de maladies chroniques pourrions-nous dire) et le défi qu'elle représente se devait d'être d'emblée posé.

Pour en revenir à la « complexité », on notera que loin d'être un « remède à tous les maux de l'esprit » ou encore une « potion magique », elle est, pour Edgar Morin – et pour nous tous – un défi; encore fallait-il proposer de le relever ! Tous ceux qui ont lu Edgar Morin savent – parce qu'ils ne le jugent pas selon les « ragots du microcosme » – que les défis sont nombreux et que la réalité est complexe.

En fait, l'étude de la complexité associée aux maladies chroniques nous a permis de mieux saisir le caractère impérieux de revoir l'approche clinique dite « en silo », valorisant la spécialité professionnelle (encore) aujourd'hui déployée et ce, en dépit de l'incertitude qui caractérise ces maladies et la prise en charge à long terme qu'elles obligent, par des professionnels aux profils variés.

De plus, la présentation du Système adaptatif complexe (Fraser et Greenhalgh, 2001; Plsek et Greenhalgh, 2001; Plsek et Wilson, 2001 et Wilson *et al.*, 2001), comme représentation ou façon de concevoir une pratique interprofessionnelle adaptée à la complexité, ainsi que la présentation de modèles de soins intégrés eu égard aux maladies chroniques ont permis de



mettre en perspective l'essentiel changement de paradigme associé à cette pratique de soins incertaine, dont la prise en charge est à long terme. Sans toutefois représenter un objet d'étude comme tel, ces modèles et ce système (de soins) ont apporté à notre recherche le bénéfice de mettre au premier plan l'importance d'une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient, dans le but de s'arrimer à la complexité des maladies chroniques et d'envisager les communautés de pratique (CdeP) comme formule de collaboration interprofessionnelle appropriée.

Rétrospectivement, nous constatons que l'étayage de cette problématique a entraîné l'émergence de l'objectif général de notre recherche et ce, de « manière naturelle » pourrait-on dire. En effet, une intention de vérifier l'adéquation des CdeP comme un mode de collaboration interprofessionnelle adapté à la prise en charge des maladies chroniques découlait de notre problématique. Les retombées associées aux CdeP eu égard à la complexité des maladies chroniques nous paraissaient à investiguer afin de s'assurer de ne pas les prendre pour acquises (prenant la forme d'a priori) mais plutôt de les vérifier de manière rigoureuse. Ainsi, s'est imposé notre objectif général qui visait à analyser et à comprendre les expériences, rapportées dans la littérature, de collaboration interprofessionnelle au sein de communautés de pratique centrées sur le patient atteint de maladies chroniques. En fait, notre démarche visait ultimement à mettre en lumière la valeur de la notion de CdeP et à mieux comprendre en quoi sa mise en application, sur le terrain de la pratique des soins de santé, favorise le développement d'une collaboration interprofessionnelle favorable au partage et à la co-construction des connaissances.

Une fois cet objectif défini, notre recherche nous paraît en outre présenter l'intérêt de s'être penchée sur la densité théorique et conceptuelle de cette formule de travail collaboratif que représentent les CdeP. Ce constat a entraîné le développement d'un cadre conceptuel étoffé et rigoureux, où les concepts et notions fréquemment associés à la notion de CdeP ont été investigués et ce, avant même de procéder à l'analyse des expériences publiées. Les fondements théoriques de la notion de communauté de pratique ont donc été retenus et développés, composant un portrait conceptuel étoffé, conduisant à une compréhension des

différentes variables en jeu et au positionnement théorique de cette formule de mise en commun. Ainsi, notre recherche se distingue également eu égard aux contenus suivants :

- la description de l'évolution du concept de CdeP dans les principaux travaux de Wenger et de ses collaborateurs (Lave et Wenger, 1991; Wenger, 1998/2005 ainsi que Wenger, Mc Dermott et Snyder, 2002), ce qui a permis de montrer clairement comment la notion de CdeP se développe et comment la pratique et l'apprentissage sont de plus en plus collectivement partagés au fil de ces trois publications majeures. L'identification des concepts fondamentaux dans cette œuvre conceptuellement dense, nous paraît offrir aux futurs chercheurs des repères à l'analyse de situations d'apprentissage partagé;
- la distinction que cette notion opère entre différents modes de travail collaboratif qui sont fréquemment associés aux CdeP dans la littérature, voire même confondus avec elles (communauté, communauté d'apprentissage, communauté apprenante, organisation apprenante, communauté épistémique). La force de cet apport est que différents concepts sous-jacents à ces diverses formules de mise en commun dans la pratique sont identifiés comme éléments révélateurs de la proximité de ces formules (notamment : participation, but commun, intérêt partagé, sens ou signification partagé(e), négociation de sens ou réflexion partagée, réification). De plus, cet exercice de distinction met de l'avant trois éléments qui s'imposent comme les variables déterminantes qui permettent de discriminer chaque formule, à savoir : le « but centré sur l'apprentissage ou sur sa mise en pratique » ainsi que le domaine d'activités dont il est question et le registre de mise en commun valorisé (qui correspond au continuum de coordination, coopération et collaboration). Notre recherche offre donc ici encore, des repères conceptuels et théoriques permettant une analyse critique des modes de travail collaboratif;
- l'opérationnalisation comparative et critique des notions de collaboration, coopération et coordination, ce qui mené à l'identification de différentes variables et conceptions sous-jacentes identifiées par les différents auteurs (notamment D'Amour *et al.*, 2005 et par Henri et Lundgren-Cayrol, 2001) : but collectivement déterminé et partagé; tâches menées en partenariat (dépassant le morcellement); pouvoir (leadership) partagé, égalité (versus hiérarchie); maturité, contrôle et autonomie valorisés; interdépendance. Ici encore, ces éléments offrent des repères conceptuels permettant une analyse critique des expériences rapportées associées à chaque notion figurant sur le continuum de mise en commun;

- la distinction entre les notions d'interdisciplinarité et d'interprofessionnalité qui a notamment offert le bénéfice d'identifier et d'opérationnaliser les différentes formules de relations entre les disciplines sur deux continuum (multidisciplinarité, interdisciplinarité, transdisciplinarité (Choi et al., 2006) ou pluridisciplinarité, multidisciplinarité, interdisciplinarité et circumdisciplinarité (Couturier et al., 2008), puis également entre les professions selon Couturier et al (2008) et D'amour et al. (2005). Ceci a permis de bien saisir et de distinguer les différents registres de travail d'équipe. De plus, l'alliance sémantique unissant la collaboration et l'interprofessionnalité (collaboration interprofessionnelle) --comme nous l'avons retenue dans le cadre de notre recherche--, est étayée et offre une vision qui consolide la compréhension des enjeux [conceptuels] sous-jacents;
- et enfin, notre recherche se distingue, relativement au concept même de CdeP qui est positionné dans l'optique de Rege Colet (2002) et de Couturier *et al.* (2008) eu égard aux deux pôles constitutifs de l'interdisciplinarité (cognitif et collaboratif), auxquels on peut associer le processus de co-construction de connaissances dans une communauté de pratique. Les liens que ces auteurs établissent entre la rencontre interdisciplinaire et l'identité transformée, de même que les conditions requises (déséquilibre, tolérance au risque, incertitude et attrait de la différence) s'imposent comme de potentiels éléments d'analyse eu égard aux étapes de développement d'une CdeP.

Toutes ces avenues conceptuelles ont somme toute mené à dresser un bilan des avancées et des limites que les auteurs attribuent au déploiement des CdeP dans le domaine de la santé et de conclure qu'en dépit de ses limites actuelles, l'approche des CdeP représente un moyen d'explorer le partage et le développement de connaissances en contexte de travail. Dans le cadre des soins de santé, les CdeP représentent un outil de gestion des connaissances capable de permettre la mise en commun, à la fois des connaissances issues de l'expérience (*mindlines*) et celles issues des évidences scientifiques (*guidelines*).

Le cadre conceptuel de la notion de CdeP résultant, joint à une synthèse des avancées et limites que des auteurs octroient à cette formule de travail, nous offrait donc de solides repères conceptuels et théoriques pour procéder à une métasynthèse (comme démarche méthodologique) des expériences de CdeP rapportées dans la littérature.

Dans cette perspective, notre recherche met bien en évidence les différentes étapes de la métasynthèse non seulement nommées et valorisées, mais mises en application :

- une étape préalable intitulée « préanalyse » qui correspond à la procédure de recherche documentaire, au processus de sélection des références s'appuyant sur des critères d'inclusion et d'exclusion, à la compilation des références dans le logiciel EndNote, et à l'identification des indicateurs donnant forme à une grille de codification;
- s'en suit l'étape de traitement et d'analyse des données, basée sur le cadre conceptuel préalablement développé;
- pour terminer avec la description de l'étape de validation et enfin,
- l'analyse des forces et des limites de ces choix méthodologiques.

Il s'agit donc là d'un cadre de référence méthodologique pour l'analyse de contenu, dont la mise en application pourrait inspirer d'autres chercheurs.

En fait, un autre élément distinctif de notre recherche est la sélection des références pertinentes eu égard à notre intention d'analyse (sélection basée sur nos critères d'inclusion et d'exclusion). Cet examen préalable des 194 références obtenues via les bases de données consultées (Medline, Cinhalt et Web of Science) a donné lieu à la sélection de 13 articles à soumettre à une analyse en profondeur basé sur une grille d'analyse issue de notre cadre conceptuel. Or, l'élément particulier de notre procédure méthodologique repose sur la catégorisation des 194 articles que nous avons réalisés, ne nous contentant pas de mettre de côté les articles non pertinents à un premier abord. Cet exercice nous a permis de mettre en évidence les limites des moteurs de recherche des bases de données et l'applicabilité de nos critères d'exclusion qui ont donné lieu à des catégories d'articles (terme « communauté de pratique » dans un autre sens que celui élaboré par Wenger; terme « communauté de pratique » attribué à un autre type de mise en commun qui se rapproche énormément des CdeP; références de type théorique (revue de littérature, discussion conceptuelle, etc.); références dans le cadre desquelles les CdeP ne sont pas appliquées sur le terrain de la pratique des soins (mais plutôt en recherche ou en formation); références présentant des expériences de CdeP uniprofessionnelles.

Cette forme de catégories que nous avons identifiées nous paraît intéressante pour de futurs chercheurs qui connaîtront au préalable la nécessité d'opérer un traitement de chacun des articles retenus par les moteurs de recherche, lorsqu'il s'agit de la thématique des CdeP dans le domaine de la santé. En outre, la sélection des articles met en évidence comment les publications sur ce thème et dans ce secteur font rarement état d'expériences menées dans le cadre d'une réelle pratique de soins et qu'il s'agit fréquemment d'expériences de formation ou d'exposés de type théorique.

Ainsi, la métasynthèse a permis d'apporter un nouvel éclairage sur la recherche actuelle eu égard aux CdeP dans le domaine de la santé, car elle s'est penchée exclusivement sur des publications faisant état d'expériences *in situ*, sur le terrain de pratique, excluant les revues de littérature ou les essais théoriques. De plus, la métasynthèse comme choix méthodologique nous a permis de « décomposer des résultats, de les examiner, de découvrir les éléments fondamentaux [et] d'en arriver à une synthèse des résultats de plusieurs recherches qualitatives pour en créer une nouvelle interprétation » (Beaucher et Jutras, 2007, p. 62). Ainsi notre métasynthèse est allée au-delà d'une revue systématique des écrits, elle ne s'est pas limitée à un réarrangement de résultats de recherche ou à une simple addition des constats de diverses études ou encore à une analyse [*purement*] conceptuelle, ce qui est souvent le cas aujourd'hui.

Quant à l'analyse des articles sélectionnés, elle nous a permis d'en extraire des constats riches d'enseignement pour les chercheurs qui s'intéressent à la problématique de la collaboration interprofessionnelle au sein de CdeP centrées sur le patient atteint de maladies chroniques.

Ainsi, il appert que :

- La plupart des articles mentionnent tout aussi fréquemment des vocables qui évoquent le rassemblement professionnel qu'au concept de CdeP lui-même, ce qui va dans le sens d'une faible formalisation du concept.
- Dans la même veine, les auteurs sont peu nombreux à décrire l'action de la CdeP en s'appuyant sur un cadre conceptuel de référence. L'expérience est peu opérationnalisée.
- Un faible nombre d'articles font état de CdeP déployées dans l'optique des maladies chroniques telles que définie par l'OMS ou l'Institut de la statistiques du Québec et sont plus nombreux à porter sur des pratiques de soins ou de services à long terme.

- L'action des CdeP est décrite comme « centrée sur le patient » mais 12/13 articles n'impliquent pas le patient dans leur activité réelle.
- Les CdeP rassemblant des membres d'un même établissement font exception et 11/13 articles présentent plutôt des CdeP rassemblant des membres géographiquement dispersés.
- La bi-modalité semble plus convoitée que la communication exclusivement à distance au moyen des technologies et ce, même si les membres sont géographiquement dispersés.
- L'ensemble des articles à l'étude portent sur des expériences de CdeP dont les membres présentent une variété de profils disciplinaires ou professionnels.
- Les notions de « professionnalité » et de « disciplinarité » sont utilisées indistinctement et sans les définir.
- Un aller-retour à la dimension relationnelle, en passant par la fusion des dimensions relationnelle et cognitive se dégage des articles analysés. Ainsi, une fois la problématique exposée mettant de l'avant l'essentielle collaboration pour une pratique bonifiée, les articles se centrent surtout sur la fusion des dimensions relationnelle et cognitive lorsqu'ils décrivent l'expérience de CdeP. Par la suite, dans le cadre de la présentation et de la discussion des résultats, nous observons un retour à la dimension relationnelle. Chaque étape de l'expérience menée en CdeP est alors centrée sur la bonification de la pratique. Ces constats s'avèrent intéressants, dans la mesure où la collaboration apparaît comme le pilier, la fondation du transfert et de l'échange de connaissances entre les membres et, de là, advient une possible transposition des connaissances qui influe sur la pratique.

De futures recherches pourraient donc :

- viser à mieux définir et formaliser le concept de CdeP, y recourir de manière constante dans leur démarche et décrire leur expérience en s'appuyant sur un cadre conceptuel de référence;
- porter sur une expérience de CdeP centrée sur le patient atteint de maladies chroniques et impliquant réellement le patient et ses proches, en plus de rassembler des professionnels aux profils variés œuvrant au sein d'un même établissement;
- prêter une attention à la collaboration qui apparaît comme le pilier, la fondation du transfert et de l'échange de connaissances entre les membres et documenter le processus d'échange et

de co-construction de connaissances, de même que la transposition des connaissances qui influent sur la pratique.

Notre (méta)synthèse a également révélé la pertinence, pour ne pas dire la nécessité, de mener des recherches où les CdeP sont déployées, non pas comme moyen pour parvenir à une fin mais comme objet, finalité de recherche. En effet, nos résultats révélaient que la documentation du processus d'une CdeP s'inscrivant dans le cadre d'une pratique de soins paraît (trop) peu valorisée dans la littérature actuelle. Ainsi, le processus de déploiement et d'action de CdeP interprofessionnelles centrées sur le patient, c'est-à-dire qui intègrent le patient à titre de membre actif (et non pas seulement dans le cadre d'une étape de validation des actions des professionnels), en rapport à la problématique de soins des maladies chroniques, gagnerait à être documenté.

Dans cette perspective, il apparaît indiqué de mieux saisir comment la dimension collaborative s'impose comme solide pilier d'un processus de co-construction engagé et stimulant pour les professionnels et les patients, en plus d'être efficace dans l'optique d'une pratique de soins évolutive. Une recherche pourrait ainsi permettre des observations d'une activité de mise en commun rassemblant les principaux concernés (patients, proches) et les intervenants. De manière plus précise, cette avenue de recherche aiderait certes à mieux saisir les prérequis à une collaboration interprofessionnelle ainsi que ses retombées et ses limites. Elle permettrait surtout de mieux comprendre la dynamique des dimensions collaborative (relationnelle) et cognitive, c'est-à-dire non seulement le transfert des connaissances mais également le processus de co-construction.

L'observation rigoureuse de l'interprofessionnalité dans le domaine de la santé paraît être à expliciter car bien que sa difficulté soit admise, le processus relationnel égalitaire est peu documenté dans les écrits consultés et analysés. Les stratégies et les mises en scène pour faire tomber le modèle relationnel hiérarchique sont encore à étudier, à commencer par l'essentielle attribution de rôles « facilitateurs » et l'incontournable implication des gestionnaires qui mériterait d'être étayée, et pas seulement recommandée.

L'étude d'expériences de CdeP dans le domaine de la santé pourrait mener à la description et à l'opérationnalisation des actions au cœur du processus de mise en commun des connaissances et des savoirs. Dans cette optique, le suivi de la mise en application dans la pratique, de la théorisation de Wenger et de ses collaborateurs pourrait permettre sa bonification.

Ultimement, il y aurait lieu de comparer le déploiement de CdeP s'appuyant sur la conceptualisation de Wenger et celui d'autres formes de mise en commun des pratiques, connaissances et savoirs (communauté d'apprentissage, communauté apprenante, organisation apprenante). Ceci permettra d'identifier le cadre conceptuel et théorique le mieux adapté aux besoins et réalités des praticiens et des patients eu égard aux problématiques de soins.

Enfin, des recherches permettant le développement d'un cadre théorique ancré dans la réalité de la pratique de soins seraient à valoriser, de même que des recherches qui soutiendraient une mise en application adéquate et profitable, à la fois pour les praticiens et les patients. Car nous avons vu que l'activité des CdeP rapportée dans les articles analysés était peu opérationnalisée.

Pour terminer, le processus d'apprentissage ancré dans l'action et dans la mise en commun cliniques ainsi que l'essentielle collaboration interprofessionnelle impliquant le patient dans l'optique d'une amélioration continue de la pratique de soins sont encore à documenter. Notre étude a montré qu'il est plus facile d'en parler et de théoriser sur la question que de démontrer et documenter le processus d'échange des connaissances dans un contexte de collaboration interprofessionnelle.



## BIBLIOGRAPHIE

- Abdelmalek A. A. (2004). Edgar Morin, sociologue et théoricien de la complexité. *Sociétés*, 86(4), 99-117.
- Aboeela, S. W., Larson, E., Bakken, S., Carrasquillo, O., Formicola, A., Glied, S. A. *et al.* (2007). Defining interdisciplinary research : conclusions from a critical review of the literature. *Health Services Research*, 42(1 Pt 1), 329-346.
- Allan, C. M., Campbell, W. N., Guptill, C. A., Stephenson, F. F. et Campbell, K. E. (2006). A conceptual model for interprofessional education: the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Journal of Interprofessional Care*, 20(3), 235-245.
- Anadón, M. et Savoie Zajc, L. (2009). L'analyse qualitative des données. *Recherches qualitatives*, 28(1), 1-7.
- Anderson, R. A., Issel, L. M., Reuben, R. et McDaniel, R. R. (2003). Nursing homes as complex adaptive systems: relationship between management practice and resident outcomes. *Nursing Research* 52(1), 12-21.
- Andrew, N., Tolson, D. et Ferguson, D. (2008). Building on Wenger : communities of practice in nursing. *Nurse Education Today*, 28(5), 246-252.
- Argyris, C. et Schön D. A. (2002). *Apprentissage organisationnel : Théorie, méthode et pratique* (M. Aussanairwe et P. Garcia-Melgares, trad.). Bruxelles : DeBoeck Université (édition originale publiée en 1996).
- Bardin, L. (1998) *L'analyse de contenu* (9<sup>e</sup> éd.). Paris : PUF.
- Barr, H. (2001). *Interprofessional education. Today, yesterday and tomorrow : a review.* Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). Consulté le 24 août 2010 à <http://www.health.heacademy.ac.uk/publications/occasionalpaper/occp1revised.pdf>.
- Barr, H. (2005). Canada as a case study. *Journal of Interprofessional Care*, 19(2), 5-7.
- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Under-Hill, L., Dotts, A., Ravensdale, D. *et al.* (2003). The expanded chronic care model : an integration of concepts and strategies from population health promotion ans the chronic care model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73-82.
- Beaucher, V. (2009). Revue de trois publications portant sur l'analyse secondaire en recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, 28(1), 149-157.
- Beaucher, V. et Jutras, F. (2007). Étude comparative de la métasynthèse et de la méta-analyse qualitative. *Recherches qualitatives*, 27(2), 58-77.

- Béhague, D. P., Gonçalves, H. et Victora, C. G. (2008). Anthropology and Epidemiology: learning epistemological lessons through a collaborative venture. *Ciencia & Saude Coletiva*, 13(6), 1701-1710.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H. et Grumbach, K. (2002a). Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*, 288(14), 1775-1779.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H. et Grumbach, K. (2002b). Improving primary care for patients with chronic illness : the chronic care model, Part 2. *JAMA*, 288(15), 1909-1914.
- Booth, J., Tolson, D., Hotchkiss, R. et Schofield, I. (2007). Using action research to construct national evidence-based nursing care guidance for gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 16(5), 945-953.
- Bowes, D., McConnell, H. et van der Horst, M. (2010). Case report : interprofessional collaboration – a nursing-dental hygiene experience. *Canadian Journal of Dental Hygiene*, 44(5), 217-220.
- Brown, C. A. (2006). The application of complex adaptive systems theory to clinical practice in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 28(9), 587-593.
- Brown, J. S. et Duguid, P. (1991). Organizational learning and communities of practice : towards a unified view of working, learning, and innovation. *Organization Science*, 2(1), 40-57.
- Chen, T. F. et de Almeida Neto, A. C. (2007). Exploring elements of interprofessional collaboration between pharmacists and physicians in medication review. *Pharmacy World & Science*, 29(6), 574-576.
- Choi, B. C. K. et Pak, A. W. P. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy. 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine*, 29(6), 351-364.
- Choi, B. C. K. et Pak, A. W. P. (2007). Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy. 2. Promotors, barriers, and strategies of enhancement. *Clinical and Investigative Medicine*, 30(6), E224-232.
- Cope, P., Cuthbertson, P. et Stoddart, B. (2000). Situated learning in the practice placement. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 850-856.
- Côté, L., Bélanger, N. et Blais, J. (2002). L'entrevue centrée sur le patient et ses moyens d'apprentissage. Qu'en pensent les médecins de famille récemment diplômés ? *Canadian Family Physician*, 48, 1800-1805.

- Couturier, Y. et Chouinard, I. (2003). La condition interdisciplinaire dans les métiers relationnels: une mise en problème à partir du cas du secteur sociosanitaire. [Éditorial, dossier thématique]. *Esprit critique. Revue internationale de sociologie et de sciences sociales*, 5(1), 8.
- Couturier, Y., Gagnon, D., Carrier, S. et Etheridge, F. (2008). The interdisciplinary condition of work in relational professions of the health and social care field : a theoretical standpoint. *Journal of Interprofessional Care*, 22(4), 341-351.
- Cox, A. (2005). What are communities of practice ? A comparative review of four seminal works. *Journal of Information Science*, 31(6), 527-540.
- Craddock, D., O'Halloran, C., Borthwick, A. et McPherson, K. (2006). Interprofessional education in health and social care : fashion or informed practice ? *Learning in Health and Social Care*, 5(4), 220-242.
- Daly, G. (2004). Understanding the barriers to multiprofessional collaboration. *Nursing Times*, 100(9), 78-79.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L. et Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration : core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19, Suppl 1(1), 116-131.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J. F., San Martín-Rodriguez, L. et Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8:188
- D'Amour, D. et Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education : an emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19, Suppl 1(1), 8-20.
- Dato, V. M., Potter, M. A. et Fertman, C. I. (2001). Training readiness of public health agencies : a framework for assessment. *Journal of Public Health Management and Practice*, 7(4), 91-95.
- Davis, R. M., Wagner, E. G. et Groves, T. (2000). Advances in managing chronic disease. *BMJ*, 320, 525-526.
- Davoli, G. W. et Fine, L. J. (2004). Stacking the deck for success in interprofessional collaboration. *Health Promotion Practice*, 5(3), 266-270.
- De Simone, J. (2006). Reductionist inference-based medicine, i.e. EBM. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(4), 445-449.
- Dorr, D. A., Wilcox, A., Burns, L., Brunker, C. P., Narus, S. P. et Clayton, P. D. (2006). Implementing a multidisease chronic care model in primary care using people and technology. *Disease Management*, 9(1), 1-15.

- El Ansari, W. et Phillips, C. J. (2001). Interprofessional collaboration: a stakeholder approach to evaluation of voluntary participation in community partnerships. *Journal of Interprofessional Care*, 15(4), 351-368.
- Epping-Jordan, J. E., Pruitt, S. D., Bengoa, R. et Wagner, E. H. (2004). Improving the quality of health care for chronic conditions. *Quality and Safety Health Care*, 13, 299-305.
- Éraut, M. (2000). Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. *British Journal of Educational Psychology*, 70, 113-136.
- Éraut, M. (2002). *Conceptual analysis and research questions : do the concepts of "learning community" and "community of practice" provide added value*. New Orleans : University of Sussex.
- Fortin, R. (2000). *Comprendre la complexité : Introduction à la méthode d'Edgar Morin*. Paris : L'Harmattan.
- Fraser, S. W. et Greenhalgh, T. (2001). Complexity science. Coping with complexity: educating for capability. *BMJ*, 323, 799-803.
- Freeth, D. (2001). Sustaining interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 15(1), 37-46.
- Freidman, V. J. (2001). Action science: creating communities of inquiry in communities of practice. Dans P. Reason et H. Bradbury (dir.), *Handbook of Action Research. Participative Inquiry and Practice* (p. 159-170). London : Sage Publications.
- Fung-Kee-Fung, M., Goubanova, E., Sequeira, K., Abdulla, A., Cook, R., Crossley, C. *et al.* (2008). Development of communities of practice to facilitate quality improvement initiatives in surgical oncology. [Research Support, Non-US Gov't]. *Quality Management in Health Care*, 17(2), 174-185.
- Gabbay, J. et Le May, A. (2004). Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines" ? Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ*, 329, 1-5.
- Gabbay, J., Le May, A., Jefferson, H., Webb, D., Lovelock, R., Powell, J. et Lathlean, J. (2003). A case study of knowledge management in multi-agency consumer-informed 'communities of practice': implications for evidence-based policy development in health and social services. *Health : An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 7(3), 283-310.
- Gadamer, H. G. (1996). *La philosophie herméneutique* (Jean Grondin, trad.). Paris : PUF (édition originale en allemand publiée en 1993).

- Gagliardi, A., Smith, A., Goel, V., DePetrillo, D., Gagliardi, A., Smith, A. *et al.* (2003). Feasibility study of multidisciplinary oncology rounds by videoconference for surgeons in remote locales. [Evaluation Studies]. *BMC Medical Informatics & Decision Making*, 3, 7.
- Garvin, D. A. (1993). Building a learning organization. *Harvard Business Review*, 71(4), 78-91.
- Garvin, D. A., Edmondson, A. C. et Gino, F. (2008). Is yours a learning organization? *Harvard Business Review*, 86(3), 109-116, 134.
- Giacomini, M. (2004). Interdisciplinarity in health services research : dreams and nightmares, maladies and remedies. *Journal of Health Services Research & Policy*, 9(3), 177-183.
- Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches qualitatives*, 24, 3-17.
- Griffiths, F. (2007). Complexity science and its relevance for primary health care research. *Annals of Family Medicine*, 5(4), 377-378.
- Greenfield, D., Travaglia, J., Nugus, P. et Braithwaite, J. (2007). *Health Sector Community of Practice Literature. Final Report. A Content Analysis and Systematic Review of the Health Community of Practice Research Literature*. Sydney, Australia : Center for Clinical Governance Research in Health, Faculty of Medicine, University of New South Wales.
- Hamel, J. (1995). Réflexions sur l'interdisciplinarité à partir de Foucault, Serres et Granger. *Revue européenne des sciences sociales*, 100, 191-205.
- Hakanson, L. (2010). The firm as an epistemic community : the knowledge-based view revisited. *Industrial and Corporate Change*, 1-28.
- Henri, F. et Lundgren-Cayrol, K. (2001). *Vers une définition de l'apprentissage collaboratif. In Apprentissage collaboratif à distance. Pour comprendre et concevoir les environnements d'apprentissage virtuels*. Québec : PUQ.
- Heylighen, F., Cilliers, P. et Gershenson, C. (2006). *Complexity and Philosophy*. [Chapitre de livre. Consulté le 30 février 2012 à <http://cogprints.org/4847/1/ComplexityPhilosophy.doc.pdf>.
- Hoffman C., Rice, D. et Sung, H. Y. (1996). Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs. *JAMA*, 276, 1473-1479.
- Holden, L. M. (2005). Complex adaptive systems : concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 651-657.
- Huckson, S. et Davies, J. (2007). Closing evidence to practice gaps in emergency care : the Australian experience. *Academic Emergency Medicine*, 14(11), 1058-1063.

- Hult, G. T., Lukas, B. A. et Hult, A. M. (1996). The health care learning organization. *Journal of Hospital Marketing*, 10(2), 85-99.
- Iedema, R., Meyerkort, S. et White, L. (2005). Emergent modes of work and communities of practice. *Health Services Management Research*, 18(1), 13-24.
- Institut de la statistique du Québec (2008). *Les maladies chroniques au Québec : quelques faits marquants*. Zoom Santé. Consulté le 11 février 2011 à [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2009/zoom\\_sante\\_janv09.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2009/zoom_sante_janv09.pdf).
- Institut de la statistique du Québec (2009). *Maladies chroniques au Québec et au Canada : évolution récente et comparaisons régionales*. Zoom santé. Consulté le 4 mai 2009 à [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2009/zoom\\_sante\\_janv09.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2009/zoom_sante_janv09.pdf).
- Institut de la statistique du Québec (2011). *Les Québécois atteints d'un problème de santé chronique entraînant des limitations d'activités sont-ils satisfaits des services de santé et des services sociaux reçus?* Zoom santé n° 24. Consulté le 11 février 2011 à [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2011/zoom\\_sante\\_fev11\\_no24.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2011/zoom_sante_fev11_no24.pdf).
- Johnson, J., Barach, P. et Vernooij Dassen, M. (2012). Conducting a multicentre and multinational qualitative study on patient transitions. *BMJ Quality & Safety*, 21, Suppl 1(1), i22-i28.
- Johnston, L. C. et Cooper, P. K. (1997). Patient-focused care : what is it ? *Holistic Nursing Practice*, 11(3), 1-7.
- Kelly, T. B., Tolson, D., Schofield, I. et Booth, J. (2005). Describing gerontological nursing : an academic exercise or prerequisite for progress ? *Journal of Clinical Nursing*, 14, Suppl 1(1), 13-23.
- Kernick, D. (2005). Life on the exponential curve-time to rattle the academic cage ? A view from the street. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11(1), 1-6.
- Kilbride, C., Perry, L., Flatley, M., Turner, E. et Meyer, J. (2011). Developing theory and practice : creation of a community of practice through action research produced excellence in stroke care. [Research Support, Non-US Gov't]. *Journal of Interprofessional Care*, 25(2), 91-97.
- Kinnaman, L. M. et Bleich, M. R. (2004). Collaboration : aligning resources to create and sustain partnerships. *Journal of Interprofessionnal Nursing*, 20(5), 310-322.
- Kirsh, S., Watts, S., Pascuzzi, K., O'Day, M. E., Davidson, D., Strauss, G. *et al.* (2007). Shared medical appointments based on the chronic care model : a quality improvement project to address the challenges of patients with diabetes with high cardiovascular risk. *Quality and Safety in Health Care*, 16, 349-353.

- Klein, J. T. (2008). Evaluation of interdisciplinary and transdisciplinary research: a literature review. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(Suppl 2), S116-123.
- Kupersmith, J. (2007). Managing Patient and System Complexities to Improve the Quality and Outcomes of Chronic Care. *Journal of General Internal Medicine*, 22(Suppl 3), 373.
- Lave, J. et Wenger, E. (1991). *Situated learning : Legetimate peripheral participation* (16<sup>th</sup> ed.). Cambridge University Press.
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) (2010). *État de la situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et des services sociaux*. Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux. Gouvernement du Québec. Consulté le 1<sup>er</sup> septembre 2011 à [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010\\_RapportAppreciation/CSBE\\_T2-EtatSituationMaladiesChroniques-052010.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010_RapportAppreciation/CSBE_T2-EtatSituationMaladiesChroniques-052010.pdf).
- Legroux, J. (2008). *De l'information à la connaissance*. Paris : L'Harmattan (édition originale publiée en 1981).
- Lenoir, Y. (2000). Formation à l'enseignement et interdisciplinarité : Un mythe ou une exigence ? Dépasser l'interdisciplinarité et penser circumdisciplinarité. *European Journal for Teacher Education*, 23(3), 291-300.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G. et Boutin, G. (1997). *La recherche qualitative. Fondements et pratiques*. Montréal : Éditions Nouvelles AMS/De Boeck Université.
- Leykum, L. K., Pugh, J., Lawrence, V., Parchman, M., Noël, P. H., Cornell, J. *et al.* (2007). Organizational interventions employing principles of complexity science have improved outcomes for patients with type II diabetes. *Implementation Science*, 2, 28.
- Lessard, C. (2007). Complexity and reflexivity : two important issues for economic evaluation in health care. *Social Science & Medicine*, 64(8), 1754-1765.
- Li, L., Grimshaw, J., Nielsen, C., Judd, M., Coyte, P. et Graham, I. (2009a). Evolution of Wenger's concept of community of practice. *Implementation Science*, 4, 11.
- Li, L., Grimshaw, J., Nielsen, C., Judd, M., Coyte, P. et Graham, I. (2009b). Use of communities of practice in business and health care sectors : a systematic review. *Implementation Science*, 4(27).
- Lidskog, M., Lofmark, A. et Ahlstrom, G. (2009). Learning through participating on an interprofessional training ward. *Journal of Interprofessional Care*, 23(5), 486-497.
- Lin, Y. et Beyerlein, M. (2006). Communities of practice : a critical perspective on collaboration. *Advances in Interdisciplinary Studies of Work Teams*, 12, 53-79.

- Malin, N. et Morrow, G. (2007). Models of interprofessional working within a sure start "Trailblazer" Programme. *Journal of Interprofessional Care*, 21(4), 445-457.
- Martineau, S., Simard, D. et Gauthier, C. (2001). Recherches théoriques et spéculatives : considérations méthodologique et épistémologique. *Recherches qualitatives*, 22, 3-32.
- Martinez-Lavin, M., Infante, O. et Lerma, C. (2008). Hypothesis : the chaos and complexity theory may help our understanding of fibromyalgia and similar maladies. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 37(4), 260-264.
- McCullough, B., Small, N. et Prady, S. L. (2013). Improving smoking cessation data collection via a health visitor community of practice. *Community Practitioner : The Journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*, 86(5), 22-25.
- McKeon, L. M., Oswaks, J. D. et Cunningham, P. D. (2006). Safeguarding patients : complexity science, high reliability organizations, and implications for team training in healthcare. *Clinical Nurse Specialist*, 20(6), 298-304.
- Matthews, J. I. et Thomas, P. T. (2007). Managing clinical failure : a complex adaptive system perspective. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20(2-3), 184-194.
- Mendes, C., Ferreira da Silva, A. et Tribolet, J. (2008). *Learning communities and communities of practice, organizational learning systems*. Communication présentée à CAPSI' 2008.
- Miller, W. L., McDaniel, R. R., Crabtree, B. F. et Stange, K. C. (2001). Practice jazz : understanding variation in family practices using complexity science. *The Journal of Family Practice*, 50(10), 872-878.
- Molleman, E., Broekhuis, M., Stoffels, R. et Jaspers, F. (2008). How health care complexity leads to cooperation and affects the autonomy of health care professionals. *Health Care Analysis*, 16(4), 329-341.
- Mooradian, T. (2006). Who trusts ? Personality, trust and knowledge sharing. *Management Learning*, 37(4), 523-540.
- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Éditions du Seuil (édition originale publiée en 1990).
- Mucchielli, R. (1991). *L'analyse de contenu des documents et des communications* (7<sup>e</sup> éd.). Paris : Éditions ESF.
- Murray, C. J. et Lopez, A. D. (1997a). Mortality by cause for eight regions of the world: global Burden of disease study. *Lancet*, 349(9061), 1269-1276.
- Murray, C. J. et Lopez, A. D. (1997b). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020 : global Burden of disease study. *Lancet*, 349(9064), 1498-1504.



- Murray, C. J., Lopez, A. D. et Jamison, D. T. (1994). The global burden of disease in 1990 : summary results, sensitivity analysis and future directions. *Bulletin of the World Health Organization*, 72(3), 495-509.
- Nonaka, I. et Takeuchi, H. (2006). *La connaissance créatrice. La dynamique de l'entreprise apprenante* (De Boeck et Larcier s.a. trad.) Bruxelles : De Boeck Université (édition originale publiée en 1995).
- Norman, C. D. et Huerta, T. (2006). Knowledge transfer and exchange through social networks : building foundations for a community of practice within tobacco control. *Implementation Science*, 1, 20.
- O'Connor, N. et Kotze, B. (2008). 'Learning organizations' : a clinician's primer. *Australasian Psychiatry*, 16(3), 173-178.
- Organisation mondiale de la santé. (2002). *Innovative care for chronic conditions : building blocks for action*. Consulté le 12 février 2009 à <http://www.who.int/diabetesactiononline/about/icccglobalreport.pdf>.
- Organisation mondiale de la santé. (2003). *Des soins novateurs pour les affections chroniques : éléments constitutifs*. Rapport mondial. Consulté le 7 janvier 2011 à <http://www.who.int/diabetesactiononline/about/icccfrench.pdf>.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2005). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Paley, J. (2007). Complex adaptive systems and nursing. *Nursing Inquiry*, 14(3), 233-242.
- Pham, H.H., Simonson, L., Elnicki, M., Fried, L.P., Goroll, A.H. et Bass, E.B. (2004). Training US medical students to care for the chronically ill. *Academic Medicine*, 79(1), 32-40.
- Platt, E.W., Gaspar, D.L., Coulehan, J.L., Fox, L., Adler, A.J., Weston, W.W. et al. (2001). Tell me about yourself: The patient-centered interview. *Annals of Internal Medicine*, 31(11), 1079-1085.
- Plsek, P. E. et Greenhalgh, T. (2001). Complexity science : the challenge of complexity in health care. *BMJ*, 323, 625-628.
- Plsek, P. E. et Wilson, T. (2001). Complexity science : complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *BMJ*, 323, 746-749.
- Poissant, L., Ahmed, S., Riopelle, R.J., Rochette, A., Lefebvre, H. et Radcliffe-Branch, D. (2010). Synergizing expectation and execution for stroke communities of practice innovations. *Implementation Science*, 5(44), 1-8.

- Rege Colet, N. (2002). *Enseignement universitaire et interdisciplinarité. Un cadre pour analyser, agir et évaluer*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Reid, I. (2002). Let them eat complexity : the emperor's new toolkit. [Letter]. *BMJ*, 324, 171.
- Reineck, C. (2002). Create a learning organization. *Nursing Management*, 33(10), 42-43.
- Réseau de recherche en santé des populations du Québec. (2007) *Des repères pour la recherche sur le partage des connaissances en santé des populations du Québec*. Carnet synthèse 2. Consulté le 9 janvier 2007 à <http://portail.santepop.qc.ca/fichier.php/47/CarnetSynthese2.pdf>.
- Rickles, D., Hawe, P. et Shiell, A. (2007). A simple guide to chaos and complexity. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(11), 933-937.
- Roberts, J. (2006). Limits to communities of practice. *Journal of Management Studies*, 43(3), 623-639.
- Robertson, D. W., Martin, D. K. et Singer, P. A. (2003). Interdisciplinary research : putting the methods under the microscope. *BMC Medical Research Methodology*, 3, 20.
- Rolls, K., Kowal, D., Elliott, D. et Burrell, A. R. (2008). Building a statewide knowledge network for clinicians in intensive care units : knowledge brokering and the NSW intensive care coordination and monitoring Unit (ICCMU). *Australian Critical Care*, 21(1), 29-37.
- Rossignol, M., Poitras, S., Dionne, C., Tousignant, M., Truchon, M., Arsenault, B. *et al.* (2007). An interdisciplinary guideline development process : the clinic on low-back pain in interdisciplinary practice (CLIP) low-back pain guidelines. *Implementation Science*, 2, 36.
- Rushmer, R. K., Kelly, D., Lough, M., Wilkinson, J. E., Greig, G. J. et Davies, H. T. O. (2007). The learning practice inventory: diagnosing and developing learning practices in the UK. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(2), 206-211.
- Samson, C (2010). Maladies chroniques : le Québec fait piètre figure. *Le Soleil*. Version en ligne consultée le 6 janvier 2011 à <http://www.cyberpresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201005/13/01-4280170-maladies-chroniques-le-quebec-fait-pietre-figure.php>.
- Savoie-Zajc, L. (2004). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (dir.), *La recherche en éducation : étapes et approches* (p. 123-150). Sherbrooke : Éditions du CRP.
- Schön, D. A. (1996). *Le tournant réflexif: Pratiques éducatives et études de cas* (J. Heynemann et D. Gagnon, trad.). Montréal : Éditions Logiques (édition originale publiée en 1983).

- Scott, C. M. et Hofmeyer, A. T. (2007). Acknowledging complexity: critically analyzing context to understand interdisciplinary research. *Journal of Interprofessional Care*, 21(5), 491-501.
- Senge, P. (1991). *La cinquième discipline*. Paris : Éd. First.
- Shortell, S. M., Schmittiel, J., Wang, M. C., Li, R., Gillies, R. R., Casalino, L. P. *et al.* (2005). An empirical assessment of high-performing medical groups : results from a national study. *Medical Care Research and Review*, 62(4), 407-434.
- Singh, D. (2008). *Comment mettre en œuvre des programmes de prise en charge des maladies chroniques en tenant compte de la diversité des contextes et des prestataires de soins ?* Communication présentée à la Conférence ministérielle européenne de l’OMS sur les systèmes de santé.
- Soubhi, H. (2007). Towards an ecosystemic approach to chronic care design and practice in primary care. *Annals of Family Medicine*, 5(3), 263-269.
- Soubhi, H., Rege Colet, N., Gilbert, J. H. V., Lebel, P., Thivierge, R. L., Hudon, C. *et al.* (2009). Interprofessional learning in the trenches : fostering collective capability. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1), 52-57.
- Stewart, M. (2001). Toward a global definition of patient centred care. *British Medical Journal*, 322(7284), 444-445.
- Stewart, M., Brown, J., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. *et al.* (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49(9), 796-804.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWinney, I. R., McWilliam, C. L. et Freeman, T. R. (2003). *Patient-centered medicine : transforming the clinical method* (2<sup>nd</sup> ed.). Abingdon : Radcliffe Medical Press.
- Stinson, L., Pearson, D. et Lucas, B. (2006). Developing a learning culture: twelve tips for individuals, teams and organizations. *Medical Teacher*, 28(4), 309-312.
- Sturmberg, J. P. (2007). Systems and complexity thinking in general practice. Part 2: Application in primary care research. *Australian Family Physician*, 36(4), 273-275.
- Taplin, S. H., Haggstrom, D., Jacobs, T., Determan, A., Granger, J., Montalvo, W. *et al.* (2008). Implementing colorectal cancer screening in community health centers : Addressing cancer health disparities through a regional cancer collaborative. *Medical Care*, 46(9), S74-S83.
- Tartas, V. et Muller, M.N. (2007). Rethinking collaborative learning through participation in an interdisciplinary research project : tensions and negotiations as key points in knowledge production. *Integrative Psychological & Behavioral Science*, 41(2), 154-168.

- Tee, S. et Boeckle, E. (2012). 'Closing the gap', a partnership approach to community care education for long term conditions. *Nurse Education Today*, 32(7), 822-828.
- Thomas, A. U., Fried, G. P., Johnson, P. et Stilwell, B. J. (2010). Sharing best practices through online communities of practice : a case study. *Human Resources for Health [Electronic Resource]*, 8, 25.
- Togher, L. (2012). Strategies to improve research outcomes in the field of acquired brain injury : the Kevin Bacon effect, networking and other stories. *Brain Impairment*, 13(2), 271-280.
- Tolson, D., Booth, J. et Lowndes, A. (2008). Achieving evidence-based nursing practice : impact of the Caledonian development model. [Research Support, Non-US Gov't]. *Journal of Nursing Management*, 16(6), 682-691.
- Tolson, D., McAloon, M., Hotchkiss, R. et Schofield, I. (2005). Progressing evidence-based practice : an effective nursing model ? *Journal of Advanced Nursing*, 50(2), 124-133.
- Tolson, D., Schofield, I., Booth, J., Kelly, T. B. et James, L. (2006). Constructing a new approach to developing evidence-based practice with nurses and older people. [Research Support, Non-US Gov't]. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(2), 62-72.
- Tsai, K. (2005). Evidence-based medicine : do we use guidelines or mindlines ? Commentary on evidence-based guidelines or collectively constructed "mindlines" ethnographic study of knowledge management in primary care. *Archives of Dermatology*, 141(6), 773-774.
- Van Beveren, J. (2003). Does health care for knowledge management ? *Journal of Knowledge Management*, 7(1), 90-95.
- Van der Maren, J. M. (1996). *Méthode de recherche pour l'éducation* (2<sup>e</sup> éd.). Montréal : Presses de l'Université de Montréal/De Boeck Université.
- Vyt, A. (2008). Interprofessional and transdisciplinary teamwork in health care. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 24 Suppl 1(1), S106-109.
- Wagner, E. H., Brian, T. A. et Von Korff, M. (1996). Care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*, 74(4), 511-544.
- Wenger, E. (1996). How we learn. Communities of practice. The social fabric of a learning organization. *The Healthcare Forum Journal*, 39(4), 20-26.
- Wenger, E. (2005). *La théorie des communautés de pratique : apprentissage, sens et identité* (F. Gervais, trad.). Québec : PUL (édition originale publiée en 1998).
- Wenger, E., McDermott R. et Snyder, W. M. (2002). *Cultivating communities of practice : A guide to managing knowledge*. Boston, Mass : Harvard Business School Press.

- Weiss, K. B. (2007). Managing complexity in chronic care : an overview of the VA State-of-the-Art (SOTA) Conference. [Overview]. *Journal of General International Medicine*, 22(Suppl 3), 374-378.
- Wild, E. L., Richmond, P. A., de Merode, L. et Smith, J. D. (2004). All kids count connections : a community of practice on integrating child health information systems. [Research Support, Non-US Gov't]. *Journal of Public Health Management & Practice*, Suppl, S61-65.
- Wilson, T., Holt, T. et Greenhalgh, T. (2001). Complexity science : complexity and clinical care. *BMJ*, 323, 685-688.

## ANNEXE 1

### INDICATEURS DE WENGER (1998/2005)

Adaptation réalisée par Li *et al.* (2009a, p. 5) des indicateurs de Wenger (1998/2005, p. 138-139) relativement à la présence de communautés de pratique et les dimensions associées

1. Des relations soutenues, harmonieuses ou conflictuelles	Engagement mutuel
2. Des manières communes de s'engager à faire les choses ensemble	Entreprise conjointe
3. La circulation rapide de l'information et la diffusion de l'innovation	Engagement mutuel
4. L'absence de préambules, comme si les conversations et interactions étaient simplement la continuation d'un processus en cours	Engagement mutuel Répertoire partagé
5. Une définition rapide du problème à discuter	Engagement mutuel Répertoire partagé
6. Un chevauchement substantiel dans l'identification commune des participants	Engagement mutuel
7. Savoir ce que les autres savent, ce qu'ils peuvent faire et comment ils peuvent contribuer à une entreprise	Engagement mutuel Entreprise conjointe Répertoire partagé
8. Des identités définies mutuellement	Engagement mutuel
9. L'habileté d'évaluer la pertinence des actions et des résultats	Répertoire partagé
10. Des outils spécifiques, des représentations et autres artéfacts	Répertoire partagé
11. Des coutumes locales, des histoires partagées, des blagues d'initiés, des connivences	Répertoire partagé
12. Un jargon et des tournures pour communiquer et la facilité d'en produire de nouveaux	Répertoire partagé Engagement mutuel
13. Certains styles qui peuvent être reconnus comme démontrant l'appartenance	Engagement mutuel
14. Un discours partagé reflétant une certaine perspective sur le monde	Engagement mutuel

**ANNEXE 2**  
**CODIFICATION**  
**Version préliminaire**

**Maladies chroniques impliquées dans l'expérience de communauté de pratique**

- Maladies cardiaques
- Accidents vasculaires cérébraux
- Troubles mentaux à long terme (tels dépression et schizophrénie)
- Diabète
- Maladies respiratoires
- Cancer
- VIH/SIDA
- Allergies (alimentaires et non alimentaires)
- Arthrite (ou rhumatismes)
- Hypertension
- Problèmes de la thyroïde
- Maladie d'Alzheimer
- Autres

**Communauté de pratique : opérationnalisation**

- Lave et Wenger, 1991 (*Apprenticeship*/participation périphérique légitime)
- Wenger, 1998/2005 (Engagement mutuel/entreprise commune/répertoire partagé/sens/identité/participation/réification/pratique réflexive)
- Wenger, McDermott et Snyder, 2002 (Connaissances tacites/connaissances explicites/pratique commune (répertoire partagé)/domaine de connaissance (identité partagée)/communauté (pôle relationnel)/processus développemental : pôle relationnel déterminant/apprentissage partagé)
- CdeP = Formule de gestion des connaissances valorisant l'évidence scientifique
- CdeP = Formule de gestion des connaissances valorisant l'expérience pratique
- CdeP = Formule de gestion des connaissances fusionnant l'évidence scientifique et l'expérience pratique

**Communauté de pratique : mise en application**

- Lave et Wenger, 1991 : *Apprenticeship*/participation périphérique légitime
- Wenger, 1998/2005 : Engagement mutuel/entreprise commune/répertoire partagé/sens/identité/participation/réification/pratique réflexive

- Wenger, McDermott et Snyder, 2002 : Connaissances tacites/connaissances explicites/ pratique commune (répertoire partagé)/domaine de connaissance (identité partagée)/ communauté (pôle relationnel)/processus développemental : pôle relationnel déterminant/ apprentissage partagé
- CdeP = Formule de gestion des connaissances valorisant l'évidence scientifique
- CdeP = Formule de gestion des connaissances valorisant l'expérience pratique
- CdeP = Formule de gestion des connaissances fusionnant l'évidence scientifique et l'expérience pratique

### **Opérationnalisation de la mise en commun**

- Coordination
- Coopération
- Collaboration

### **Description pratique de la mise en commun**

- Coordination
- Coopération
- Collaboration

### **Relations entre les disciplines ou professions : opérationnalisation**

- Interdisciplinarité
  - ✓ Premier continuum (multidisciplinarité, interdisciplinarité, transdisciplinarité)
  - ✓ Deuxième continuum (pluridisciplinarité, multidisciplinarité, interdisciplinarité et circumdisciplinarité)
- Interdisciplinarité
  - ✓ Dimension cognitive
  - ✓ Dimension relationnelle, collaborative
  - ✓ Dimension cognitive et relationnelle
- Interprofessionnalité
  - ✓ Premier continuum (multidisciplinarité, interdisciplinarité, transdisciplinarité)
  - ✓ Deuxième continuum (pluridisciplinarité, multidisciplinarité, interdisciplinarité et circumdisciplinarité)
- Interprofessionnalité
  - ✓ Dimension cognitive
  - ✓ Dimension relationnelle, collaborative
  - ✓ Dimension cognitive et relationnelle

### **Relations entre les disciplines ou professions : description pratique**

- Interdisciplinarité
  - ✓ Premier continuum (multidisciplinarité, interdisciplinarité, transdisciplinarité)
  - ✓ Deuxième continuum (pluridisciplinarité, multidisciplinarité, interdisciplinarité et circumdisciplinarité)



- ✓ Disciplines impliquées
- Interdisciplinarité
  - ✓ Dimension cognitive
  - ✓ Dimension relationnelle, collaborative
  - ✓ Dimension cognitive et relationnelle
- Interprofessionnalité
  - ✓ Premier continuum (multidisciplinarité, interdisciplinarité, transdisciplinarité)
  - ✓ Deuxième continuum (pluridisciplinarité, multidisciplinarité, interdisciplinarité et circumdisciplinarité)
  - ✓ Professions impliquées
- Interprofessionnalité
  - ✓ Dimension cognitive
  - ✓ Dimension relationnelle, collaborative
  - ✓ Dimension cognitive et relationnelle

**Retombées attribuées à l'expérience de mise en commun au sein de CdeP œuvrant auprès de patients atteints de maladies chroniques**

- Reliées au partage et à la co-construction de connaissances (dimension cognitive)
  - ✓ Résolution de problèmes complexe
- Reliées à la dynamique relationnelle (dimension collaborative)
  - ✓ Identité transformée
- Reliées aux deux dimensions
  - ✓ Retombées émergeront des unités de sens à codifier

**Obstacles au développement d'une collaboration interprofessionnelle favorable au partage et à la co-construction des connaissances au sein de communautés de pratique**

- Obstacle 1 (émergera des unités de sens à codifier)
- Obstacle 2 (émergera des unités de sens à codifier)
- Obstacle 3 (émergera des unités de sens à codifier)

**Facteurs qui facilitent le développement d'une collaboration interprofessionnelle favorable au partage et à la co-construction des connaissances au sein de communautés de pratique**

- Facilitateur 1 (émergera des unités de sens à codifier)
- Facilitateur 2 (émergera des unités de sens à codifier)
- Facilitateur 3 (émergera des unités de sens à codifier)

**Autre(s) thème(s) émergeront des unités de sens à codifier**

## ANNEXE 3

### LIVRE DE CODES, QDA MINER – VERSION FINALE

#### **Maladies chroniques impliquées**

- AVC
- Lésion cérébrale acquise
- Cancer
- Hygiène dentaire
- Gériatrie
- Soins maladies chroniques
- Douleur au dos
- Prévention et arrêt du tabagisme
- Transfert des patients
- Système d'information sur la santé des enfants
- Planification de la famille / AIDS-HIV

#### **Problématique – Mise en contexte : nature du but annoncé**

- Problématique \_Centrée sur la pratique
- Problématique \_Centrée pratique – dim. collaborative – dyn. Relationnelle
- Problématique \_Centrée pratique + connaissances
- Problématique \_Centrée pratique + dim. collaborative (relationnelle)
- Problématique \_Dim. cognitive / partage co-construction conn.
- Problématique \_Fusion dim. cognitive + dim. collaborative
- Problématique \_Maladies chroniques\_nouveau modèle livraison de soins
- Problématique \_Adéquation des CdeP pour développement des guidelines
- Problématique \_Recherche-action = approche collaborative requise développt CdeP
- Problématique \_Échec de la fusion / connaissances – pratique
- Problématique \_Processus de développement d'une CdeP
- Problématique \_Peu publications sur création/soutien équipe recherche VS bcp sur gestion recherche
- Problématique \_Formation des étudiants (milieu hospitalier, via forum + partici. CdeP)

#### **Importance concept ou expérience CdeP dans le propos**

- Importance primaire
- Importance secondaire
- Projet annoncé en finale (étude ou expérience à venir)
- Valorisation actuelle des CdeP
- Autres formulations synonymes

#### **Modalité de communication**

- En ligne
- En présentiel
- Bi-modale (en ligne + en présentiel)
- À distance (pas en ligne, ex : téléphonique)
- Problématique = Forum de discussion = CdeP

#### **CdeP uni-multi-inter professionnelle / disciplinaire**

- Inter-multi professionnelle / disciplinaire
- Uni-professionnelle/disciplinaire
- Uni-professionnelle/disciplinaire mais profils variés

#### **Interprofessionnalité VS interdisciplinarité**

- Conceptualisation interdisciplinarité
- Conceptualisation interprofessionnalité
- Conceptualisation multidisciplinarité
- Conceptualisation multiprofessionnalité
- Conceptualisation transdisciplinarité
- Passage d'un registre à l'autre : professions/disciplines
- Conceptualisation absente

### Lieu de recherche

- Milieu hospitalier / milieu de pratique
- Pas spécifié
- Pas sur terrain de pratique de soins

### CdeP – Opérationnalisation – Définition

- Définition offerte
- Absence de définition

### CdeP – Opérationnalisation – Auteurs de référence

- Opérationnalisation - Pas de référence à Wenger -pas véritable opér.
- Opérationnalisation - Wenger (1998/2003)
- Opérationnalisation - Wenger (2000)
- Opérationnalisation - Wenger et Snyder (2000)
- Opérationnalisation - Wenger, McDermott et Snyder (2002)
- Opérationnalisation - Wenger (2006)
- Opérationnalisation - Wenger (1996)
- Opérationnalisation - Lave et Wenger (1991)
- Opérationnalisation - Brown et Duguid (2000)
- Opérationnalisation - Gabbay *et al.* (2003)
- Opérationnalisation - Lathlean et Le May (2002)
- Opérationnalisation - Li *et al.* (2009)
- Opérationnalisation - ONU (1978)
- Opérationnalisation - Santé Canada (2006)
- Opérationnalisation - Suter *et al.* (2009)
- Opérationnalisation - Best et al (2003) - Approche écologique
- Opérationnalisation - Murphy (2008)

### CdeP - Opérationnalisation - Référence aux concepts

- Opérationnalisation\_ Maintien et maturation des CdeP
- Opérationnalisation\_ Participation volontaire et longévité des CdeP
- Opérationnalisation\_ Connaissances tacites (mindlines) / savoirs explicites (guidelines)
- Opérationnalisation\_ Transfert de connaissances (ds la pratique)
- Opérationnalisation\_ Participation périphérique légitimée
- Opérationnalisation\_ Collaboration
- Opérationnalisation\_ Identité
- Opérationnalisation\_ Chronic care model
- Opérationnalisation\_ Kaiser pyramid of care
- Opérationnalisation\_ Incertitude quant aux effets des CdeP
- Opérationnalisation\_ Soutien aux CdeP dans le temps
- Opérationnalisation\_ Domaine, communauté et pratique (Wenger et al., 2002)
- Opérationnalisation\_ Pensée systémique, sc. des réseaux et théorie de la complexité
- Opérationnalisation\_ Plan/Do/Study/Act (PDSA) Model
- Opérationnalisation\_ Compétence (déf)

### CdeP - Opérationnalisation - Dimension(s) valorisée(s)

- Opérationnalisation\_ Fusion 2 dim cognitive (connaissances) et relationnelle (collaboration)
- Opérationnalisation\_ Centrée dimension cognitive
- Opérationnalisation\_ Centrée dimension relationnelle
- Opérationnalisation\_ Centrée expérience pratique
- Opérationnalisation\_ Dimension relationnelle + expérience pratique
- Opérationnalisation\_ Dimension cognitive + expérience pratique

### CdeP - Opérationnalisation - Retombées attribuées

- Opérationnalisation - Développement professionnel
- Opérationnalisation - Dimension cognitive (connaissances bonifiées)
- Opérationnalisation - Dimension relationnelle - collaboration - travail d'équipe
- Opérationnalisation - Dimension relationnelle - collaboration - travail d'équipe et TIC
- Opérationnalisation - Dimensions relationnelle et cognitive fusionnées
- Opérationnalisation - Pratique bonifiée

### CdeP - Mise en application - Auteurs de référence

- Mise\_applic\_ Pas de référence à Wenger
- Mise\_applic\_ Lave et Wenger (1991)

- Mise\_applic\_Wenger (1998)
- Mise\_applic\_Wenger, McDermott et Snyder (2002)
- Mise\_applic\_Gabbay et al. (2003)

### **Mise\_applic\_Fondements des expériences de CdeP réussies**

- Espace et temps (de rencontre, de recherche d'infos)
- Offrir du temps (de réflexion) à l'équipe
- Taille de la CdeP
- Nécessaire soutien financier lorsque membres dispersés sur le globe
- Favoriser les relations sociales - capital social
- Planifier le travail et le réaliser en dépassant les frontières professionnelles
- Former une équipe avant la collaboration
- Équipe motivée par un projet commun
- Intérêt ou engagement ou expérience ou apprentissage visé = partagé
- Relations collégiales versus hiérarchiques
- Contexte ou projet de travail réaliste et pertinent (situated learning)
- Mode de fonctionnement (accepté)
- Valorisation constante de l'équipe
- Guider/soutenir formation de la CdeP
- Coordination, leadership
- Modérateur/facilitateur
- Emploi d'un gestionnaire de projet
- Intégration d'un gestionnaire de connaissances
- Arrimage des priorités des cliniciens et des gestionnaires
- Soutien de l'organisation (gestionnaires ou autres parties)
- Implication de gestionnaires dans la CdeP
- CdeP multisites = nécessité de reconnaître les différences
- Engagement organisationnel top-down et bottom-up
- Favoriser l'apprentissage au quotidien
- Valoriser la recherche en pratique clinique
- Responsabilité (légitimée) grandissante (VS part. périphérique de départ)
- Moyens de communication/information
- CdeP requiert langage commun

### **CdeP - Mise en application - Référence aux concepts**

- Mise\_applic\_CdeP\_Peu ou pas évoquée dans expérience rapportées
- Mise\_applic\_Connaissances tacites (mindlines) / savoirs explicites (guidelines)
- Mise\_applic\_Particip. périphérique légitimée
- Mise\_applic\_Domaine, communauté et pratique (Wenger et al., 2002)
- Mise\_applic\_Identité professionnelle personnelle et partagée
- Mise\_applic\_confiance, soutien mutuel, interactions valorisées
- Mise\_applic\_Confiance et respect
- Mise\_applic\_Connaissance, expérience et identité
- Mise\_applic\_perspective sociale des soins basés sur l'évidence
- Mise\_applic\_« Kaiser pyramid of care »
- Mise\_applic\_Confiance-transparence, légitimité
- Mise\_applic\_5 phases de développement d'une CdeP
- Mise\_applic\_7 principes pour cultiver une CdeP
- Mise\_applic\_5 dimensions d'une CdeP
- Mise\_applic\_CdeP\_guidée et encouragée VS émergence spontanée

### **CdeP - Mise en application - Dimension(s) valorisées(s)**

- Mise\_applic centrée dimension cognitive (connaissances)
- Mise\_applic centrée dimension relationnelle
- Mise\_applic centrée expérience pratique
- Mise\_applic\_centrée expérience pratique + dim. relationnelle (coll))
- Mise\_applic\_centrée expérience pratique + dim. cognitive (conn)
- Mise\_applic\_fusion 2 dim. cognitive (connaissances) + relationnelle (collaboration)
  - CdeP = moyen transpo conn. ds pratique
  - CdeP comme Réseau / équipe de partage de connaissances
  - Réflexion sur l'action = Apprentissage basé sur la pratique
  - La connaissance pratique
  - CdeP= connaissance pratique partagée
  - Connaissance + habileté = déterminanteu égard à communauté

- Outils connaissances partagé(es)
- Apprentissage = processus social
- Relation de partage de connaissances
- Gestionnaire de connaissance = soutien des membres à acquisition de conn

### **CdeP\_ Mise\_applic\_Retombées**

- Mise\_applic\_Retombées\_Dimension relationelle - collaboration - travail d'équipe
  - CdeP = soutien, favorise la collaboration interprofessionnelle
  - CdeP = collaboration améliore qualité des soins
  - CdeP et développement des relations de travail
  - CdeP = hiérarchie dépassée
  - CdeP et changement de culture
  - Participation processus CdeP = fierté
  - Participation processus CdeP favorise applicabilité/qualité du produit final
  - Importance d'une dénomination officielle
  - Importance d'objectifs précis
  - Coordonnateur/leader = essentiel à collaboration élargie
  - Participation périphérique revue de manière itérative = développement de l'engagement collaboratif
  - Une carte réseau pour soutenir la collaboration
  - CdeP = collaboration élargie
  - CdeP et intérêt commun
- Mise\_applic\_Retombées\_Dimension relationelle - collaboration - travail d'équipe
  - Environnement partagé + interactions au W= apprentissage (expérientiel) partagé
  - CdeP = soins basés sur l'évidence
  - CdeP favorise processus échange de conn (fait tomber barrières entre diff groupes)
  - CdeP rend plus critique face au modèle actuel de services de soins
  - Interaction et partage d'informations
  - Dissémination et adoption des connaissances
  - CdeP change les gens, la pratique et les procédures
  - Discussion = réflexion sur la pratique
  - Discussion change la pratique
  - Discussion = education continue
- Mise\_applic\_Retombées\_Développement professionnel
  - Connaissances formelles transmises + travail d'équipe = expertise émerge
  - Appropriation variable du produit final selon le profil professionnel
  - Effet sur la force de l'équipe de travail
- Mise\_applic\_retombées\_Dimension cognitive (connaissances bonifiées)
  - Mise\_applic\_retombées\_Dissémination des connaissances
  - Environnement de travail devient environnement d'apprentissage
  - Connaissances (pratiques) bonifiées
  - Connaissances bonifiées mais perceptions non modifiées
  - Acquisition de connaissances = variable
  - Qualité des connaissances transmises = déterminant de l'intégration, adoption
  - «Process mapping»
- Mise\_applic\_retombées\_Pratique bonifiée
  - CdeP = favorise les soins basés sur l'évidence (les connaissances)
  - Amélioration de la pratique
  - Pratique qui valorise autonomie du patient
  - CdeP répond aux changements actuels dans la livraison des services de soins
  - Motivation accrue
  - CdeP= collaboration peut toucher pratique de soins d'une large population permet redesign

### **Obstacles / limites à collaboration interprofessionnelle (co-constuction)**

- Conditions essentielles de mise en place défailtantes
  - CdeP = davantage en milieu académique que pratique
  - CdeP géographiquement étendue
  - Projet venant de l'extérieur
  - Pénurie de main d'œuvre
  - Participants qui ne partagent pas une pratique (ou un même enviro)
  - Ambivalence de départ face aux retombées de la collaboration
  - CdeP en ligne = formule valorisée mais peu de résultats de recherche sur efficacité
  - Retombées de la collaboration interprof = incertitude (non prouvées)
  - Situations centrées sur collaboration Vs profession
  - Non-implication d'acteurs centraux

- Exigeant engagement de ressources
- Travail en «silo»
- Anxiété à partager la réalité de son environnement
- CdeP en ligne manque d'accès à l'ordinateur freine les échanges
- CdeP en ligne = manque une rencontre réelle
- Inégalité d'accès à la participation
  - Participation périphérique à plus active participation
  - Visiteurs plus qu'acteurs
  - Impression d'être assistant, dans les souliers de qq'un d'autre
  - Profils professionnels inégalement sollicités
  - Engagement inégal selon profession
  - Participation non-généralisée
  - Réseaux d'égo impression de non-collaboration
  - Participation périphérique seulement en ligne = participation problématique
- Processus de la CdeP
  - Manque de temps
  - Projet trop long
  - Désengagement des participants
  - Recrutement de nouveaux participants<sup>2</sup>
  - Processus exigeant / demande des efforts
  - Plusieurs défis... (complexité)
  - Expérience dévalorisante
  - Dispo des infos requises au partage des conn
  - Parfois plusieurs tentatives de CdeP avant succès
- Organisation - gestion défaillante
  - Interactions minimales via intermédiaire
  - Nécessaire appui gestionnaires de la santé
  - Coordination défaillante
- Collaboration inter-professionnelle difficile
  - Collaboration uni-profes VS interprofes
  - Collaboration interprofessionnelle= discordance des attentes et buts selon professions
  - Activités inappropriées à toutes les professions
  - Profil professionnel dévalorisé
  - Preuves difficiles à établir quant au résultat de la CdeP
- Différentes conceptions d'une CdeP
  - Caring for the patients
  - CdeP comme aménagement propice à l'apprentissage
  - Formation interprofessionnelle versus spécialité professionnelle

## ANNEXE 4

### PLACE ACCORDÉE AU PATIENT DANS LES CDEP DÉPLOYÉES

Articles	Analyse des résultats de l'expérience de CdeP menée – dimensions valorisées
<b>Une CdeP centrée sur le patient mais sans l'impliquer</b>	
A1	<i>The CHSRF emphasizes that the ability to work with professionals from other disciplines <u>to deliver collaborative, patient centred care is considered a critical element of professional practice</u>. Oral health is a care issue that transcends professional boundaries. However, traditionally, there has been little connection between dental hygiene and nursing. (p. 217)</i>
A2	<i>The project focused on professional and organizational perspectives; stroke patients were involved but more user engagement would give greater confidence in the consumer-focus of the service. (p. 96)</i>
A3	<i>The community of practice was described and understood in terms of the joint <u>responsibility for the daily care of the patients</u>. This meant that the students became active participants, collaborated in basic care and, when there was an opportunity, shared profession-specific knowledge in relation to joint work. <u>The students described many situations where they learned to collaborate by working together in caring for the patients</u>. (p. 491)</i>
A4	<i><u>Whilst it was not the intention of this evaluation to look directly at clinical outcomes for patients</u>, it could be argued that <u>a service that has insight into its limitation and is targeting investment at specific gaps</u>, in order to provide a wider spectrum of services, may ultimately lead to benefits for patients accessing <u>community services</u>. (p. 827)</i>
A5	<i>Twenty-three of 27 WATI attendees (85%) from diverse disciplinary and practice backgrounds completed the baseline survey, with 21 (91%) of those participants completing the three-week follow-up. (p. 1) (Discipline = X, Medicine = 3, Psychology/Psychiatry/Mental Health = 10, Nursing = 1, Public Health Sciences = 6, Biology = 1, Education = 1, Other = 1) (p. 4)</i>
A6	<i>136 clinicians to participate in this community of practice. Clinicians were drawn from the following professions: physiotherapists (46%), occupational therapists (37%), and family physicians (17%). (p. 1)</i>

A7	<p><i>Based on the experience with the HDC model, a need existed for <u>an approach that could: (1) reach all the primary care providers in HRSA-supported institutions, (2) use fewer resources and less time away from health centers, and (3) make changes that affect the care of a larger proportion of the people served by FQHCs. The RCC was developed in 2005 as a demonstration project to test the feasibility of meeting these goals by teaching the collaborative model through primary care associations.</u> (p. S75)</i></p> <p><i>The care process leaders, who worked with the primary care teams and administrative personnel, were identified as respected opinion leaders with sufficient authority within the administrative structure to manage change. <u>They were clinical practitioners interested in improving clinical processes, clinical quality staff leaders or champions interested in clinical quality improvement, or administrators responsible for clinical integration strategies.</u> (p. S75)</i></p>
A8	<p><i>For the purpose of the HANDOVER Project, <u>the community of practice included the group of researchers from the six organisations, as well as patient advocates, that came together to conduct research into transitions of patient care.</u> (p. i24)</i></p>
A9	<p><i>The intent of Connections was <u>to bring together a diverse group of practitioners as a community of practice</u>, although the term was not initially used, so that those in the planning phase would benefit from the experience of more advanced projects, and the more advanced projects would learn from each other. (p. S62)</i></p>
A10	<p><i>The evaluators found that the diversity of membership was another strength of Connections. Members were located in state, county, and city health agencies and health plan management organizations. <u>Membership included programmatic and technical personnel, as well as consultants and policy staff.</u> The community gave the members a sense of belonging to a group that, though diverse, had common goals and concerns. (p. S64)</i></p> <p><i>The aim of this project was to use <u>a bottom-up, peer-led approach to improve data quality in a single topic in Bradford; here, data collected on smoking cessation.</u> In doing so the project aimed to demonstrate how this approach could also introduce research evidence into clinical practice and facilitate the dissemination of this through <u>collaboration between academics and clinicians via the CoP.</u> (p. 22)</i></p> <p><i>[...] <u>the project we report aimed to engage health visitors in investigating the ways in which data routinely collected in the course of their work are captured, stored, transferred, analysed and then used to inform clinical practice.</u> (p. 23)</i></p>
A11	<p><i>Several weeks prior to each session the presenting surgical oncologist was asked to develop <u>a patient scenario that involved cancer surgery, presented treatment decision-making challenges, and would foster multidisciplinary discussion.</u> (p.3)</i></p>



A12	<p><i>Sharing best practices through online communities of practice: <u>a case study</u> (p. 1)</i></p> <p><i>The USAID-funded Capacity Project established the Global Alliance for Pre-Service Education (GAPS) <u>to provide an online forum to discuss issues related to teaching and acquiring competence in family planning</u>, with a focus on developing countries' health related training institutions. The success of the Global Alliance for Nursing and Midwifery's ongoing web-based community of practice (CoP) provided a strong example of the successful use of this medium to reach many participants in a range of settings. (p. 1)</i></p>
<b>Une CdeP centrée sur le patient et qui l'implique</b>	
A13	<p><i>The Clinical Centre of Research Excellence (CCRE) in Aphasia Rehabilitation is <u>a virtual centre of researchers, postdoctoral fellows, students, clinicians and consumers</u> which commenced in 2009 as a result of a \$A2.5 million grant from the National Health and Medical Research Council (NHMRC) in Australia. (p. 272)</i></p> <p><i>This model is therefore ideally suited to our purpose in informing the development of the Australian Aphasia Rehabilitation Pathway as the framework for translating research evidence into practice. Our team seeks to engage a broader range of stakeholders through the Community of Practice. Stakeholders include the following. <b>Consumers.</b> A key feature of our research is hearing the consumers' voice throughout quality improvements. Consumers include representatives from the Australian Aphasia Association, the National Stroke Foundation, Talkback SA and existing reference groups. (p. 274)</i></p>

## ANNEXE 5

### IMPORTANCE ACCORDÉE AUX DIMENSIONS RELATIONNELLE ET COGNITIVE ET EMPHASE SUR L'EXPÉRIENCE PRATIQUE DANS LES ARTICLES DÉCRIVANT L'EXPÉRIENCE DE CDEP

Articles	Fusion des deux dimensions (collaborative et cognitive)
A1	<p><i>More recently, the Canadian Dental Association Committee on Clinical and Scientific Affairs emphasized that quality dental and oral care services for seniors be available across the continuum through an <u>interdisciplinary approach to care that includes the sharing of information and expertise between oral health care providers, primary care providers, dieticians, social workers, and other health care providers.</u> (p. 217)</i></p> <p><i>In 2006, Health Canada endorsed a <u>collaborative approach to patient centred care that promotes active participation by a range of health professionals and respect for the expertise and knowledge that each contributes to the interprofessional team.</u> (p. 217)</i></p>
A2	<p><i>Transferred from neurology or elderly care settings, at the outset most staff had little stroke expertise. An interprofessional seminar series based on stroke guidelines was the starting point. (p. 94)</i></p> <p><i>Recognizing and valuing the central role of the nurse in stroke : <u>Nurses as the only professionals continually present on SUs are ideally positioned to act as a hub for team activity; this role can only be taken up with the prerequisite expertise to do so.</u> SU nurses' previous non-specialist work with stroke patients meant initially many were unable to fulfil this role. (p. 94)</i></p>
A3	<p><i>Most often the <u>learning process in professional socialization has been understood as internalization of the norms of the group</u> (Clark, 2006). (p. 487)</i></p> <p><i>As an alternative perspective to <u>learning as internalization</u> Wenger (1998) describes learning as developing identity as a participant in a community of practice. <u>The latter perspective accentuates the learner as a whole person actively interacting in a social context</u> (Lave &amp; Wenger, 1991; Wenger, 1998). (p. 487)</i></p> <p><i>In the emerging theoretical framework for IPE the <u>description of learning as necessarily social, collaborative and experiential is recurrent</u> (Barr et al., 2005; Clark, 2006; Oandasan &amp; Reeves, 2005). (p. 487)</i></p>

	<p><i>Therefore the aim of this study was to describe and analyse the students' learning on an interprofessional training ward within care for older persons through focusing on the students' ways of participating in the community of practice on the ward. (p. 487)</i></p> <p><i>A case study design was chosen to study learning on the ward within its socio-cultural context. (p. 488)</i></p>
A4	<p><i>The project sought to foster the partnership by establishing a <u>Community of Practice (CoP)</u> that would be the vehicle for structured knowledge exchange between all participants. (p. 823)</i></p> <p><i>As Wenger (2006) points out: <u>Communities of practice are formed by people who engage in a process of collective learning in a shared domain of human endeavor"</u> (p1). (p. 824)</i></p>
A5	<p><i>The evaluation had three aims: 1) to assess the impact of a mixed-method, interactive approach to education and KTE (Knowledge transfer and exchange) on collaborative activity, 2) to provide an empirical foundation to guide the development of a CoP within this group, and 3) to pilot the implementation of a novel, systems-oriented approach to evaluating KTE using combined evaluation and social networking methodologies. (p. 3)</i></p>
A6	<p><i>Comments received on the website, at the mid-point symposium and from the scientific committee, were systematically analyzed for their content. Taking into account these comments, <u>project team members decided by consensus if and how the recommendations should be modified without deviating from the evidence</u> (p. 3)</i></p> <p><i>If there was no consensus on a specific issue, the divergence of interpretation was reflected in the revised text. The revised recommendations were then released in October 2005. The revised recommendations were provided to the <u>clinical synthesis team with the mandate of preparing a clinical algorithm for the guideline</u>. For this, they met until there was a consensus on the content and format of the algorithm. This task was accomplished over two days in February 2006. The final version of the guideline was released at the last symposium in April 2006. (p. 3-4)</i></p>
A7	<p><i>The project sought to foster the partnership by establishing a <u>Community of Practice (CoP)</u> that would be the vehicle for structured knowledge exchange between all participants. (p. 823)</i></p> <p><i>Process leaders facilitated <u>team engagement</u> in multiple small PDSA cycles, in which <u>teams would plan (P) a change</u> (eg, whether standing orders for fecal occult blood testing (FOBT) could be followed by those to whom they were delegated, do (D) it, study (S) the results with quick measures, and act (A) to make changes in care in short periods of time (days, weeks) based on what was learned. (p. S76)</i></p> <p><i>Simultaneously, the NCI sponsored a <u>Regional Community of Practice (RCOP)</u> (Fig. 1B), which provided a multistate forum for sharing ideas, identifying resources, and encouraging action on local community-building efforts. For</i></p>

	<i>example, members described new approaches to FOBT screening and methods for launching an LCOP and establishing an on-line directory of collaborating organizations. (p. S76)</i>
A8	<p><i>(...) that community of practice actually is an umbrella term for a number of different organisational groupings that are characterised by the support for <u>formal and informal interaction between novices and experts, the emphasis on learning and sharing knowledge, and the investment to foster a sense of belonging among members.</u> (p. i24)</i></p> <p><i>The interactions were structured-responsibility for hosting the face-to-face meetings was shared by the participating countries, <u>meetings included working sessions as well as knowledge transfer sessions, serious games were used to build team cohesiveness, and group members became comfortable with the rituals that evolved over the life of the project.</u> (p. i24)</i></p>
A9	<i>While not a new concept by any means, with examples of similar professional learning networks seen as far back as the Middle Ages, <u>today, communities of practice are increasingly valued in many sectors for their contribution to peer-to-peer learning, capturing and documenting knowledge, and fostering innovation.</u> (p. S62)</i>
A10	<i>The aim of this project was to use a bottom-up, peer-led approach to improve data quality on a single topic in Bradford; here, data collected on smoking cessation. <u>In doing so the project aimed to demonstrate how this approach could also introduce research evidence into clinical practice and facilitate the dissemination of this through collaboration between academics and clinicians via the CoP.</u> (p. 22)</i>
A11	<i>It has been suggested that, <u>to promote knowledge transfer, organizations need to actively nurture the development of communities of practice by legitimizing participation, negotiating their strategic content, bringing together complementary expertise, and providing support in the form of guidance and resources.</u> (p. 2)</i>
A12	<p><i>The GAPS CoP facilitated a <u>virtual collaboration among educators from around the world to share relevant issues and explore common challenges associated with identifying and teaching FP core competencies.</u> (p. 2)</i></p> <p><i>This method of <u>sharing and eliciting information</u> was based on the growing interest to understand how new information and communication technology may be used to support efforts to scale up and improve PSE in low-income countries. (p. 2)</i></p> <p><i>The leaders of GAPS hoped that this <u>discussion would provide a critical understanding leading to a globally acceptable set of FP (family planing) PSE (pre-service school) core competencies.</u> (p. 2)</i></p>

	<i>For example, in some instances where tasks have been shifted from physicians to nurses, identical competencies are needed in both the medical and nursing curricula, especially considering that physicians would be expected to train nurses. In these cases, <u>discussion within an interdisciplinary community can result in shared opportunities, lessons learned and teaching strategies.</u> (p. 7)</i>
A13	<i><u>Provide relevant and accessible guidelines for aphasia therapy, through collaboration with people with aphasia, their families and friends, speech pathologists and other health professionals.</u> (p. 272-273)</i> <i>This model builds communities across different locations, fosters connections between researchers and the broader community, and attends to the need for <u>learning through social engagement.</u> (p. 274)</i> <i>This model is therefore ideally suited to our purpose in informing the development of the Australian Aphasia Rehabilitation Pathway as the <u>framework for translating research evidence into practice.</u> (p. 274)</i>
<b>Dimension cognitive dans l'optique de la pratique</b>	
A1	<i>The International Affairs and Best Practice Guidelines Program is a signature program of the RNAO. Since 1999, with funding from the Ministry of Health and Long Term Care, it has <u>focused on the development, dissemination, implementation, and evaluation of clinical and healthy work environment best practice guidelines in order to support evidence based nursing practice.</u> (p. 218)</i>
A2	<i>SU (stroke unit) development processes thereby promoted <u>experiential learning opportunities, facilitated personal growth of knowledge and skills and helped embed this way of working into everyday practice.</u> (p. 94)</i>
A3	<i>Earlier research on IPE on interprofessional training wards indicate that <u>students show changes in knowledge and attitudes and have great appreciation of the joint clinical training</u> (Fallsberg &amp; Wijma, 1999; Hylin et al., 2007; Lidskog et al., 2008). (p. 487)</i>
A4	<i>The aim was to enhance the skills of the current workforce and <u>develop learning resources to improve service delivery for people with long-term conditions.</u> (p. 423)</i> <i>The evaluation framework was established to determine the impact of knowledge exchange process on the project participants and to extrapolate the likely impact on services and service user outcomes. (p. 825)</i>
A7	<i>At least 1 person from each FQHC was sent to a 2-day Process Leader training session early in 2005. <u>The Process Leaders learned about the Chronic Care Model, (...)</u> (p. S76)</i> <i><u>They also learned about the Plan/Do/Study/Act (PDSA) Model for improvement developed from industrial quality improvement efforts.</u> (p. S76)</i>

	<i>National faculty worked with the regional faculty <u>to enable process leaders and their teams to use information systems, evaluate care process, and implement changes at local primary care clinics.</u> (p. S76)</i>
A10	<i>With CLAHRCs providing the organisational context and funding for this study and with the collaboration of local NHS trusts, the project we report aimed to engage health visitors in investigating the ways in which data routinely collected in the course of their work are captured, stored, transferred, analysed and then used to inform clinical practice. (p. 23)</i> <i><u>Specialist input summarising the state of research knowledge was made available to the clinical staff involved. This enabled them to critically assess the appropriateness of routine data and make recommendations for improvement.</u> (p. 23)</i>
A12	<i>However, shared information within a CoP is frequently experiential, which may limit the validity of the evidence being shared. (p. 1)</i> <i><u>Competency as a health care provider requires knowledge acquisition in the classroom, practice in the skills lab and application of knowledge, skills and professional behaviour in the clinical practice setting. Producing competent health providers requires a competency-based curriculum and competency-focused assessment techniques.</u> (p. 2)</i> <i>The curricula of health worker education programs are often knowledge-focused and rely on resources that are out of sync with current evidence. Education programs tend to include material (based on Western medical text books and curricula) that is not directly applicable or relevant to prevalent health concerns in developing countries. (p. 2)</i>
A13	<i>The CCRE is translating these principles into all aphasia rehabilitation approaches (impairment and functional), investigating the effectiveness of interventions and then, when evidence is available, translating these into the Australian Aphasia Rehabilitation Pathway to ensure uptake for speech pathologists. (p. 272)</i> <i>One of the key goals of the CCRE is to ensure that research findings are translated into clinically useful and practical resources for clinicians, families and community agencies. (p. 274)</i>
<b>Dimension cognitive</b>	
A7	<i>National faculty had cancer screening and change process expertise and regional faculty <u>had knowledge of local conditions and change process experience.</u> (p. S76)</i> <i><u>The teams also implemented specific care activities they thought would increase their screening rates based on evidence and the face validity of the work.</u> (p. S76)</i> <i>"Cancer Control Activities" were specific actions undertaken that involved one or more <u>team members to assess or change their daily practice with respect to cancer screening.</u> (p.S76)</i>

A8	<i>The project increased the appreciation for research by holding training seminars for the researchers in quantitative and qualitative methods, allowed an opportunity for scholarly exchange, and accented the positive use of resources in all settings. (p. i24)</i>
A12	<i>This case study describes the process and outcome of GAPS and discusses the major issues that the CoP identified in teaching and learning FP (family planing) competencies in low-resource settings. (p. 2)</i>
<b>Dimension relationnelle (ou collaborative) dans l'optique de la pratique</b>	
A1	<p><i>Since 2006, the Canadian Oral Health Strategy<sup>5</sup> (COHS) has been facilitating the integration of oral health promotion with other health care services as they have recognized that a multifaceted, coordinated strategy is more effective in reaching a broader range of individuals than the traditional approach where oral health care is seen as independent and outside of mainstream health. (p. 217)</i></p> <p><i>In support of this position, Ontario's Interprofessional Steering Committee reported that Ontario's health care system will become more effective as it embraces interprofessional practice approaches. (p. 217)</i></p> <p><i>The Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF) defines interprofessional collaboration as the process in which different professional groups work together to positively impact health care. (p. 217)</i></p> <p><i>It involves a negotiated agreement, between professionals, that values the expertise and contributions various health professionals bring to patient care. (p. 217)</i></p> <p><i>Clearly, there is significant support at the systems level for partnerships and interprofessional collaboration, which includes a concomitant requirement for professionals to move beyond their individual "silos" and work together for the overall benefit of the patients and communities we serve. (p. 217)</i></p> <p><i>The CHSRF emphasizes that the ability to work with professionals from other disciplines to deliver collaborative patient centred care is considered a critical element of professional practice. (p. 217-218)</i></p> <p><i>The Canadian Interprofessional Health Collaborative acknowledges that effective collaborative practice requires an environment of trust and recognition of the expertise that each brings to their practice. (p. 218)</i></p>
A2	<p><i>Clinical projects involving major service redesign require managerial assistance for success and sustainability. (p. 94)</i></p> <p><i>Opportunities to promote the SU were actively sought by the STEP team; involvement in developing the SU and enthusiasm generated by being part of an improvement initiative helped drive plans into action. (p. 94)</i></p>

	<i><u>An interprofessional stroke committee was convened, combining senior management and SU clinicians. This became a medium to influence strategy and strategically linked the SU horizontally and vertically within the organization.</u></i> (p. 94)
A7	<i>The teams conducted PDSA cycles, organized their care, and implemented changes.</i> (p. S78) <i>The mapping and redefined roles and processes occurred through active discussions within the organizations and clinical teams.</i> (p. S79)
A13	<i><u>The national scope of the CCRE (Clinical Centre of Research Excellence) research programme, its partnership with health service providers and consumers, and its extension across the continuum of care requires a critical mass of experienced researchers in aphasia and health services across multiple sites.</u></i> (p. 273) <i>In summary, bringing together networks of researchers can be a powerful way to study the ‘big picture’ of the rehabilitation process.</i> (p. 275)
<b>Articles</b>	<b>Dimension relationnelle (ou collaborative)</b>
A1	<i>(...) <u>an ongoing collaboration – an oral health community of practice (CoP) that serves as an example of the synergy created when professionals work together towards a common goal.</u></i> (p. 217) <i>This report acknowledges that the structures within <u>the health care system often separate providers rather than creating opportunities for collaborative, interprofessional practice.</u></i> (p. 217) <i>Health care providers need to be able to ask questions and seek clarification without being intimidated or seen as “unknowledgeable”.</i> (p. 218) <i>Achieving this level of comfort is the key to any successful interdisciplinary collaboration and is gained through the development of positive, trusting relationships and built on a foundation of positive experiences.</i> (p. 218)
A2	<i>Staff deployed to STEP from different clinical areas and professional groups and their differing backgrounds and experiences meant <u>that just being relocated together did not achieve team-working; as identified by early interprofessional disputes and territorial practices,</u> particularly between nurses and physiotherapists.</i> (p. 94) <i>Interprofessional team projects presented the chance to get to know each other through actions other than direct patient care. Projects included creating a local stroke booklet, developing interprofessional patient records and organizing a Charity Ball.</i> (p. 94) <i>The weekly 1-hour STEP meetings, which were neither patient-focussed nor consultant-led, became a nucleus for teamwork. Meetings were voluntary and often had no pre-arranged agenda but were problem focussed.</i> (p.94)



	<p><i>Nurses experienced greatest difficulty taking time away from the ward to attend; a rota of therapists was drawn up to provide assistance on the unit to facilitate nursing attendance. This act in support of team education underpinned team development. (p. 94)</i></p> <p><i>Additionally, a stroke coordinator was appointed and this experienced stroke nurse provided a role model for nurses and was a resource for the whole team. (p. 94)</i></p>
A3	<p><i>Professional socialization is an ongoing process that starts during professional education and continues during working life. (p. 487)</i></p> <p><i>An interprofessional training ward is a care unit in health and social care where students from different educational programmes work together during their clinical training in order to develop their own professional identity as well as the ability to collaborate in a team. (p. 487)</i></p> <p><i>A review of the literature shows few studies that focus on understanding the ways in which the students actually participate in the collaborative activities in IPE. (p. 487)</i></p>
A4	<p><i>The “workforce” included not just clinical practitioners but also academics who often worked in traditional silos based on old service models. (p. 823)</i></p>
A7	<p><i>The faculty carried out a variation on the train-the-trainer model of education in the cancer collaborative process. Instead of a top-down training cascade, a collaborative exchange of expertise was used. (p. S76)</i></p>
A12	<p><i>Use of the World Health Organization (WHO) Implementing Best Practices Knowledge Gateway, which requires only a low bandwidth connection, <u>gave educators an opportunity to engage in the discussion even in the most Internet access-restricted places</u> (e.g. Ethiopia). (p. 1)</i></p> <p><i>Evaluators of CoPs have noted that discussion within a CoP tends to be less constrained than discussions generated by more conventional methods, allowing for creative and novel solutions to old problems. (p. 1)</i></p> <p><i>Lathlean et al. (4) commented that <u>CoPs provide the opportunity to reach practitioners and educators who traditionally might not have professional access to one another.</u></i></p>
<b>Expérience pratique (pratique de soins)</b>	
A1	<p><i>In it Castro et al. state that as health care services have seen increased specialization, the individual as a client is divided up by body part, body system, by disease, and/or by the interventions recommended. (p. 217)</i></p> <p><i>These subspecialties within professions have resulted in the need to have a mechanism to get the “person back together conceptually” in order to ensure holistic, comprehensive health care services. (p. 217)</i></p>

	<p><i>They concluded that better outcomes can be achieved by optimizing the expertise of all health care providers. (p. 217)</i></p> <p><i>Best practice guidelines are systematically developed statements to assist practitioners and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances. (p. 218)</i></p>
A3	<p><i>The individual's motivation for participation in the community of practice is related to earlier experiences and identity. Furthermore there is interdependence between how the individuals elect to engage in work activities and the nature of the work opportunities afforded (Billett, 2001). (p. 487)</i></p>
A4	<p><i>To this end the UK NHS Improvement Plan and Workforce Change in Long-Term Conditions Programme (Department of Health, 2005) required the development of a systematic approach to care delivery and health and social care being redesigned to address all levels of the Kaiser pyramid. (p. 823)</i></p>
A6	<p><i>CoPs have been effectively used in various non-health settings by improving practices and productivity [12]. (p. 2)</i></p>
A13	<p><i>None the less, this type of venture with large-scale collaborations relies on trust, goodwill, generosity and a common purpose. (p. 275)</i></p>

## ANNEXE 6

### IMPORTANCE ACCORDÉE À L'EXPÉRIENCE PRATIQUE ET AUX DIMENSIONS RELATIONNELLE ET COGNITIVE DANS LES ARTICLES PORTANT SUR L'ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'EXPÉRIENCE DE CDEP

Articles	Analyse des résultats de l'expérience de CdeP – dimensions valorisées
	Centrée sur l'expérience pratique
A2	<i>Process findings occurred alongside consistent improvement in outcomes as measured by successive NSSAs (Hoffman et al., 2002, 2004, 2006, 2008). These included organizational targets such as SU admission and waiting times, and process indicators like assessments and care planning. (p. 93)</i>
A3	<p><i>The student teams were encouraged to work with an increasing degree of independence in taking care of the patients. (p. 488)</i></p> <p><i>During three-week periods the students worked together in interprofessional teams to provide care for the 12 patients on the ward. (p. 488)</i></p> <p><i>To work together in the student team to identify the patients' needs and plan, implement and evaluate the care and rehabilitation needed. (p. 488)</i></p> <p><i>Develop one's own professional competence and role in the team in relation to the patients' needs, (...). (p. 488)</i></p>
A4	<p><i>Participants found a well-facilitated CoP to be a supportive and effective vehicle for helping a workforce change process. (p. 822)</i></p> <p><i>With targeted investment a facilitated CoP appears to be a useful vehicle for addressing workforce needs in complex and challenging circumstances. (p. 823)</i></p> <p><i>A well-organised Community of Practice, delivered as an inter-agency partnership, was found to be very effective in contributing to a better-prepared workforce. (p. 827)</i></p>
A6	<i>The CLIP guidelines were designed for all three groups of primary care health professionals, irrespective of their specific expertise. Their goal was to promote the use of similar tools and a common language in the management of LBP from a bio-psycho-social perspective. This guideline development process showed that CoP principles can be successfully applied in this context. (p. 5)</i>

A7	<p><i>Since 2005, the RCC has showed increases in self- management goal setting, the number and proportion of people with documented screening for colorectal, breast, and cervical cancer screening (Table 4). (p. S81)</i></p> <p><i>These sessions generated ideas and participants worked together to implement them. (p. S79)</i></p> <p><i>Engage community resources to create a Local Community of Practice (LCOP) focused on improving local screening rates and cancer care capabilities. (p. S76)</i></p> <p><i>Overall, colorectal cancer screening rates have improved, although trends have differed across the 4 organizations, with 3 sites showing improvements and 1 site's rates appearing to drop (Fig. 2). (p. S81)</i></p>
A8	<p><i>While the overall focus was on the hospital to primary care interface, each country had a clinical focus that represented the interest areas of the researchers: general medicine patients in the Netherlands, under-represented minority patients in Spain, emergency department patients in Italy and Sweden, and geriatric patients in Poland. (p. i22)</i></p>
A9	<p><i>Analysis of the survey and interviews found that all members participating in the study, without exception, reported gaining substantial, tangible benefits from their participation in Connections-for their integrated child health information systems projects; for their organizations and their capacity to develop and manage integration projects; and for themselves as professionals (see Table 1). (p. S63)</i></p>
A10	<p><i>Examples of the changes in practice recommended by the CoP are shown in Box 2. These ranged from simple changes to the daily working practices of HVs, which were easily implemented within HV teams through dissemination via the CoP, to major inter-service changes that would require collaboration and cooperation to implement together with, in some cases, a need for specific funding. (p. 24)</i></p> <p><i>Examples of the issues uncovered by the process mapping exercise are shown in Box 1. Having highlighted the issues, the CoP considered their underlying causes and compiled a series of recommendations, suggesting what could be done differently and what changes could be expected as a result. (p. 24)</i></p> <p><i>This allowed the CoP to build up a comprehensive picture of data collection and flow throughout the mother's journey. (p. 23)</i></p> <p><i>(...) the CoP adopted a conventional process mapping approach (NHS Institute for Innovation and Improvement, 2008). A process map is a visual representation of a patient/ client journey that allows the procedures and administrative processes involved to be recorded. The map shows how things are and what happens in practice, rather than what should happen. This enables problems and areas for improvement to be identified.</i></p>

A12	<p><i>There is a disconnect between the classroom and clinical practice. (p. 4)</i></p> <p><i>Current resources and approaches are inadequate to prepare competent service providers. (p. 4)</i></p> <p><i>Teaching attitudes by integrating this domain into the pre-service curriculum since attitudes take longer to develop than in-service training would allow for:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>creating situations that allow for reflection and debate</i></li> <li>➤ <i>clinical attachments and ‘role-modelling’</i></li> <li>➤ <i>community rotations that encourage community focus and understanding. (p. 4)</i></li> </ul> <p><i>A number of challenges were repeated and also similar to the common themes: (...) Cultural and social norms limit FP practice/participation among clients, faculty and students. (p. 5)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (...) </li> <li>• <i>There was an inability to locate target competencies in job-related documents.</i></li> <li>• <i>Issues exist of funding, coordinating and managing CBE to prepare competent providers.</i></li> <li>• <i>There is a lack of awareness if standards or job descriptions exist.</i></li> <li>• <i>There exists a lack of instructors and an ever-rising student-to-instructor ratio.</i></li> <li>• <i>There is an issue of contraceptive availability. (p. 5)</i></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Certification of health care workers</i></li> <li>• <i>Post-basic or pre-deployment course on FP</i></li> <li>• <i>Interventions raising awareness of faculty attitude</i></li> <li>• <i>Mandate to cover topics regardless of religious or cultural beliefs</i></li> <li>• <i>Reducing the theory-practice gap with more simulated and real clinical practice.</i></li> <li>• <i>Preparing instructors in the development and delivery of competency-based strategies</i></li> <li>• <i>Preparing instructors to assess student competencies</i></li> <li>• <i>Strengthening clinical sites</i></li> <li>• <i>Considering job-based training and e-learning to increase skills of clinical preceptors</i></li> <li>• <i>Preparing students to evaluate their learning environment and provide feedback.</i></li> <li>• <i>Interventions should be on a national scale</i></li> <li>• <i>Integration to get larger buy-in of stakeholders (p. 5)</i></li> </ul> <p><i>More challenges than best practices were identified. (p. 5)</i></p>
<b>Centrée sur la dimension relationnelle (collaborative)</b>	
A2	<p><i><u>Initially difficult to persuade staff to take time away from patients (for voluntary meetings), this became a protected slot when staff saw achievements from having time for service development. (p.94 av)</u></i></p>

	<p><i>Opportunities to promote the SU were actively sought by the STEP team; involvement in developing the SU and <u>enthusiasm generated by being part of an improvement initiative helped drive plans into action.</u> (p.95)</i></p> <p><i>Seven UK evidence-based practice implementation studies found CoPs strongly influenced by professional affiliations, tended to be uniprofessional with marked group identities, and liaised poorly with neighbouring work groups; it appeared, “great effort is required to create a functioning multidisciplinary Community of Practice” (Dopson &amp; Fitzgerald, 2006, p.10). (p.96 discussion)</i></p> <p><i>A key difference between a CoP and a conventional team lies in structure; CoPs are based on collegial relationships rather than hierarchical management structures featured in many conventional teams (Bate &amp; Robert, 2002). (p.95 in)</i></p> <p><i>Hence, creation of social capital during the development of this CoP may have been a seminal feature of this SU’s success. (p. 95 in)</i></p> <p><i>Development of professional relationships and social ties are important reasons why people stay within organizations (Cappelli, 2000); a key consideration for all institutions. (p. 95)</i></p> <p><i>CoPs have been described as vehicles for generating social capital, by developing connections amongst practitioners and fostering relationships building mutual confidence and obligation (Lesser &amp; Storck, 2001). (p. 95 in)</i></p> <p><i>(...) staff felt part of something that mattered. Through regular interactions during patient interventions and goal planning, staff built relationships leading to a sense of community and development of social capital (Gersick et al., 2000; Whetten, 2001). (p.95 in)</i></p> <p><i>Individual and group identities from being part of the SU contributed to a sense of belonging to a particular community (Wenger, 1998);</i></p>
A3	<p><i>The aim of the training ward was to give students in nursing, occupational therapy and social work a realistic experience of collaboration between different professions. (p. 488)</i></p> <p><i>The educational goals were to develop the ability to co-operate through increased knowledge about each other’s professions, (...) (p. 488)</i></p> <p><i>During three-week periods the students worked together in interprofessional teams to provide care for the 12 patients on the ward. (p. 488)</i></p> <p><i>The student teams were encouraged to work with an increasing degree of independence in taking care of the patients. (p. 488)</i></p> <p><i>Every shift ended with time for reflection and the sharing of experiences and thoughts from the day. Every week ended with a reflective seminar where the students, the supervisors and a link teacher from the university discussed different interprofessional issues. (p. 488)</i></p>

	<p><i>The semi-structured interviews focused on teamwork and experiences of and thoughts about the IPE on the ward. (p. 489)</i></p> <p><i>The focus of the observations was the interaction between the students, with emphasis on oral communication. (p. 490)</i></p> <p><i>Students' written descriptions concerned their experiences of collaboration.</i></p> <p><i>The focus in the analysis was on understanding the students' different ways of participating on the ward. (p. 490)</i></p>
A5	<p><i>The work projects were used to both test the capacity and willingness of WATI attendees to work collaboratively and to build some 'quick wins' that would provide a basis for a more focussed CoP building effort. (p. 8)</i></p> <p><i>Finally, the number of peripheral players who never had attended either of the two WATI meetings struck participants as problematic and a possible cause for intervention in creating the CoP. (p. 7)</i></p> <p><i>The resulting map illustrates a paucity of translational links connecting teams working in research and practice. (p. 6)</i></p> <p><i>Figure 3 shows no links between the for-profit and university communities and between health care and the non-profit communities. The network model suggests WATI participants representing governmental organizations occupy a more influential position in the network than most others. Substantively, it should be noted that the network is very diverse in that we see very little clustering of institution types, indicating a strong research-practice relationship within the network. In addition, it is notable that 63% (17 of 27) of the pendants are based in university settings. (p. 6)</i></p> <p><i>Presentation of the network models provoked a group conversation around three areas. The first was the notable and continued absence of a number of central individuals from the map at the meeting. The need to outreach and include those not in attendance was considered an important step towards building a genuine, inclusive CoP. (p. 6)</i></p> <p><i>When presenting the network models, the authors highlighted the fact that the network map was, in fact, an overlay of ego networks that created an illusion of disconnectedness. (p. 7)</i></p> <p><i>Rather it created an awareness of just how much of the network was not a part of the meeting. It also required the community to come to terms with conflicting definitions of membership as discussion resulted in awareness of the absence of key stakeholders in the meetings. (p. 7)</i></p> <p><i>The discussion yielded approval and interest in exploring a CoP and a nominal group approach was used to develop priority action steps. (p. 7)</i></p>

	<p><i>Among the themes derived from the nominal group was an expressed interest in building a more robust network (i.e., create stronger and a greater number of links between more members of the group). To support this, the group elected to focus on specific activities that could engage group members over the coming months including developing: 1) a recommended minimum data set of items for use in WATI research, 2) a mission statement, 3) a common language for WATI-related technologies and functions, 4) WATI intervention development guidelines, and 5) a strategy to engage consumers. Individuals indicated both their interest in the activity and their willingness to take action on the topic on a sign-up sheet. (p. 7)</i></p> <p><i>The authors offered to facilitate the start of this process using email and a project blog [50], but otherwise encouraged work groups to self-organize. The agreed goal was to lay the foundation for developing a CoP that could be built upon the success of these small, informal working groups. (p. 8)</i></p> <p><i>The WATI meeting signified the Potential phase. The baseline data on expectations, the initial network map that illustrated to participants what the WATI network looked like and the ensuing discussion about what it could look like if the group was interested in working collaboratively towards a community practice exemplified this. (p. 8)</i></p> <p><i>The three-week follow-up data demonstrated the ability of the WATI group to work together, with many participants reporting having taken some actions as a result of attending the meeting. (p. 1)</i></p> <p><i>Through discussions via email with the nascent community over the 6-months that followed, it was evident that group had moved into the Coalescing stage demonstrated by the progress made on most of the five tasks and by the establishment of working relationships within and beyond the group to include groups with similar interests (e.g., the North American Quitline Consortium). Following this success, the group seems poised to move forward into the Maturing stage. (p. 8)</i></p> <p><i>In this study, we discovered that many potential members of this community were identified as not present at the meeting. If a representative community is to be established, these individuals on the periphery of the network need to be engaged in the CoP initiative. (p. 9)</i></p>
A6	<p><i>The community was dynamic throughout the process, and very few motivating strategies were initiated by the project team. (p. 6)</i></p>
A7	<p><i>The community-of-practice approach was a major shift for many centers from partnerships with a single organization toward a more inclusive, multilateral strategy with many organizations. (p. S79)</i></p>
A9	<p><i>Participation in Connections established the practice of community members contacting each other to ask for advice, suggestions, or other information to solve a specific problem. (p. S63)</i></p>



A9	<p><i>Members wanted the opportunity to comprehensively review each other's integration projects. (p. S63)</i></p> <p><i>Members felt their contributions to discussions were sufficiently valued and acknowledged. (p. S64)</i></p> <p><i>Social events were carefully planned to facilitate informal conversations between members. (p. S63)</i></p>
A10	<p><i>The findings of the CoP emphasised the importance of cross-discipline communication and collaboration. (p. 22)</i></p> <p><i>Where the causes of the issues identified lay outside the immediate remit of the health visiting service, collaboration with colleagues across the services involved with the collection, recording, transfer, storage and analysis of the data was sought so that a negotiated solution could be proposed. (p. 24)</i></p>
A12	<p><i>Despite the activity and high membership, there were many silent members. (p. 5)</i></p> <p><i>Twenty-nine, or 16%, of the registered GAPS members contributed to ten active discussions. While this number of active contributors appears to be small, this percentage is favourable given the typical 10% ratio of active contributors to members reported on other IBP (Implementing Best Practices) communities. (p. 5)</i></p>
<b>Centrée sur la dimension relationnelle (collaborative) + l'expérience pratique</b>	
A12	<p><i>Creating teams of students, enhancing appreciation of roles and team work in the workplace. (p. 4)</i></p>
A2	<p><i>(...) the appointment of a new senior manager and Therapy Head was invaluable for practitioners promoting the stroke agenda. (p. 94)</i></p> <p><i>Practice activities presented ways to connect community members in pursuit of delivering best stroke care. (p. 95)</i></p>
A9	<p><i>The site visits were 2.5-day meetings with half of the agenda devoted to a detailed orientation to the host's integration project, and the other half focused on collaborative Connections activities. (p. S63)</i></p> <p><i>Members felt the community offered a safe haven, where they felt comfortable sharing their failures as well as their successes and where problems could be explored and innovative solutions reviewed without judgment. (p. S63)</i></p>
A12	<p><i>The key strategy that was extracted was: competencies should be the basis for all curriculum development and implementation. (p. 4)</i></p> <p><i>The three discussion forums were: 1. A general discussion of FP (family planning) competencies and competency-based training principles, which ran from January 16-February 16, 2008; 2. A structured group analysis of existing FP competencies, which ran from March 3-14, 2008; 3. An exchange of challenges and best practices associated with teaching the priority FP competencies, which ran from March 31-April 16, 2008. (p. 2)</i></p>

A9	<i>All Kids Count captured and integrated best practices, challenges, and solutions gleaned from the conference calls, ConnectionsZone, and the list-serve, disseminating the results within the Connections community. (p. S63)</i>
<b>Centrée sur la dimension cognitive (connaissances)</b>	
A1	<i>Resources to support implementation with clients across a range of practice settings are provided in the appendices to ensure the guideline is concise, comprehensive, and user friendly. (p. 219)</i> <i>It focuses on specific vulnerable populations over the age of 18 who require assistance to meet their oral hygiene needs, and addresses: • assessment of oral health (incorporating screening), • assessment of current oral hygiene practices, and • evidence based interventions (incorporating care plan development). (p. 219)</i>
A3	<i>The supervisors and health care assistants were interviewed within groups of three to four persons and the focus was on student learning on the ward. (p. 490)</i>
A8	<i>The criteria were used to assess the work across the research sites to create a template for the HANDOVER Quality Assurance Report. (p. i25)</i> <i>Table 1 outlines the criteria and illustrates how we operationalised defining these ambiguous concepts to make them clearly distinguishable or measurable by the HANDOVER researcher team (the completed quality assurance report is available on request). (p. i25)</i> <i>Although the main focus of the quality assurance report was the data collection phases, our overall quality assurance approach included an extensive data analysis plan with a consensus approach to the analysis process to maximise intercoder reliability in coding open-ended data. (p. i25)</i> <i>The best practice guideline and related resources can be used as evidence based tools to support the integration of oral health care within nursing practice. (p. 220)</i>
A10	<i>The mapping exercise generated a large volume of information captured manually on paper by the CoP. (p. 24)</i>
A12	<i>Challenges to CBE were identified as:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Integration of specific content areas into the larger curriculum</i></li> <li>• <i><u>Non-measurable learning objectives</u></i></li> <li>• <i>Increasing student population without a corresponding increase in resources leading to shortcuts in curriculum development. (p. 4)</i></li> </ul>
A1	<i>After much discussion and debate the group agreed that the purpose of the guideline Oral Health: Nursing Assessment and Interventions was to provide nurses with recommendations, based on the best available evidence, to support the provision of oral hygiene care to adults with special needs. (p. 219)</i>

A12	<i>Each forum had goals and objectives to guide the moderators. Questions that assisted in meeting the objective of each forum were posted online to the CoP. (p. 2)</i>
A11	<i>(...) who agreed that videoconferencing could facilitate the development of learning communities for improved exchange of knowledge related to cancer, particularly in remote regions of the province. (p. 3)</i>
A9	<i>A newsletter summarizing the meeting was written after each Connections site visit, and CDs compiling the meeting presentations were circulated along with the newsletters. (p. S63)</i>
A2	<i>Transferred from neurology or elderly care settings, at the outset most staff had little stroke expertise. An interprofessional seminar series based on stroke guidelines was the starting point. For example, the team documentation was more than a record of patient information; reading other entries stimulated staff questions, thus creating learning opportunities.</i>
A9	<i>New knowledge about the application of data quality or data de-duplication techniques was generated and applied as a result of the learning that took place in Connections. (S65) Thus learning had a transformational effect beyond improving the individual knowledge base: “learning transforms who we are and what we can do, it is an experience of identity, a process of becoming” (Wenger, 1998, p. 215).</i>
A12	<i>Common themes resulting from this forum were: (...) Competencies should be used to guide the development of curricula and allocation of scarce academic resources. (p. 3)</i>
A10	<i>Their recommendations were informed by local data and research evidence provided by the CLAHRC research fellow. (p. 24)</i>
A2	<i>It focussed formal learning and the evolving common body of knowledge. Bringing staff together in the domain was the starting point for the CoP</i>
<b>Centrée sur l’expérience pratique + la dimension cognitive (connaissances)</b>	
A1	<i>In May 2006, the RNO (Registered Nurses’ Association of Ontario) convened a guideline development panel whose mandate was to establish recommendations to support evidence based nursing practice in the area of oral care. (p. 218)</i>
A13	<i>With the goal of moving through an integrated care pathway, a series of advances in the assessment and treatment of people with communication disability is being made available to consumers, clinicians and community agencies with the publication of assessment and training manuals, and on-line resources. One of the key goals of the CCRE is to ensure that research findings are translated into clinically useful and practical resources for clinicians, families and community agencies.</i>

A7	<i>These sessions generated ideas and participants worked together to implement them. (p. S79)</i>
A12	<i>Most contributors defined competency as essential knowledge, skills and attitudes. Some added the concepts of clinical reasoning, knowing how to act and react to situations and solving complex problems, efficiency, confidence and the ability to mobilize resources. (p. 3)</i>
A10	<i>This (patient's/ client's perspective) enabled the CoP to identify the sequence of steps required to provide clinical care for a mother from first contact through to discharge from the care of the health visiting service. (p. 23)</i>
A12	<p><i>Challenges in competencies related to provision of FP services were not region-specific and included:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Teaching and measuring the acquisition of "attitudes" as compared to more concrete knowledge and skills.</i></li> <li>• <i>(...) (p. 4)</i></li> </ul>
A8	<i>In the HANDOVER Project, combining a qualitative approach with traditional quality improvement methods, allowed us to gain insight from participants and contextualise our findings on how best to overcome the barriers to improving patient handovers. (p. i27)</i>
A12	<p><i>Common themes resulting from this forum were:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>(...)</i></li> <li>• <i>There is a disconnect between theory and practice.</i></li> <li>• <i>(...) (p. 4)</i></li> </ul> <p><i>Common themes resulting from this forum were:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>(...)</i></li> </ul> <p><i>It is important to ensure those responsible for curriculum development are competent in the subject matter.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>(...) (p. 4)</i></li> </ul> <p><i>Common themes resulting from this forum were:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>(...)</i></li> </ul> <p><i>The effectiveness of CBE (Competency-Based Education) is enhanced by follow-up and mentoring.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>(...) (p. 3)</i></li> </ul> <p><i>Common themes resulting from this forum were:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>No PSE (pre-service school) core competencies were identified.</i></li> <li>• <i>(...) (p. 3)</i></li> </ul> <p><i>Common themes resulting from this forum were:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>(...)</i></li> <li>• <i>GAPS members were reluctant to discuss specific FP core competencies.</i></li> </ul>

A12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (...)</li> </ul> <p><i>The assessment of student progress and readiness for practice should be based on competencies. Some examples of the use of Observed Structured Clinical Examinations (OSCE) were identified.</i></p> <p><i>Competencies help delineate between roles in clinical practice which may prevent conflict of interest between different roles and levels of practice.</i></p> <p><i>Relation to the objective was well-addressed by the question, as educators shared their definitions and understanding of "competency" and described knowledge, skills, attitudes and abilities as integral to CBE.</i></p> <p><i>The goal of Forum 2 was to have an analysis of competencies related to the provision of FP (family planning) services by individuals deployed from health related training institutions in low-resource settings.</i></p> <p><i>Competencies need to include non-clinical competencies such as those dealing with logistics, supply management, quality of care and leadership.</i></p>
A6	<p><i>Studies have shown variable adherence of primary care clinicians to scientific evidence in the clinical management of LBP [22-24], which fosters the need for guidelines. (p. 5)</i></p>
12	<p><i>Teaching broader competencies that extend beyond tasks.</i></p> <p><i>Deficiencies exist in the clinical practice area (e.g. site preparation and supportive learning environment).</i></p>
A4	<p><i>Participants became more conversant with integrated models of care and identified and addressed gaps in knowledge and skills including real world complexity to reduce escalation of care. (p. 826)</i></p>
A2	<p><i>The theme Developing practice-based knowledge and skills in stroke showed accumulation of stroke knowledge was instrumental in staff developing a sense of practice expertise. Practical knowledge involves what we know, what we do, and how we act (Gustavsson, 2004).</i></p> <p><i>This was significant; if one profession within a team lacks expertise, it can adversely affect their participation with other team members filling gaps (Anstey, 2003).</i></p> <p><i>As the nurses developed stroke expertise they took up a central community role strengthening their professional identity as specialist nurses.</i></p> <p><i>Creating an identity through the stroke domain contributed to the growing sense of practice expertise in staff, especially for nurses. Until nurses had sufficient specialist skills and knowledge they were not able to play a full role in the community.</i></p>

<b>Centrée sur la fusion des deux dimensions (relationnelle + cognitive)</b>	
A2	<p><i>Interprofessional team projects presented the chance to get to know each other through actions other than direct patient care. Projects included creating a local stroke booklet, developing interprofessional patient records and organizing a Charity Ball. (p. 94)</i></p> <p><i>This collective position and united vision helped overcome early difficulties as individuals learned to work together. It focussed formal learning and the evolving common body of knowledge. Bringing staff together in the domain was the starting point for the CoP. (p. 94)</i></p> <p><i>Nurses described how focussing on stroke enabled them to develop domain-specific knowledge and expertise. With increased skills and knowledge in stroke care along with improving team-working, they developed from elderly care generalist to stroke specialist nurses, and began to claim a pivotal team role. (p. 94)</i></p> <p><i>As the SU became established, staff expressed positive comments about the unit as a learning environment; staff took advantage of everyday activities to enhance informal development of stroke knowledge and skills. With shared SU space and improved team relationships, learning from working alongside each other was a strong theme. (p. 94)</i></p> <p><i>This sense of knowing about practice can be developed and refined in CoPs, where shared understanding is core (Abrandt Dahlgren et al., 2004). (p. 95)</i></p>
A8	<p><i>Researchers in each country generated a list of narrative codes as they completed the stakeholder interviews and focus groups. The generated codes were circulated between researchers in each of the countries. The list of codes was developed into a shared codebook, during face-to-face meetings, conference calls and electronic mail correspondence. (p. i26)</i></p>
A1	<p><i>The SHRTN Oral Health CoP operates as a trans sectoral knowledge based network which enables the dissemination of evidence based and clinically relevant oral health information (including the guideline and resources described previously) to care providers of frail older adults through three interconnected methods: (a) awareness raising strategies, (b) education/learning opportunities; and (c) collaboration and networking opportunities between health and dental care sectors. (p. 220)</i></p> <p><i>A recent study by Gaboury et al. noted that constant knowledge exchange was found to be a factor that characterized effective interprofessional teamwork. (p. 220)</i></p>
A8	<p><i>The criteria were presented to the HANDOVER research team during face-to-face project meetings. The research team reached consensus through a facilitated discussion, about which elements were most relevant and would be part of a regular audit function of the HANDOVER Project. (p. i25)</i></p>

A7	<i>These sessions generated ideas and participants worked together to implement them. Examples stemming from these meetings included weekend screening sessions, special events, development of new treatment resources, and a redesign of the medical referral process for enrollment in the state breast and cervical cancer screening program. (p S79)</i>
A2	<i>Operational infrastructure activities shown in Table I promoted a shared language, further strengthening the concept of <u>learning as a social process</u></i>
A10	<i>Characteristically, the research fellow would respond to requests from the CoP members by providing reports summarising academic knowledge on topics about which they needed more information. (p. 23)</i>

## ANNEXE 7

# PRÉREQUIS À UNE EXPÉRIENCE DE CDEP RÉUSSIE MENTIONNÉS DANS LES ARTICLES PRÉSENTANT ET DISCUTANT DES RÉSULTATS

LES DIFFÉRENTS PRÉREQUIS MENTIONNÉS
<b>Guider, soutenir la formation de la CdeP et l'échange de connaissances</b>
<i>With limited funding, more emphasis will have to be placed on developing a framework (structure, cadre) for the community, prior to implementation. (A9, p. S65)</i>
<i>Guiding KTE planning through blending data and theory can create more informed transdisciplinary and trans-sectoral collaboration environments. (A5, p. 1)</i>
<b>Former une équipe avant la collaboration puis favoriser l'interaction</b>
<i>An interprofessional seminar series based on stroke guidelines was the starting point. Nurses experienced greatest difficulty taking time away from the ward to attend; a rota of therapists was drawn up to provide assistance on the unit to facilitate nursing attendance. This act in support of team education underpinned team development. (A2, p. 94)</i>
<i>A number of ways were used. An operational infrastructure (Table I) provided a framework for ongoing activities. Interprofessional team projects presented the chance to get to know each other through actions other than direct patient care. Projects included creating a local stroke booklet, developing interprofessional patient records and organizing a Charity Ball. (A2, p. 94)</i>
<i>Success of the HANDOVER Project was facilitated by building the project on pre-existing relationships among the site investigators who then assembled a team including faculty, research coordinators, patients and PhD research candidates. (A8, p. i27)</i>
<i>It could be argued that stakeholder involvement was restrictive, because participants were not involved from the start during the initial elaboration of the guideline recommendations. However, the interdisciplinary project team responsible for this initial elaboration was assembled in order to represent different clinical, academic, and research views. (A6, p. 6)</i>
<i>(...) just being relocated together did not achieve team-working; as identified by early interprofessional disputes and territorial practices, particularly between nurses and physiotherapists. Attention was needed to build a team before people could work together collaboratively. (A2, p. 94)</i>



*(...) importance of developing relationships, trust and social capital; (...). (A2, p. 96)*

### **La motivation d'un projet commun et d'un but partagé**

*CoPs can form naturally around areas of common interest. Their formation can also be facilitated and their attention directed towards topics of special interest. (A10, p. 25)*

*Several earlier studies about students' learning in clinical training have stressed the importance of feeling accepted by staff and clients in the care environment (A3, p. 495)*

*We also recognize that these were highly motivated teams who met specific eligibility criteria and volunteered to join the project. Addressing changes in screening practice can be tedious work that requires motivation and tenacity that other teams may not have. (A7, p. S82)*

*(...) involvement in developing the SU (stroke unit) and enthusiasm generated by being part of an improvement initiative helped drive plans into action. (A2, p. 94)*

*Data illustrating both the shape and size of the WATI network as well as member's interests and commitment to KTE, when shared and used to frame action steps, can positively influence the motivation to collaborate and create communities of practice. (A5, p. 1)*

*The participation needs to be seen as relevant to the learning trajectory for all involved. This means that the planning and choice of setting is crucial when implementing interprofessional education on a training ward. (A3, p. 496)*

*Among the themes derived from the nominal group was an expressed interest in building a more robust network (i.e., create stronger and a greater number of links between more members of the group). To support this, the group elected to focus on specific activities that could engage group members over the coming months including developing: 1) a recommended minimum data set of items for use in WATI research, 2) a mission statement, 3) a common language for WATI-related technologies and functions, 4) WATI intervention development guidelines, and 5) a strategy to engage consumers. Individuals indicated both their interest in the activity and their willingness to take action on the topic on a sign-up sheet. (A5, p. 7)*

### **Des différences reconnues et dépassées (eu égard aux profils professionnels ou aux particularités du site lorsqu'il s'agit de CdeP multi-sites, géographiquement dispersées)**

*Communication challenges are compounded by multiple languages and require active interventions to mitigate them, not just documentation in written plans. (A8, p. i28)*

*While each researcher collected data in their local settings using their native language, we required a common language for coding and analysis (just as we needed a common language for our face-to-face meetings) to facilitate the sharing of information across sites and to disseminate our research findings to wider audiences. (A8, p. i25)*

*(...) plan and work together across professional boundaries, (...). (A2, p. 96)*

*Although not commonly discussed in reports of large research projects, there is an underlying, concurrent stream of activities to develop a cohesive team that trusts and respects one another's skills and that engage independent researchers in a group process that contributes to achieving study goals. (A8, p. i22)*

*The collegial nature of SU interprofessional relationships, including medical staff, was repeatedly illustrated. (A2, p. 95)*

*Explicit planning for decision-making processes to be used throughout the project, acknowledging the differences among the study settings and ensuring that protocols capitalise on these differences, and recruiting a strong research team were essential elements for success. (A8, p. i22)*

### **Un mode d'organisation davantage à l'horizontale qu'à la verticale**

*Success of the HANDOVER Project was facilitated by building the project on pre-existing relationships among the site investigators who then assembled a team including faculty, research coordinators, patients and PhD research candidates. (A8, p. i27)*

*This study set out to identify key factors which influenced outcomes; a number of elements acting synergistically were probably central. Some are well-known, such as the importance of top-down organizational engagement as well as bottom-up involvement (A2, p. 96)*

*(...) the appointment of a new senior manager and Therapy Head was invaluable for practitioners promoting the stroke agenda. (A2, p. 94)*

### **Des relations hiérarchiques abolies**

*A key difference between a CoP and a conventional team lies in structure; CoPs are based on collegial relationships rather than hierarchical management structures featured in many conventional teams (Bate & Robert, 2002). (2, p. 95)*

*The collegial nature of SU interprofessional relationships, including medical staff, was repeatedly illustrated. (2, p. 95)*

### **Une participation en développement (Participation périphérique légitimée au départ)**

*The students also need to be given responsibility and opportunities to perform relevant tasks with an increasing degree of independence (Ehrenberg & Häggblom, 2007; Löfmark et al., 2001; Löfmark & Wikblad, 2001; Nolan, 1998). (A3, p. 495)*

*Being accepted as a participant did not in itself always appear to be enough to motivate the students to take part in the work. Access needed to be accompanied by agreement as to what the practice was about and what tasks (in what situations) it was appropriate for the newcomer to engage in. In an interprofessional learning context this needs to be clear and equally agreed upon by all the groups included. (A3, p. 495)*

### **Une expérience de collaboration reconnue et soutenue**

*Aspects that were not anticipated include the need to pay attention to building and maintaining the team and its identity, valuing diversity and celebrating successes. (A2, p. 96)*

*Their (Primary care associations) ability to influence screening will depend upon their ability to enable local health centers to implement planned cancer screening by training process leaders, creating the information system infrastructure, and actively encouraging shared approaches to care. (A7, p. S82)*

*The growing profile of the SU (stroke unit) and staff within the hospital and externally supported stroke service improvement. (A2, p. 94)*

*(...) the appointment of a new senior manager and Therapy Head was invaluable for practitioners promoting the stroke agenda. (A2, p. 94)*

*Clinical projects involving major service redesign require managerial assistance for success and sustainability. (A2, p. 94)*

*CoPs require external support while in development in order to succeed. GAPS membership in its early stages was skewed toward members of international non-governmental organizations with an interest in PSE but eventually became more populated with grassroots educators working in the targeted low-resource settings. If external funds from stakeholders of pre-service are utilized, these funds must be from an international body (e.g. WHO regional office) or university that can program the costs long-term. However, eventually, the long-term effectiveness and sustainability of GAPS rests on its transfer to the members themselves, who must be encouraged and mentored in order to take on this role. (A12)*

*Opportunities to promote the SU were actively sought by the STEP team. (A2, p. 94)*

*Connections also provided All Kids Count access to public health leaders, program staff, and information technology professionals who were working on integrated information systems, which helped ensure that All Kids Count's activities were practical, useful, and appropriate. (A9, p. S62)*

*An interprofessional stroke committee was convened, combining senior management and SU clinicians. This became a medium to influence strategy and strategically linked the SU horizontally and vertically within the organization. (A2, p. 94)*

#### **Attribution de rôles déterminants et participation d'un gestionnaire**

*The CoP came together on four occasions and at these events the role of the facilitator was to agree the rules of participation encourage communication and clarify expectations. (A4, p. 825)*

*The faculty carried out a variation on the train-the-trainer model of education in the cancer collaborative process. Instead of a top-down training cascade, a collaborative exchange of expertise was used. (A7, p. S76)*

*The growing profile of the SU and staff within the hospital and externally supported stroke service improvement. (A2, p. 94)*

*The moderator ensured full exploration of each forum topic. (A12)*

*The moderators of GAPS were inspired by the success of the GANM. The GANM CoP, moderated by the Johns Hopkins School of Nursing and hosted by the IBP Knowledge Gateway, exemplified the potential of this medium. (A12, p. 2)*

*The students also need to be given responsibility and opportunities to perform relevant tasks with an increasing degree of independence (Ehrenberg & Häggblom, 2007; Löfmark et al., 2001; Löfmark & Wikblad, 2001; Nolan, 1998). (A3, p. 495)*

*Their (Primary care associations) ability to influence screening will depend upon their ability to enable local health centers to implement planned cancer screening by training process leaders, creating the information system infrastructure, and actively encouraging shared approaches to care. (A7, p. S82)*

*Furthermore, the dual managerial and clinical responsibilities of the lead investigator provided opportunities to work horizontally and vertically in the Trust acting as a ‘boundary spanner’, a term applied to people with significant ties across boundaries and organizations (Rogers, 1995). Fitzgerald et al. (2002) describe this role as linking academic or expert worlds to the practitioner’s, helping diffuse innovations and improve information flow. (A2, p. 95)*

*Having managers in the stroke community strengthened links between organizational levels, extended the shared meaning of best stroke care in the Trust whilst reducing perceived distance between management and clinicians, it also flattened the local hierarchy (Coghlan & Brannick, 2005). (A2, p. 95)*

*The care process leaders, who worked with the primary care teams and administrative personnel, were identified as respected opinion leaders with sufficient authority within the administrative structure to manage change. (A7, p. S75)*

*It could be argued that stakeholder involvement was restrictive, because participants were not involved from the start during the initial elaboration of the guideline recommendations. However, the interdisciplinary project team responsible for this initial elaboration was assembled in order to represent different clinical, academic, and research views. (A6, p. 6)*

*(...) it was also clear that service transformation is only maintained if an appropriate mindset amongst staff is established that promotes integration across agencies. (A4, p. 827)*

*They were clinical practitioners interested in improving clinical processes, clinical quality staff leaders or champions interested in clinical quality improvement, or administrators responsible for clinical integration strategies. (A7, p. S75)*

*The attitude of the instructor towards FP is important. If the instructor is not conversant in or is biased against FP, the mindset of the students may be affected. (A12, p. 4)*

*To enable greater knowledge exchange academic participants were supported and mentored by community matron participants who were working in community settings providing health and social care for patients with a long-term condition. (A4, p. 823)*

*For a self-organizing, adaptive, and responsive learning system such as a CoP to succeed, it must engender broad engagement and enlist leadership. (A6)*

**Un environnement de travail propice à la collaboration :  
des conditions de travail essentielles**

*Space is important for staff to “internalise and shape processes of change” (Elsley & Lathlean, 2006, p. 171); failure to make time for regular meetings to encourage participation in structured decision-making can negatively impact on team-working and communication (Field & West, 1995). (A2, p. 95)*

*Connections also provided All Kids Count access to public health leaders, program staff, and information technology professionals who were working on integrated information systems, which helped ensure that All Kids Count’s activities were practical, useful, and appropriate. (A9, p. S62)*

*CoPs require external support while in development in order to succeed. GAPS membership in its early stages was skewed toward members of international nongovernmental organizations with an interest in PSE but eventually became more populated with grassroots educators working in the targeted low-resource settings. If external funds from stakeholders of pre-service are utilized, these funds must be from an international body (e.g. WHO regional office) or university that can program the costs long-term. However, eventually, the long-term effectiveness and sustainability of GAPS rests on its transfer to the members themselves, who must be encouraged and mentored in order to take on this role. (A12)*

*Their (Primary care associations) ability to influence screening will depend upon their ability to enable local health centers to implement planned cancer screening by training process leaders, creating the information system infrastructure, and actively encouraging shared approaches to care. (A7, p. S82)*

*For clinical learning situations to be meaningful in IPE there need to be opportunities for all students to act as representatives of their own profession in realistic collaborative work. To enhance reflection and promote the integration of theoretical knowledge and practical skills a combination of participating in realistic care practices and parallel educational activities such as reflective seminars, peer teaching and different kinds of simulations has been suggested (Bruce et al., 2001; Ehrenberg & Häggblom, 2007; Haigh, 2007; Secomb, 2008). (3, p. 495)*

*For the student SWs that did not have their supervisors naturally working on the ward the training in most parts consisted of these specially arranged situations. The findings show that the students were frustrated when they expected training in “real life” and encountered what they considered too much simulation and “constructed situations”. (A3, p. 495)*

*From a situated perspective of learning it can be argued that to learn to be a competent professional and team-worker implies participating in a realistic interprofessional clinical environment. (A3, p. 495)*

## ANNEXE 8

### RETOMBÉES ASSOCIÉES À L'EXPÉRIENCE DE CDEP : CATÉGORISATION DES GRANDES THÉMATIQUES ABORDÉES SELON QU'ELLES SE RAPPORTENT À LA DIMENSION RELATIONNELLE, COGNITIVE OU À LA FUSION DES DEUX, À LA PRATIQUE OU AU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

Retombées - Pratique bonifiée		
Amélioration de la pratique (perspective globale) Pratique transformée	<i>Consistent with other work done within the collaborative framework, <u>this effort shows changes in the processes of care.</u></i>	A7
Amélioration de la pratique (perspective globale)	<i>To improve service delivery for people with long-term conditions, thus responding to workforce deficits labeled as "hotspots". <u>A well-organised community of practice was found to be highly effective in addressing these shared ambitions and contributing, albeit in a small way, to a better prepared workforce.</u></i>	A4
	<i>This project has demonstrated how, with targeted investment and leadership, <u>a creative and collaborative approach to workforce development can have a demonstrable impact on the working practices of those involved.</u></i>	
	<i>This study explains how excellence in stroke care was achieved through creating one (CoP)</i>	A2
	<i>Development Activities for the Wider (large) Community <u>The CoP participants became very aware of the deficits in their respective services and by extrapolating from their reflections outlined in the previous themes, they were able to identify a series of practice development initiatives that warranted further investment in order to maximize the benefits of an integrated service model.</u></i>	A4
	<i>More than half of the participants agreed that <u>discussion provided useful insights for practice, and one quarter of respondents suggested their practice would change.</u></i>	A11

CdeP peuvent identifier les améliorations à apporter	<i>They (CoPs) can identify areas where improvement is needed and embed evidence-based improvements</i>	A10
Amélioration de la pratique (perspective globale) (Pratique transformée)	<i>Several respondents noted that <u>they would more often consider, and refer patients for, preoperative radiation therapy and chemotherapy.</u></i> <i>Several participants at different sessions noted that <u>they would more frequently consider preoperative chemotherapy and radiation therapy as part of their management plan.</u></i>	A11
Amélioration de la pratique (perspective globale)	<i>With good data we can define the processes and people involved in the patients'/clients' journey, identify problem steps, prioritise opportunities for improvement and identify barriers and enablers to change</i>	A10
CdeP = collaboration améliore qualité des soins	<i>A Community of Practice (CoP), using a bottom-up, peer-led approach, can become a focus for <u>improving clinical practice.</u></i>	A10
	<i>This demonstration project represented a comprehensive and intensive effort to increase colorectal, breast, and cervical cancer screening. Through its implementation, <u>we demonstrated the feasibility of teaching the collaborative care process using teleconferences and regional meetings to enable organizations to improve their cancer screening.</u></i>	A7
Participation processus CdeP favorise applicabilité/qualité du produit final Utilisation et amélioration continue des <i>guidelines</i>	<i>One of the main focuses of this project was to encourage participation and contribution of end-users and stakeholders in the guideline development process, <u>in order to improve validity, applicability, acceptability, appropriation, and ultimately use of the guidelines.</u></i>	A6
Participation processus CdeP favorise applicabilité/qualité du produit final	<i>(...) demonstrated interest in the creation and participation in a process aimed (qui vise) at continually updating the guidelines.</i>	A6
	<i>Good-quality data increases the likelihood that the <u>correct cause of a problem is identified and tackled, and that the correct solution is implemented.</u></i>	A10
	<i>While we were not explicit about designing the HANDOVER Project as a community of practice, it became clear during the study that introducing principles from the study of communities of practice into multicentre, multinational research projects <u>allowed us</u></i>	A8

	<i><u>to enhance the capacity for creating a research collaborative while consistently delivering high value products.</u></i>	
Participation processus CdeP favorise applicabilité/qualité du produit final (pratique de dépistage accrue)	<i><u>Screening documentation processes undoubtedly improved as a result of the collaborative and this activity may explain some of the improvement in results.</u></i>	A7
Amélioration de la pratique Effet du dépassement de la hiérarchie	<i><u>The work of this CoP to improve data quality on a single topic in Bradford has demonstrated that this bottom-up, peer-led approach can identify the need for significant changes across many areas of clinical practice.</u></i> <i><u>A Community of Practice (CoP), using a bottom-up, peer-led approach, can become a focus for improving clinical practice.</u></i>	10
Dépassement des frontières professionnelles	<i><u>It also helped staff begin to appreciate the importance of working across boundaries.</u></i>	A4
(Reconcevoir le traditionnel modèle d'apprentissage collaboratif)	<i><u>Through the RCC, we demonstrated how it was possible to address care that affects large populations and redesign the traditional collaborative learning model.</u></i>	A7
(Permet une pratique de soins moins prescriptive où l'autonomie et la personnalisation sont valorisées)	<i><u>It was very apparent from the data, that the emphasis on the promotion of independence amongst service users and the need for approaches that fostered greater autonomy and personalisation of care challenged the thinking of staff who may have used more prescriptive models.</u></i>	A4
Amélioration de la pratique Une pratique professionnelle mieux intégrée, moins distribuée en silo	<i><u>It also helped staff appreciate the many dimensions of having a long-term condition and the contexts in which people live.</u></i>	A4
Amélioration de la pratique Une pratique professionnelle mieux intégrée, moins distribuée en silo interprofessionnelle	<i><u>Many of the silos still existed but the CoP was helping to break down barriers between practitioners, academics and other agencies.</u></i>	A4



CdeP = une expérience qui rend plus critique face au modèle actuel de services de soins)	<i>It was also evident that the project provided an important vehicle for critiquing and identifying gaps in the service delivery model, with <u>all participating staff finding the opportunity to work alongside colleagues in equal measure enlightening, challenging and rewarding.</u></i>	A4
Entraîne une pratique plus actuelle (revue et corrigée)	<i>Understanding the stages of change, decision-making and sign posting in order to empower clients to manage their own condition and thus maintain them in level 1 of the Pyramid, were seen as key to success. <u>This allowed service providers to focus resources on the more complex and acute cases that characterise a contemporary community caseload.</u></i>	A4
(Cette intégration professionnelle = inspirante, permet d’entrevoir de nouvelles possibilités...)	<i>The overall effect of Connections was to deepen <u>their professional commitment to the vision of integration and to inspire them with new possibilities.</u></i>	A9
CdeP répond aux changements actuels dans la livraison des services de soins	<i>This project, undertaken in the South of England, proved to be an ambitious but timely <u>response to the significant changes to service delivery, workforce development and the relationships between academic and practice colleagues in the care of people with long-term conditions.</u></i>	A4
Une pratique bonifiée : moins d’écart entre la théorie et la pratique, mise à jour facilitée...	<i>To this end a CoP appears to have been an <u>effective vehicle for engaging stakeholders and closing the gap between theoretical models and the realities of delivering care in complex and challenging circumstances.</u></i>	A4
Motivation accrue	<i>Many mentioned that <u>participation in Connections increased their motivation.</u></i>	A9
	<i>The community was dynamic throughout the process, and <u>very few motivating strategies were initiated by the project team.</u></i>	A8
	<i>Importantly <u>participants reported feeling engaged, motivated and focused which ensured that some key deliverables were achieved.</u></i>	A4
<b>Retombées - Développement professionnel</b>		
Compétences en émergence	<i>SU (stroke unit) nurses’ previous non-specialist work with stroke patients meant initially many were unable to fulfil this role.</i>	A2

Appropriation variable du produit final selon le profil professionnel	<p><i>The final version of the guidelines was less read by family physicians, while occupational therapists read it more. Older respondents reported having participated more intensely in the CLIP process. Paradoxically, they felt the participants' comments had less influenced the final version of the guidelines. Finally, occupational therapists tended to agree significantly more with the guideline content.</i></p> <p><i>Studies have shown <u>variable adherence of primary care clinicians to scientific evidence in the clinical management of LBP</u> [22-24], which fosters the need for guidelines.</i></p>	A6
<b>Retombées - Dimensions relationnelle et cognitive fusionnées</b>		
« Apprendre en travaillant tous ensemble »	<i>With shared SU (stroke unit) space and improved team relationships, <u>learning from working alongside each other</u> was a strong theme.</i>	A2
Caring for the patients	<i>The community of practice was described and understood in terms of the joint responsibility for the daily care of the patients. This meant that the students became active participants, collaborated in basic care and, when there was an opportunity, shared profession-specific knowledge in relation to joint work. The students described many situations where they <u>learned to collaborate by working together in caring for the patients.</u></i>	A3
CdeP = pratique de soins basée sur l'évidence (explicitement formulé)	<i>Findings support the recommendation that <u>social perspectives of EBHC (evidence based health care) should be more widely recognized and utilized</u> as it is through development of these social processes that global evidence is converted, accepted and used as local knowledge (Fitzgerald et al., 2006)</i>	A2
	<i>A CoP can <u>bring clinicians and managers together across services, to implement service improvements based on evidence from research and examples of best practice.</u> This can change people, practice and procedures in innovative ways</i>	A8
	<i>Whilst not a study aims, findings support the contention that <u>CoPs are important in implementing evidence-based healthcare</u> (Fitzgerald et al., 2006).</i>	A2

<p>CdeP = pratique de soins basée sur l'évidence (implicitement formulé)</p>	<p><i>Findings are timely as <u>the central role of CoPs has been identified in locally implementing evidence into practice</u> (Barwick et al., 2009; Dopson &amp; Fitzgerald, 2006).</i></p> <p><i>However, findings clearly indicate that <u>the creation of CoPs through the use of Action Research holds promise as a strategy to implement EBHC</u> (evidence based health care).</i></p>	<p>A2</p>
	<p><i>The primary outcome at the end of 5 years will be the development of the Australian Aphasia Rehabilitation Pathway, with <u>the goal of translating evidence into best practice across the continuum of care for people with aphasia and their families.</u></i></p>	<p>A13</p>
<p>CdeP favorise processus échange de connaissances et le développement d'une vision commune (collective) en faisant tomber barrières entre diff groupes</p>	<p><i><u>The process of knowledge exchange within the CoP, was found to be useful for breaking down barriers between agencies, identifying competency and knowledge deficits and establishing a collective vision for how services can be more effectively delivered.</u></i></p>	<p>A4</p>
	<p><i>By contrast, in this case study whilst interprofessional tensions were evident early, <u>the shared purpose and focus of activities on improving stroke care seemed to lessen issues of professional jurisdiction shown to deter knowledge transfer between practitioner groups</u> (Abbott, 1998). Inter-professional competition was decreased by focusing on patient care, with consequently increased give and take across professional boundaries (Egan &amp; Jaye, 2009).</i></p>	<p>A2</p>
<p>CdeP favorise processus échange de conn (fait tomber barrières entre diff groupes)</p>	<p><i>For example, in some instances where tasks have been shifted from physicians to nurses, identical competencies are needed in both the medical and nursing curricula, especially considering that physicians would be expected to train nurses. In these cases, <u>discussion within an interdisciplinary community can result in shared opportunities, lessons learned and teaching strategies.</u></i></p>	<p>12</p>
<p>Un partage apprécié d'informations, d'idées ou d'opinions (un processus d'apprentissage accéléré)</p>	<p><i>This was archived with the participation of a relatively large sample of clinicians and stakeholders, the majority positively evaluating the development process and content of the guidelines. <u>A substantial amount of information was exchanged among participants during the 15 months of the CoP. The community was dynamic throughout the process.</u></i></p>	<p>A6</p>

Un partage apprécié d'informations, d'idées ou d'opinions (un processus d'apprentissage accéléré)	<p><i>According to the survey results regarding the element where discussion occurred (forums and symposia), <u>sharing of ideas and opinions appeared to have been appreciated by the majority of participants.</u></i></p> <p><i>Most participants thought that the process improved the guidelines, and that participant comments contributed to this improvement.</i></p>	A6
	<p><i>Researchers in each country generated a list of narrative codes as they completed the stakeholder interviews and focus groups. <u>The generated codes were circulated between researchers in each of the countries. The list of codes was developed into a shared codebook.</u></i></p>	A8
	<p><i>Careful cultivation of community relationships also proved to be exceptionally effective in <u>promoting mutual learning.</u></i></p> <p><i>Members stuck on particular issues found that there were several tested solutions that solved the problem in comparable circumstances. As one Connections member observed, <u>"Learning from those who have been there took half a year off our own effort."</u></i></p>	A9
Interaction et partage d'informations	<p><i>Connections has demonstrated the power and effectiveness of communities of practice in <u>accelerating the development of complex information systems and the organizational capacity to manage them.</u></i></p>	A9
Interaction et partage d'informations (L'interaction favorable au partage d'informations)	<p><i>Communities of practice have the ability to link people from different organizations, to connect people within agencies who might otherwise work independently, <u>and to advance the learning curve and collaboratively create road maps for others to follow.</u></i></p>	A9
Résultat de l'expérience en CdeP = Dissémination et adoption des connaissances : l'information partagée = Pratique transformée	<p><i>A majority of participants also reported <u>disseminating the guidelines, a possible consequence of their appreciation of the process and guidelines.</u></i></p>	A6
	<p><i>Further, surgeons but no oncologists indicated that <u>information obtained at these sessions would change their current practice.</u></i></p>	A11
	<p><i><u>A social norm</u> was also initiated, as <u>all stakeholders officially endorsed the guidelines and posted them on their respective websites.</u></i></p>	A6

Appropriation, adoption et Dissémination des connaissances	<i>Several stakeholders and participants mentioned at the end of the project that they expected to be contacted and involved when the guidelines would be updated. This is probably a positive outcome of the <u>shared creation process and a sign of appropriation of the guidelines by participants and stakeholders</u>[9].</i>	A6
Dissémination et adoption des connaissances	<i>The newsletter, CDs, and the road map were <u>distributed nationally</u> to organizations and associations with an interest in the development of integrated child health information systems, as well as to other state and local health agencies known to be engaged in the <u>planning, development, or implementation of these information systems.</u></i>  <i>Finally, <u>these documents were placed on a Web site for public access</u> (<a href="http://www.phii.org">www.phii.org</a> or <a href="http://www.allkidscount.org">www.allkidscount.org</a>).</i>	A9
	<i>The CoP has shown that it can act as a vehicle through which research evidence can be effectively disseminated via the <u>networking activities of the group</u>, suggesting that systematically closing Cooksey's (2006) second gap in translation topic by topic through clinicians working in partnership with academics and analysts is possible.</i>	A10
Connaissances formelles transmises + travail d'équipe = expertise émerge	<i>Nurses described how focussing on stroke enabled them to develop domain-specific knowledge and expertise. <u>With increased skills and knowledge in stroke care along with improving team-working</u>, they developed from elderly care generalist to stroke specialist nurses, and began to claim a pivotal team role.</i>	2
<b>Retombées - Dimension relationnelle - collaboration - travail d'équipe</b>		
CdeP = soutien, favorise la collaboration interprofessionnelle	<i>The findings show that the student groups found the collaboration with the other students valuable and that it was enjoyable to be together as fellow-students.</i>  <i>The students said <u>that they learned to collaborate and that the objectives of the course were largely met.</u></i>	A3
	<i>Research into healthcare CoPs is comparatively new and this study contributes the first empirical evidence of how <u>this way of working with an interprofessional focus may be achieved.</u></i>	A2

CdeP = permet un tissage de liens solides	<p><i>Many of the informal communication networks that existed in the NHS have fragmented. Throughout the course of this project this was particularly noticeable in links between midwives, health visitors and GPs. <u>Through the activities of the CoP many of these links have been re-established and it remains to be seen whether they survive into the future.</u></i></p>	A10
	<p><i><u>In the final year of Connections, several member sites collaborated in group projects outside of the face-to-face meetings. Members said they would have welcomed more of this type of collaboration earlier on.</u></i></p>	A9
CdeP = collaboration élargie (multisites voire même géographiquement dispersées)	<p><i>The Connections experience has been valuable from two perspectives: (1) by meeting the expectations of all its stakeholders at a high level, Connections has demonstrated <u>the feasibility and the value of communities of practice in helping multiple, geographically distributed public health agencies effectively address the complexities of planning, developing, and implementing information systems</u></i></p>	A9
CdeP = collaboration élargie	<p><i>The community-of-practice approach was a major shift for many centers from partnerships with a single organization toward a <u>more inclusive, multilateral strategy with many organizations.</u></i></p> <p><i><u>Health centers organized community-wide breakfast meetings, for example, in which 10-20 organizations participated in discussions of screening rates and other domain priorities.</u></i></p>	A7
CdeP = hiérarchie dépassée	<p><i>That what was created was more than a team is indicated by a number of departures from ‘usual’ team function, such as inclusion of a manager and collegial rather than hierarchical or functional relationships between members.</i></p>	A2
CdeP et changement de culture de groupe	<p><i><u>Responding to seismic shifts in service design requires a level of responsiveness that tests the agility of traditional academic and practice partnerships. Only through open dialogue and flexibility will academic/practice teams maintain a credible contribution to the future workforce needs.</u></i></p> <p><i>The themes emerging from this project suggest a discernable shift in the culture towards a collective ownership of workforce issues.</i></p>	A4

CdeP = l'amélioration de la qualité des soins comme objectif partagé en CdeP	<i>It has been suggested patients do better on SUs because <u>staff work together to deliver good care</u> (SUTC, 2007; Langhorne &amp; Pollock, 2002);</i>	A2
<b>Dimension relationnelle + pratique bonifiée</b>		
Discussion = réflexion sur la pratique : changement de pratique	<p><i>But more general surgeons than oncologists reported that information revealed was not accessible elsewhere, <u>discussion provided useful tips for practice, and discussion caused reflection on practice.</u></i></p> <p><i>Overall, <u>discussion prompted reflection on practice and 25% of respondents suggested that their practice would change</u></i></p> <p><i>Ontario surgeons participating in videoconference oncology rounds reported satisfaction with the format, noting that participation stimulated <u>reflection on practice and that, in some cases, current practice would change.</u></i></p>	A11
Discussion = éducation continue	<p><i>Therefore ongoing assessment of <u>the use of videoconferencing for continuing education and the development of professional communities of practice is warranted.</u></i></p> <p><i>Others noted that videoconferencing provided an "excellent forum for CE (continuing education)", that it was "nice to hear how other northern centres deal with this disease"</i></p>	A11
<b>Retombées- Dimension cognitive (connaissances bonifiées)</b>		
CdeP favorise l'apprentissage expérientiel	<i>SU (stroke unit) development processes thereby <u>promoted experiential learning opportunities</u>, facilitated personal growth of knowledge and skills and helped embed this way of working into everyday practice.</i>	A2
Environnement de travail devient environnement d'apprentissage	<i>As the SU became established, staff expressed positive comments <u>about the unit as a learning environment; staff took advantage of everyday activities to enhance informal development of stroke knowledge and skills.</u></i>	A2
Environnement de travail devient environnement d'apprentissage (notamment pour les étudiants)	<p><i>They picked and chose the tasks they found most interesting and relevant for their learning,</i></p> <p><i>A second way of understanding the community of practice was to consider the activities of the student-team as central. The students, supervisors and other participants talked about the <u>training as an educational exercise, located in the care unit.</u></i></p>	A3

	<i>The activities on the ward had a dual focus: <u>caring for the patients and providing a learning situation for the students.</u> The students arranged training situations to learn with, from and about each other.</i>	A3
Mise_applic_retombées_Dis sémination des connaissances	<i>Project reports were written and published by All Kids Count in 2 volumes of a document entitled "Creating a Road Map: Sharing Knowledge About Integrating Child Health Information Systems"</i>	A9
	<i>Finally, <u>the majority reported having distributed the guideline to their colleagues, and</u></i>	A6
	<i>This mission has been summarised as 'Better pathways to living successfully with aphasia'.</i>	A13
Connaissances (pratiques) bonifiées	<i><u>New knowledge about the application of data quality or data de-duplication techniques was generated and applied as a result of the learning that took place in Connections.</u></i>	A9
Un bénéfice de la CdeP : une puissante expérience d'apprentissage	<i>The interviews/questionnaires revealed that the project had been <u>a powerful learning experience</u> for both academic and practice participants.</i>	A4
Connaissances (pratiques) bonifiées	<i>There were clearly <u>tangible benefits, in terms of learning more about modern treatment and management of long-term conditions</u> in community settings, embracing new health technologies as well as the advanced skills of health assessment, diagnosis and decision-making.</i>	A4
Le processus des CdeP peuvent prendre en compte les des éléments déterminants l'adoption des guidelines	<i>Adherence to guideline recommendations is influenced by numerous clinician, patient, and environmental factors, including organizational structures, policies, and laws. <u>This CoP process only addressed some of these, such as end-user involvement, transmission of knowledge, validity, clarity, applicability, agreement, participation of opinion leaders, transparency, legitimacy, and social norm.</u></i>	A6



## ANNEXE 9

### OBSTACLES OU FREINS ASSOCIÉS À L'EXPÉRIENCE DE CDEP MENÉE : CATÉGORISATION DES THÉMATIQUES ABORDÉES

Une participation qui n'est pas généralisée		
Participation non généralisée	<i>(...) only half of the recruited participants actually participated. Participation was also skewed, with only a minority participating heavily in the process.</i>	A6
	<i>Despite the activity and high membership, <u>there were many silent members</u>. Twenty-nine, or 16%, of the registered GAPS members contributed to ten active discussions. While this number of active contributors appears to be small, this percentage is favourable given the typical 10% ratio of active contributors to members reported on other IBP (Implementing Best Practices) communities [8].</i>	A12
	<i>While we understand that <u>online CoPs do not engage everyone</u>, they provide an important opportunity to engage the larger community.</i>	A12
Participation non généralisée (non-implication d'acteurs centraux)	<i>Rather it created an awareness of <u>just how much of the network was not a part of the meeting</u>. It also required the community to come to terms with <u>conflicting definitions of membership as discussion resulted in awareness of the absence of key stakeholders in the meetings</u>.</i>	A5
	<i>Presentation of the network models provoked a group conversation around three areas. The first was the <u>notable and continued absence of a number of central individuals from the map at the meeting</u>. The need to outreach and include those not in attendance was considered an important step towards building a genuine, inclusive CoP.</i>	
Participation qui demeure en périphérie (visiteurs plus qu'acteurs)	<i>One way of learning in the community of practice can be described as <u>being a visitor in others' arena</u>. The students constructed learning situations where <u>they observed others performing profession-specific</u></i>	A3

	<i>tasks and learned by talking about the others' profession.</i>	
Participation qui demeure en périphérie (visiteurs plus qu'acteurs)	<i>This form of participation where the students were more of observers occurred for all students.  This meant that they were not afforded opportunities to engage in relevant work tasks to the same extent as the others. <u>Their identity was more that of visitors and observers than that of active participants</u></i>	A3
Engagement variable selon la disposition initiale	<i><u>The students that were most unequivocally positive about the training on the ward were the ones that understood the community of practice as principally an educational exercise.</u> This implied legitimate access and they took every opportunity to assume responsibility and try their wings as professionals.</i>	A3
Conception de la CdeP préalablement partagée	<i>Participation in a community of practice implies, per se, a continuous negotiation regarding what the practice is about. To participate is to be engaged in the forming of the practice. <u>In the present case there seem to have been multiple meanings and blurred boundaries that made it difficult for the newcomers to know what participation and thus learning in this community of practice was about.</u> This resulted in ambivalent feelings towards participating.</i>	A3
Identité professionnelle déjà construite (établie) préalablement à l'expérience de CdeP	<i>By some of the teachers and supervisors it was seen as a problem that the <u>students wanted more focus on their own professional development and didn't understand that this training had another focus.</u> This was opposed by students, health care assistants and teachers who saw <u>the focus on professional identity as a prerequisite for interprofessional teamwork.</u></i>	A3
Participation périphérique à participation plus engagée	<i>These students moved quickly from peripheral participation towards a more active participation. <u>They were frustrated by others' ambivalence and scepticism towards the training on the ward.</u> Some students successively increased their active participation and described how they discovered themselves acting as professionals:</i>	A3

Participation non généralisée (selon l'âge)	<i>Survey results seemed to show that older participants contributed more frequently to the CLIP discussions, possibly making less room for younger participants. However, it is not clear if older participants felt their opinions were heard, because they were less enthusiastic regarding the impact of participants' comments on the guidelines.</i>	A6
La participation en présentiel est nécessaire au dépassement de la participation en périphérie	<i>Finally, the number of peripheral players who never had attended either of the two WATI meetings struck participants as problematic and a possible cause for intervention in creating the CoP.</i>	A5
Participation non-généralisée = risque d'échec	<i>Without broad investment across the network, there is increased susceptibility to it falling apart should key individuals leave the network.</i>	A5
<b>Collaboration interprofessionnelle difficile</b>		
Discordance des attentes et buts selon professions	<i>At the same time there was sometimes a discrepancy - regarding both the profession-specific and the interprofessional training - between on the one hand expectations and goals, on the other hand actual participation.</i>	A3
Activités pas appropriées à toutes les professions	<i>The activities on the ward were sometimes described as too unskilled and irrelevant for the learning trajectories of all three student-groups, especially for the social workers.</i>	A3
CdeP interprofessionnelle = inégalement valorisante	<p><i>These were situations that all three student groups talked about in terms of "doing the health care assistants' job". They expressed frustration and disappointment at having to do others' work - work that was not in line with their choice of profession.</i></p> <p><i>At the same time this involved, to a large extent, the work that normally was the responsibility of the health care assistants, work that the students were ambivalent towards and sometimes described as too unskilled for them and not in line with their learning trajectory:</i></p> <p><i>They picked and chose the tasks they found most interesting and relevant for their learning, leaving other tasks for the health care assistants to handle.</i></p>	A3

	<p><i>Some students <u>felt that they were doing the work of health care assistants on the training ward, and this was not a part of what it was really about to be a nurse, an OT or an SW at the nursing home.</u></i></p> <p><i>It became a sort of marginality or even non-membership where they did not get access to the community of practice they wanted to belong to, that of the profession-specific practice. <u>Some of them explicitly spoke of “going backwards” into their earlier experiences as health care assistants.</u></i></p>	A3
CdeP interprofessionnelle = inégalement valorisante (« CdeP = réseau d’egos »)	<p><i>When presenting the network models, the authors highlighted the fact that <u>the network map was, in fact, an overlay of ego networks that created an illusion of disconnectedness.</u></i></p>	A5
L’expérience de CdeP interprofessionnelle va au-delà de la représentation de sa propre profession	<p><i>The difficulties the students had with understanding basic care as offering opportunities for interprofessional learning have been found in earlier evaluations of training wards (Fallsberg &amp; Wijma, 1999; Hylén et al., 2007; Lidskog et al., 2008; Reeves &amp; Freeth, 2002). <u>If interprofessional education is understood as being based on situations where the students meet and collaborate as representatives of their own profession, basic care situations are problematic, especially for the social workers since the tasks involved are not naturally part of their job. If the focus is on collaborative skills in general, any situation where the students are to perform a task or solve a problem together can be seen as relevant.</u></i></p>	A3
Profils professionnels inégalement sollicités, impliqués	<p><i>The findings show that the students’ prerequisites for access and participation differed. For the student nurses and student OTs the environment and practice on a care unit were familiar and these two student groups also had their supervisors working on the ward. <u>The students described how they were able to find relevant and meaningful tasks to engage in. For the student SWs it was different.</u></i></p>	A3

	<i>As a result of this, <u>representatives of the social work education announced, at the end of each of the first three terms, that they wanted to leave the project. They did not find the course relevant enough for their students.</u></i>	
Profils professionnels inégalement sollicités, impliqués	<i><u>Facilitating physician participation in research remains a challenge [27].</u></i> <i>As for <u>participation of general practitioners, it was especially low despite considerable effort by the project team.</u></i>	A6
CdeP interprofessionnelle implique non seulement le dépassement des frontières professionnelles mais aussi d'être membre d'une équipe	<i>Baseline data suggested that <u>participants were already accustomed to working across disciplinary boundaries, but not as members of teams where there was evidence of little cross-team interactions, nor were there examples of trans-sectoral collaboration among members of the WATI group.</u></i>	A5
<b>Difficile mise en commun multisites / à distance</b>		
Ambivalence de départ face à l'expérience menée	<i>Baseline descriptive data indicated that <u>participants had modest expectations for learning, perceived few barriers to action, had both positive expectations and interest in seeing something emerge from the meeting.</u></i>	A5
Anxiété à partager la réalité de son environnement	<i>Members of the community <u>were anxious to connect with one another and offered their appraisal of the challenges that they faced in their environments.</u></i>	A12
Compétences localement partagées (partage difficile en CdeP multisites)	<i>In addition, <u>resources aimed at competency development must be appropriate for local delivery of services and not based on tertiary-level Western medical practices. While Western texts and curricula may be useful for their technical information, they should be used strategically as they do not represent all the public health needs or resource limitations.</u></i>	A12
	<i>Low levels of trans-sectoral collaboration might suggest that <u>WATI members are finding common interests within their own or similar physical environments and not venturing further.</u> However, if the WATI group aspires to work more collaboratively across sectors, <u>some form of intervention is needed to create these links, particularly given the group's global dispersion.</u></i>	A5

CdeP multisites : investissement financier exigé par des rencontres en présentiel	<i><u>Connections was funded at a level that supported frequent in-person contact. This level of funding will be difficult to replicate in future public health communities, given the budgetary constraints at both the state and federal public health levels.</u></i>	A9
CdeP en ligne = requiert rencontres en présentiel (pour discussion, partage de pratiques apprentissage de stratégies, etc.)	<i>While the GAPS CoP was solely internet-based, CoPs are most effective when there are venues for colleagues to gather (rassembler) together, discuss, share best practices and learn strategies from one another. The GAPS leaders found that these opportunities do exist at global conferences.</i>	A12
CdeP en ligne : difficile accès à l'ordinateur freine les échanges	<i>While the conversation may have been somewhat skewed by differing quality of and access to computers and the internet, the themes that emerged from analysis of the varied points of view of the members was noted.</i>	A12
<b>Exigeant processus d'engagement dans une CdeP</b>		
Manque de temps	<i>These centred on the <u>time restrictions for participants to fully engage in all aspects of the project and the organisational changes taking place in the NHS during the lifetime of the project which led to some disruption to the original plans for the project.</u></i>	A4
	<i>Participants reported <u>difficulties in balancing the time allocated to the project with their other work commitments</u> and many described having to cut back on the hours they spent on the project as a consequence.</i>	
	<i><u>Lack of time was by far the most frequent reason for non-participation (70.5% of reasons).</u> Among those who reported having participated, level of participation was variable.</i>	A6
	<i>Lack of time was the reason most often given for not participating.</i>	
Processus exigeant / demande des efforts	<i>Despite the demonstration of its feasibility, <u>we recognize that it took considerable effort.</u></i> <i><u>The level of effort should be recognized at the outset by anyone interested in implementing or testing comprehensive change in primary care practice, but evidence from other settings indicates that the investment is worth the effort.</u></i>	A7

Exigeant engagement requis mais faible compensation en retour	<i>There are also limitations to the community of practice approach itself. Self-organized networks, like a CoP, <u>require commitment and investment of resources</u> from a large number of committed, engaged members of the community <u>who often receive little compensation for their involvement.</u></i>	A5
Engagement difficile à maintenir entre les rencontres	<i>However, at least some participants believe that <u>Connections did not extract the full potential of the community in every respect. The lack of energy between meetings</u> and the failure of <u>ConnectionsZone</u> were most noted in this regard.</i>	A9
<b>Recherche à poursuivre pour mieux connaître les déterminants de l'approche collaborative</b>		
Recherche à poursuivre pour mieux connaître les activités qui maintiennent l'engagement	<i>Therefore, <u>further research should be conducted on activities that can sustain the energy of collaboration and communication among members between meetings,</u> for example, offering more user-friendly technology for interactive, threaded discussions.</i>	A9
Recherche à poursuivre pour mieux connaître les facteurs déterminants le succès de l'approche collaborative	<i>Although the RCC demonstrated a viable learning model and increased screening, <u>colorectal cancer screening rates remained low and did not improve in all organizations. More evaluation is needed to understand what aspects of the collaborative approach contribute to the success and why success is not universal.</u></i>	A7
Parfois plusieurs tentatives de CdeP avant succès	<i><u>It often takes multiple attempts to form a functioning community of practice, despite the best efforts of community organizers [53].</u></i>	A5