

Plus forts ensemble :
Collaborer pour
provoquer un
changement dans
l'ensemble du
système

Une stratégie d'échange
de connaissances dont il
faut discuter

Plus forts ensemble :

**Collaborer pour
provoquer un
changement dans
l'ensemble du
système**

- 2 -

Le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) tient à remercier Santé Canada pour sa contribution financière, qui a permis la rédaction du présent rapport.

Les points de vue exprimés dans ce rapport sont ceux de l'auteur et ne représentent pas forcément ceux du Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé.

Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé

College of Health Disciplines

Université de Colombie-Britannique

Vancouver (C.-B.) V6T 1Z3 Canada

www.cihc.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada (2009)

Les données CIP seront rendues accessibles

ISBN 978-0-9782829-5-0

REMERCIEMENTS

Le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) remercie les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation du document intitulé *Stronger Together: Collaborations for System-Wide Change* en offrant leur temps et leur expertise lors de la collecte de renseignements et de la révision du contenu :

Groupe de travail sur les partenariats et l'échange de connaissances du CPIS :

- * Grace Mickelson, Provincial Health Services Authority de la C.-B.
- * Liz Harrison, Université de la Saskatchewan
- * Linda Ferguson, Université de la Saskatchewan
- * Zahra Nurani, Alberta Health Systems and Workforce Research Unit
- * Judy Anderson, Université du Manitoba
- * Andrea Burton, Secrétariat du CPIS
- * Brenda Sawatzky-Girling, Secrétariat du CPIS

Les auteurs tiennent à remercier les autres membres du sous-comité sur les partenariats et l'échange de connaissances du CIHC (vous trouverez la liste complète à l'adresse suivante : <http://www.cihc.ca/about/partnershipske.html>). Les membres du comité directeur du CPIS ont révisé et approuvé le document de travail.

Le CPIS souhaite également remercier Kate Rexe, qui a rédigé une version provisoire du document en consultation avec le groupe de travail et le secrétariat, Scott Reeves à l'Université de Toronto, Cate Creede du groupe *The Potential Group*, et enfin, Susanna Gilbert et Wesley Corbett de *Monkeytree Creative*, qui se sont chargés de la conception du document.

27 janvier 2009

Plus forts ensemble :
Collaborer pour
provoquer un
changement dans
l'ensemble du
système

- 3 -

Plus forts ensemble :

Collaborer pour provoquer un changement dans l'ensemble du système

- 4 -

« L'échange de connaissances est un effort concerté des chercheurs et des décideurs visant à résoudre des problèmes grâce à des activités de liaison ou d'échange. Un bon échange de connaissances comprend des interactions entre chercheurs et décideurs et amène les parties à apprendre les unes des autres dans le cadre de la planification et de l'élaboration d'études ainsi que dans le cadre de la diffusion des résultats (nouveaux ou existants) et de leur application dans la prise de décisions. » [traduction libre]
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

FAITS SAILLANTS

- * *Stronger Together: Collaborations for System-Wide Change* est une stratégie d'échange de connaissances (appelée ci-après : la Stratégie) que le CPIS a élaborée afin d'introduire de nouvelles façons d'amener les groupes d'intervenants à s'engager dans une formation interprofessionnelle et une pratique en collaboration.
- * Les réseaux canadiens de la santé et de l'éducation sont complexes. Bien que quelques organisations puissent être des leaders dans un ou deux domaines clés, les responsabilités de nombreuses autres se croisent inévitablement. En outre, il arrive souvent que ces recoupements ne soient pas opportuns, ou bien que les activités se chevauchent inutilement.
- * La Stratégie aidera les organisations à cerner les possibilités d'innovation, de changement et de partenariats productifs qui permettront de constituer un personnel de la santé plus fort et plus efficace.

* La Stratégie se compose de deux outils clés : (figure 1)

Le cadre d'EC, qui présente un aperçu visuel d'une organisation donnée et de ses liens avec d'autres groupes d'intervenants aux objectifs similaires; et (tableau 1) les *Questions directrices*, qui aident les organisations à mettre en contexte leurs expériences et relations avec d'autres organisations à chaque échelon du système (international, national, régional, provincial/territorial, local/communautaire), et à faire ressortir les domaines pour lesquels il serait avantageux d'établir des liens.

- * Dans le contexte de la promotion de la formation interprofessionnelle et de la pratique en collaboration au Canada, la Stratégie peut servir à :
 - Produire, échanger et appliquer des connaissances
 - Répondre aux questions liées à la recherche et aux politiques en créant conjointement de nouveaux savoirs
 - Mettre en œuvre des méthodes efficaces en vue de changements dans l'ensemble du système
 - Transformer le leadership depuis l'intérieur du système
 - Prendre conscience des lacunes en matière de connaissances
 - Cerner les priorités conjointes ou partagées
 - Créer des projets de collaboration

APERÇU

Il est de plus en plus évident que la formation interprofessionnelle et la pratique en collaboration engendrent des avantages. Elles contribuent toutes deux à un système de soins de santé dont les résultats sont meilleurs pour les patients/clients. Le CPIS se consacre principalement et essentiellement à développer cette base de connaissances et à l'amener dans la pratique. En effet, bien que le CPIS dispose de mécanismes pour diffuser des connaissances explicites, le défi demeure de savoir comment concrétiser des connaissances tacites et dans des pratiques de première ligne.

L'échange de connaissances (EC) est largement reconnu comme un moyen important de combiner expérience, compétences et pratiques fondées sur des preuves, en vue de réduire le chevauchement et de réaliser le plein potentiel des innovations. Les activités d'EC valorisent les organisations et intervenants partenaires en favorisant des relations plus étroites, le dialogue et la collaboration (Projet d'échange de connaissances, s.d.).

En réponse au besoin de stratégies d'échange de connaissances efficaces, le CPIS a élaboré le document intitulé *Stronger Together: Collaborations for System-wide Change*. Cette stratégie d'EC préconise un plan pour le dialogue afin de permettre de nouvelles collaborations en matière d'EC entre régions, organisations, chercheurs, décideurs, professions et fournisseurs de services des système de santé et d'éducation. Le point fort de cette stratégie d'EC réside dans le fait qu'elle peut être adaptée aux besoins de toute organisation de santé ou d'éducation intéressée à renforcer le partenariat et l'échange de connaissances avec d'autres organisations. Le CPIS s'appuiera sur la Stratégie pour promouvoir la formation interprofessionnelle¹ et la pratique en collaboration². Nous souhaitons nous connecter avec des organisations qui considèrent l'intégration des connaissances comme un avantage stratégique dans la poursuite de soins de santé de qualité et de meilleurs résultats en matière de santé.

Pour mettre au point la Stratégie d'EC, le CPIS doit lancer le dialogue avec la collectivité élargie pour s'assurer que les questions,

1 *Formation interprofessionnelle* : [traduction libre] « a lieu lorsque deux professions ou plus apprennent les unes des autres pour améliorer leur collaboration et la qualité des soins [...] considérant le professionnel sous un angle inclusif, la FIP comprend aussi bien des apprentissages acquis en milieu universitaire qu'en milieu de travail, avant et après la qualification » Centre for Advancement of Interprofessional Education, CAIPE, 2002)

2 *Pratique en collaboration* : [traduction libre] « Un processus communicatif et décisionnel entre professionnels grâce auquel la synergie entre les connaissances et les compétences des dispensateurs de soins de santé influence les soins prodigués au patient/client. » (Way, Jones, & Busing 2000).

Plus forts ensemble :
**Collaborer pour
provoquer un
changement dans
l'ensemble du
système**

- 5 -

Les groupes qui adoptent des méthodes intégrées pour résoudre les problèmes relient différentes cultures du savoir, fusionnent les connaissances de chacun, puis génèrent, conjointement, de nouvelles connaissances en répondant aux questions de recherche ou stratégiques (Tress, Tress et Fry, 2006). Dans le même ordre d'idées, un cadre d'échange des connaissances peut soutenir les efforts de collaboration déployés par les intervenants pour examiner les partenariats et les rôles d'une manière coordonnée et intégrée qui fait progresser la formation interprofessionnelle et la pratique en collaboration.

Plus forts ensemble :

Collaborer pour provoquer un changement dans l'ensemble du système

- 6 -

objectifs et approches suggérées sont pertinents et soutenus par les intervenants clés. En outre, le CPIS reconnaît que la Stratégie continuera à évoluer selon les réactions et la participation des personnes et des organisations dont le renforcement de l'échange de connaissances fait également partie de leurs objectifs généraux.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	3
Faits saillants.....	4
Aperçu	5
Table des matières.....	7
Section 1 Besoin d'une stratégie d'échange de connaissances	9
Élargir la réflexion sur l'échange de connaissances	10
Élaborer un cadre de référence commun.....	11
Section 2 Une stratégie d'échange de connaissances intégrée.....	12
Figure 1 Le cadre d'échange de connaissances intégré (Versión CPIS).....	14
Figure 2 Le cadre d'échange de connaissances intégré (Versión vierge à remplir par chaque organisation).....	15
Tableau 1 Questions qui informent (Résumé).....	16
Conclusion.....	18
Annexe A CPIS : Renseignements généraux	19
Annexe B Concepts directeurs, modèles et preuve	21
Pensée systémique	21
Figure 3 Modèle conceptuel pour un examen des déterminants de la diffusion et de la mise en œuvre d'innovations dans la prestation et l'organisation des services de santé.....	22
Partenariats et collaboration.....	23
Qu'est-ce qui fonctionne dans l'échange de connaissances?.....	24
Annexe C Portée de la Stratégie.....	27
Phase I - Poser la fondation	27
Phase II - Planifier	28
Phase III - Mettre en œuvre	28
Phase IV - Évaluer	29
Annexe D Questions qui informent : liste complète	30
Tableau 2 Questions qui informent : Personnes et organisations	31
Tableau 3 Questions qui informent : <i>Produire</i> des connaissances.....	33
Tableau 4 Questions qui informent : <i>Échanger</i> des connaissances.....	33
Tableau 5 Questions qui informent : <i>Appliquer</i> des connaissances.....	34
Annexe E Glossaire	36
Bibliographie	41

Plus forts ensemble :
Collaborer pour
provoquer un
changement dans
l'ensemble du
système

- 7 -

Plus forts ensemble :

**Collaborer pour
provoquer un
changement dans
l'ensemble du
système**

- 8 -

Section 1

BESOIN D'UNE STRATÉGIE D'ÉCHANGE DE CONNAISSANCES

Les fournisseurs de soins de santé efficaces comprennent l'importance de la collaboration avec les patients/familles et les collègues de diverses professions et disciplines pour obtenir les meilleurs résultats sanitaires. Pour renforcer ce type de pratique, nombre d'administrateurs universitaires, d'institutions, d'éducateurs, de prestataires de soins et de décideurs canadiens ont collaboré pour promouvoir la formation interprofessionnelle et la collaboration depuis plus de 40 ans. Malgré ces efforts, la formation interprofessionnelle a toujours du mal à relier ressources, professions et gestion des systèmes de santé et d'éducation, comme le fait remarquer la synthèse sur l'échange de connaissances du CPIS.

La leçon est claire : si on ne planifie pas une mise en œuvre à l'échelle du système, 40 ans plus tard on n'obtient qu'un progrès négligeable plutôt qu'une transformation marquée.

Une stratégie d'échange de connaissances visant à promouvoir un changement de système ne peut pas être la responsabilité d'un seul groupe ou d'une seule organisation. Le système de soins de santé est un réseau complexe de relations interpersonnelles et inter-organisationnelles et de partenariats, comme c'est typiquement le cas des initiatives multi-niveaux et à intervenants multiples. Bien qu'il soit difficile de se lancer dans des approches de collaboration au sein de ce réseau, nous savons que de telles approches sont indispensables si l'on veut des améliorations à l'échelle du système.

Nombre d'organisations à travers le Canada reconnaissent les limitations des approches cloisonnées (p. ex. discipline, organisation ou secteur) pour un changement de système. Le défi consiste à élaborer des stratégies améliorées qui intègrent et appliquent les connaissances de manières nouvelles. Il faut cependant éviter le piège qui consiste à simplement remplacer les cloisons existantes par différentes cloisons (p. ex. formation interprofessionnelle, sécurité des patients, leadership).

Fort de ce qui précède, le CPIS a élaboré la présente Stratégie d'EC pour appuyer l'autoévaluation et la réflexion, et surtout comme un moyen pouvant être partagé, utilisé et modifié par les intervenants

Plus forts ensemble :
**Collaborer pour
provoquer un
changement dans
l'ensemble du
système**

Plus forts ensemble :

Collaborer pour provoquer un changement dans l'ensemble du système

- 10 -

(pour des renseignements généraux sur le CPIS, voir Annexe A). Grâce à cette Stratégie, le CPIS espère faciliter la discussion sur la manière dont diverses organisations peuvent collaborer en vue d'établir une plateforme d'échange de connaissances à niveaux et intervenants multiples, afin d'obtenir des soins de santé de grande qualité et de meilleurs résultats sanitaires.

Élargir la réflexion sur l'échange de connaissances

Des activités d'échange de connaissances (EC) profitent aux organisations, à leurs projets et participants. Elles favorisent également des relations plus étroites, le dialogue et la collaboration. (Projet d'échange de connaissances, s.d.)

Au Canada, on élabore continuellement des stratégies pour améliorer l'éducation et la pratique. Cependant, malgré de vastes initiatives de recherche, il y a un écart permanent entre la *production de connaissances* et l'*utilisation de celles-ci* dans la pratique (Ginsburg et al., 2007). Le CPIS a pour but d'aider à combler cet écart en introduisant de nouvelles façons d'accélérer la diffusion des savoirs dans la pratique.

Au cours des toutes dernières années, les organismes de financement de la recherche sur les services de santé ont eu recours à des modèles interactifs d'échange de connaissances pour mettre en lien les décideurs et les chercheurs dans une tentative de combler l'écart. Il s'agit d'un changement remarquable par rapport aux modèles « pousser » qui sont menés par les chercheurs, aux modèles « tirer » menés par les utilisateurs de connaissances issues de la recherche et par les décideurs (Lavis, 2006), et aux modèles qui mettent principalement l'accent sur les efforts de diffusion.

Des systèmes complexes comme les services de santé mettent au point des modèles interactifs d'échange de connaissances basés sur les suppositions suivantes :

1. Pour que des connaissances soient pertinentes socialement et utiles pour la prise de bonnes décisions, elles devraient être créées grâce à la collaboration de collectivités élargies de ceux qui produisent, échangent et utilisent de telles connaissances.
2. Pour l'amélioration du système de santé en particulier, la création de connaissances sera renforcée par la collaboration

- interdisciplinaire et interprofessionnelle, l'apprentissage transfrontalier et l'engagement d'intervenants multiples.
3. L'échange de connaissances devrait être intégré dans le processus de recherche continue.

Élaborer un cadre de référence commun

Pour favoriser l'efficacité dans la communication, la coopération et la collaboration entre les membres du CPIS, les partenaires et les intervenants, il est indispensable d'avoir une interprétation commune de l'échange de connaissances et des rôles des divers intervenants pour la promotion de la formation interprofessionnelle et de la pratique en collaboration.

En élaborant une stratégie d'EC maintenant, l'intention du CPIS est de créer un modèle évolutif dans le temps qui servira de guide aux membres du CPIS, partenaires et intervenants pour le déploiement futur d'efforts intégrés en matière de génération, d'échange et d'application de connaissances. L'annexe B résume les concepts directeurs, modèles et preuves pris en considération dans l'élaboration de la Stratégie d'échange de connaissances du CPIS.

L'échange de connaissances pour la formation interprofessionnelle et la pratique en collaboration centrée sur le patient est défini comme suit :

« Échange d'information et résolution de problèmes par une équipe composée d'intervenants et de champions de divers domaines, comme la recherche en santé, la prestation des services de santé, la formation et les politiques en matière de santé. Des processus d'échange de connaissances efficaces supposent des interactions, des liens et des partenariats entre ces intervenants. Cet apprentissage mutuel se fait dans le cadre du processus consistant à planifier et à produire des études ainsi qu'à diffuser, appliquer, évaluer et réviser les résultats existants ou nouveaux et les pratiques de pointe qui permettront une prise de décisions éclairées pour une meilleure prestation des services de santé et de meilleurs résultats en santé publique. »
[traduction libre] (CPIS, 2007)

Plus forts ensemble :
**Collaborer pour
provoquer un
changement dans
l'ensemble du
système**

Plus forts ensemble :

Collaborer pour
provoquer un
changement dans
l'ensemble du
système

- 12 -

Section 2 UNE STRATÉGIE D'ÉCHANGE DE CONNAISSANCES INTÉGRÉE

D'un bout à l'autre du Canada, des intervenants s'activent à différents niveaux du système pour améliorer les résultats en matière de santé pour les Canadiens. Pour nombre d'organisations, une des stratégies pour améliorer les résultats en matière de santé passe par la promotion de la formation interprofessionnelle et de la pratique en collaboration.

Pour élaborer des stratégies d'EC intégrées qui correspondent aux priorités du système de santé, des organisations évaluent leurs orientations stratégiques actuelles et sont à la recherche de partenaires et d'intervenants susceptibles de contribuer à leur travail, et de le compléter. Les intervenants reconnaissent que les principales stratégies à approches intégrées doivent comprendre innovation et changement en matière d'éducation et de pratique : réforme stratégique en matière de ressources humaines en santé et d'éducation, et une approche qui met au point des structures de gouvernance capables de relier les secteurs de la santé et de l'éducation.

Le CPIS élabore diverses stratégies visant à encourager la formation interprofessionnelle, avant et après l'autorisation d'exercer, et la pratique en collaboration dans tout le système de santé :

- * Produire, échanger et appliquer des connaissances au sujet de la formation interprofessionnelle, du travail d'équipe et de la pratique en collaboration;
- * Donner plus de place à la participation des patients (ou clients, familles, selon le cas);
- * Promouvoir le leadership étudiant;
- * Établir des partenariats et des liens;
- * Attirer de multiples intervenants dans les secteurs de la santé et de l'éducation;
- * Conformer les initiatives aux priorités des soins de santé;
- * Promouvoir l'innovation et l'élaboration de programmes d'études;
- * Promouvoir les pratiques en collaboration dans les milieux de l'éducation et des soins de santé.

(Vous trouverez en annexe C une explication complète de la portée

Plus forts ensemble :
Collaborer pour
provoquer un
changement dans
l'ensemble du
système

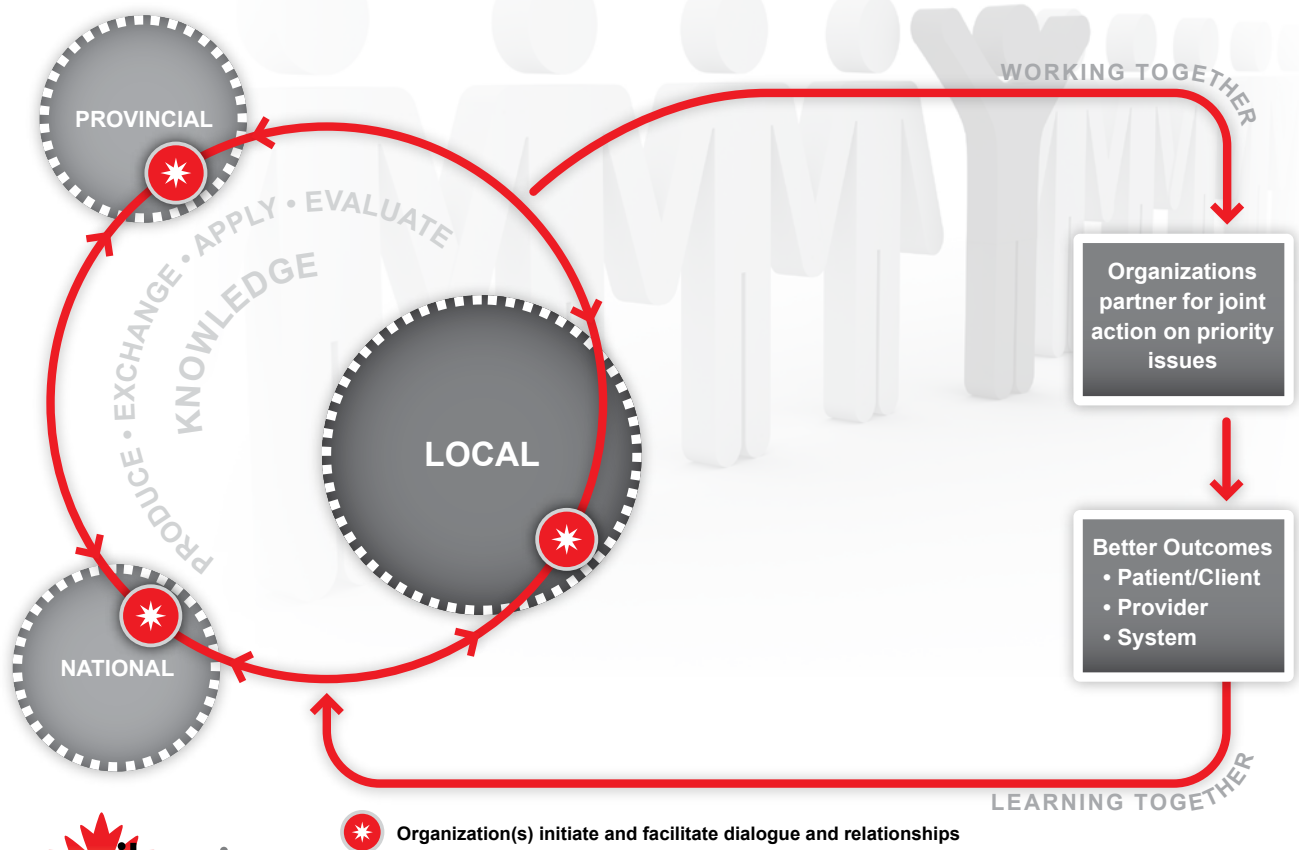
- 13 -

de la Stratégie d'échange de connaissances du CPIS : pose de la fondation, planification, mise en œuvre et évaluation).

La Figure 1 montre comment le CPIS, une organisation nationale, se placerait au sein d'une stratégie d'échange de connaissances à multiples intervenants qui s'efforce d'améliorer les résultats dans le domaine de la santé. Le CPIS contribue en favorisant des liens entre des organisations régionales/provinciales/locales et internationales, et en servant de courtier en connaissances au niveau du système, pour promouvoir l'échange de connaissances au sujet de la formation interprofessionnelle et de la pratique en collaboration. Au fond, le CPIS offre de l'information et accroît la sensibilisation à un niveau national, et s'attend à ce que les ressources puissent être adaptées par les individus et organisations pour convenir aux besoins régionaux ou internationaux. De même, de nouvelles connaissances générées à l'échelle régionale et internationale seront partagées avec le CPIS pour constituer un ensemble de connaissances en évolution.

Stronger Together:

Moving knowledge to action for system-wide change

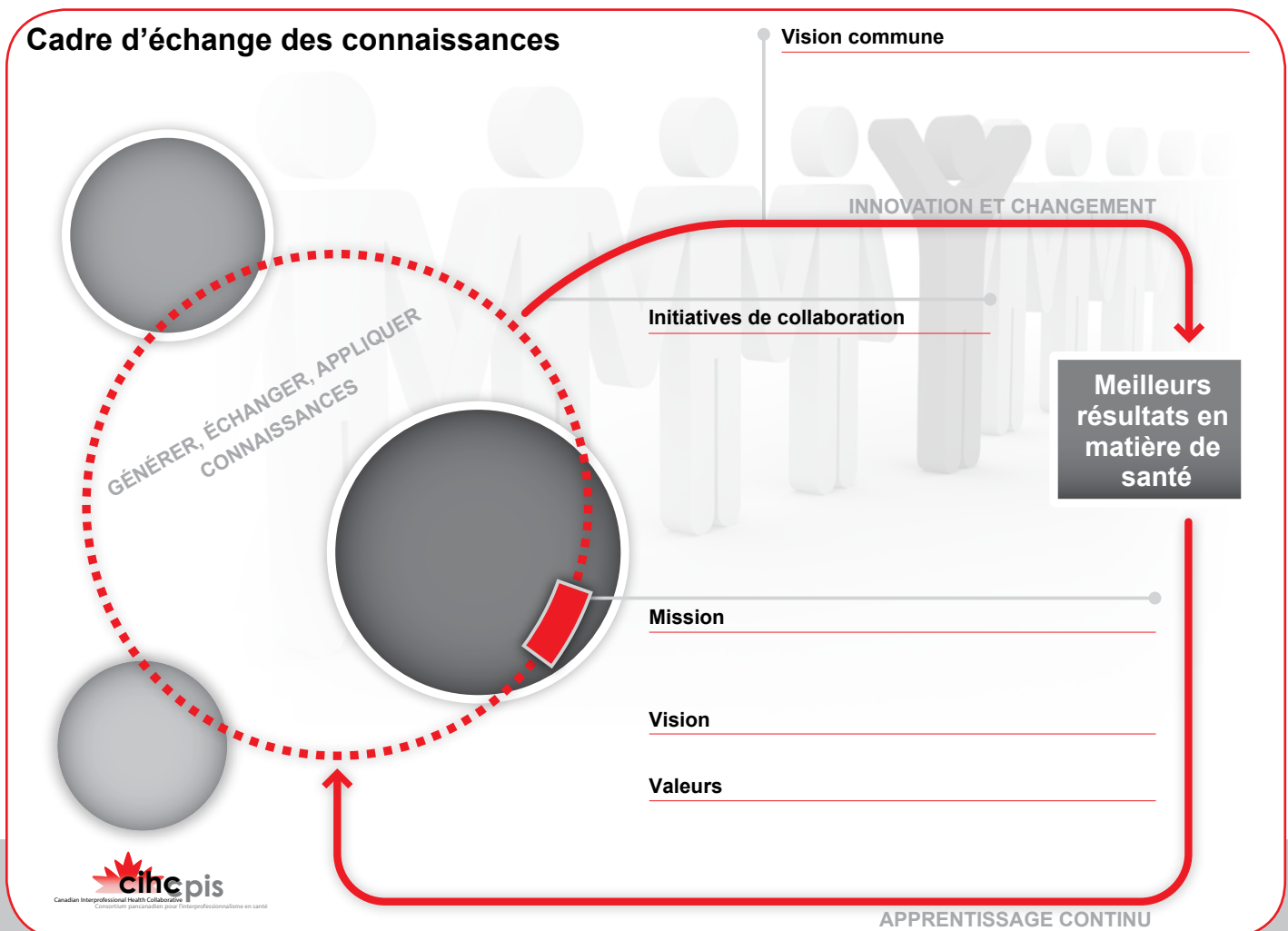


Plus forts ensemble :
**Collaborer pour
provoquer un
changement dans
l'ensemble du
système**

- 14 -

Figure 1
Le cadre d'échange de connaissances intégré
(Version CPIS)

La Figure 1 montre le cercle « national » aussi grand que le cercle local, provincial, régional ou international parce que l'engagement de l'intervenant initial du CPIS avec cette Stratégie commence avec la perspective d'organisations nationales. La Figure 1 montre la position du CPIS au sein d'une stratégie d'échange de connaissances intégrée, alors que le cadre de la Figure 2 est intentionnellement vierge là où les organisations de partenaires et d'intervenants peuvent compléter les stratégies organisationnelles qui conviennent le mieux à leurs besoins. Les organisations locales, provinciales, régionales ou internationales désireront que leur propre contexte stratégique soit placé dans le plus grand cercle, avec leurs partenaires nationaux ou internationaux respectifs représentés dans les plus petits cercles. De même, les organisations internationales voudront placer leurs organisations dans le plus grand cercle, alors que les organisations nationales ou locales/provinciales/régionales occuperaient les plus petites cases. Enfin, la flèche inversée montre que, via l'éducation continue par les



organisations partenaires, la stratégie d'échange de connaissances est réceptive à un contexte élargi, en particulier à mesure que les résultats en matière de santé évoluent et exigent une amélioration continue.

Figure 2

**Le cadre d'échange de connaissances intégré
(Version vierge à remplir par chaque organisation)**

Le cadre représente un aperçu de la manière dont les organisations peuvent collaborer avec des partenaires et des intervenants pour renforcer leurs activités d'échange de connaissances (p. ex. élaborer du matériel et de l'information susceptible d'informer leurs homologues à d'autres niveaux du système de soins de santé), commencer à cerner les priorités communes et concevoir des initiatives de collaboration et une vision partagée pour l'amélioration du système. En fin de compte, le but de toutes les organisations consiste à atteindre de meilleurs résultats dans le domaine de la santé.

D'autres modèles, tel que celui de Greenhalgh et al. (voir Figure 3 en annexe B), cernent les nombreux facteurs qui interagissent et se connectent au sein du processus d'échange de connaissances. L'approche multi-niveaux signifie qu'il y a différents objectifs et différentes stratégies en compétition pour les ressources et les résultats. Ainsi dans le modèle de Greenhalgh, l'organisation de soins de santé leader agit comme intermédiaire, reliant les activités aux échelons local, régional et national ou international pour compléter son mandat. Les améliorations au chapitre des effectifs de la santé se traduisent directement par de meilleurs résultats dans le domaine de la santé, et surtout, il faut un changement à l'échelle du système pour atteindre et maintenir ces améliorations.

La première étape dans l'élaboration d'une Stratégie d'EC consiste à entamer un dialogue. Le Tableau 1 (Questions qui informent) **résume les** types de questions que chaque organisation participante peut choisir comme base de discussion (voir annexe D pour l'ensemble des questions). De telles questions et les discussions qui en découlent aideront à cerner ce qu'il faut pour que les gens et organisations avancent. Le débat a pour but de clarifier les objectifs de l'intervenant et d'approfondir la compréhension des contributions potentielles apportées par les différentes organisations.

Plus forts ensemble :

Collaborer pour provoquer un changement dans l'ensemble du système

Tableau 1
Questions qui informent
(Résumé)

	Contexte international	Contexte national	Contexte régional	Contexte provincial/ territorial	Contexte communautaire local / organisationnel
1.1 Quelles sont les personnes et les organisations intéressées à collaborer : - dans votre contexte? - dans les différentes administrations?					
1.2 Que peuvent faire ensemble intervenants et partenaires pour produire des connaissances : - dans votre contexte? - dans les différentes administrations?					
1.3 Que peuvent faire ensemble intervenants et partenaires pour échanger des connaissances : - dans votre contexte? - dans les différentes administrations?					
1.4 Que peuvent faire ensemble intervenants et partenaires pour appliquer des connaissances : - dans votre contexte? - dans les différentes administrations?					
1.5 Comment faisons-nous pour déterminer avec qui nous travaillons et quelles activités nous entreprenons?					

Plus forts ensemble :
**Collaborer pour
provoquer un
changement dans
l'ensemble du
système**

- 17 -

Les *Questions qui informent* doivent servir à toute organisation élaborant une stratégie d'EC intégrée. Grâce à l'exercice de réflexion qu'impose le tableau ci-dessus, les organisations et les individus peuvent avoir un meilleur sens de leur contexte stratégique propre et relever les écarts pour lesquels l'organisation peut avoir besoin d'expérience supplémentaire, ce qu'elle pourrait obtenir grâce à des partenariats.

Les *Questions qui informent* sont capitales pour l'élaboration d'une stratégie d'EC intégrée. Le CPIS utilisera ces questions pour guider une discussion approfondie parmi ses propres intervenants, sur la façon dont la collaboration et l'interaction pourraient être renforcées et améliorées. Les intervenants peuvent aussi se servir de ces questions pour préciser ou redéfinir les orientations qui renforceront leurs propres stratégies d'EC. Au fil du temps, à mesure que les écarts se combleront et que les partenariats se forment et se renforcent, les réponses à ces questions devraient changer, et le tableau sera plus complet pour chaque organisation. Par conséquent, le dialogue évoluera, et les tableaux aideront à suivre cette évolution.

En favorisant un dialogue avec des intervenants, le CPIS n'oublie pas que l'EC n'est pas un processus statique. En effet, d'autres ressources peuvent être disponibles maintenant et à l'avenir qui seraient susceptibles de contribuer aussi bien à l'élaboration plus poussée de cette stratégie d'EC. Nous nous attendons également à ce que les *Questions* proposées guident le travail à venir et l'affectation des ressources du CPIS et de ses intervenants, déterminent où nos réponses sont complémentaires, et aident à déterminer conjointement les efforts. De tels aperçus mettront en lumière des possibilités pour le CPIS et d'autres organisations de travailler ensemble pour constituer une main-d'œuvre capable de plus de collaboration.

Plus forts ensemble :

**Collaborer pour
provoquer un
changement dans
l'ensemble du
système**

- 18 -

CONCLUSION

Le CPIS se consacre surtout actuellement à favoriser la production, l'échange, et l'application de connaissances au sujet de la formation interprofessionnelle et de la pratique en collaboration. Chacun des partenaires et des intervenants du CPIS a un différent cap organisationnel et ensemble de priorités, pourtant nous savons qu'il existe d'importants domaines d'intérêt commun qui offrent un potentiel non exploité en vue de planification stratégique et d'affectation de ressources. Des partenariats renforcés permettront d'améliorer les initiatives liées aux systèmes de santé et d'éducation, qui contribuent au développement de la main-d'œuvre de la santé.

Grâce à des contributions et des recommandations provenant des intervenants, cette Stratégie évoluera comme une plateforme pour appuyer l'élaboration en collaboration d'une stratégie d'échange de connaissances susceptible d'être utilisée par de nombreuses organisations. Pour le CPIS, la Stratégie servira à promouvoir la formation interprofessionnelle et la pratique en collaboration à l'échelle du système. Pour les intervenants, nous espérons que la Stratégie aidera chaque organisation à faire progresser ses propres objectifs tout en améliorant les résultats en matière de santé.

Les Canadiens espèrent une collaboration entre les fournisseurs de soins de santé et une mise en commun des connaissances afin d'offrir les meilleurs soins et services aux patients/clients. En parallèle, le public s'attend à ce que les organisations coopèrent et coordonnent leurs efforts pour améliorer la prestation de services de santé. La complexité des secteurs des soins de santé et de l'éducation nous impose de collaborer concernant l'échange de connaissances en vue d'améliorations du système. Cette Stratégie d'EC met en relief la meilleure façon de s'engager avec les intervenants et de mettre en oeuvre efficacement un changement à l'échelle du système. Le leadership issu d'idées générées par la collaboration, l'apprentissage mixte, l'engagement des étudiants et des fournisseurs de soins, les contributions de la collectivité et les voix des patients, mènera à la transformation du système de santé et à l'amélioration des résultats en matière de santé.

Annexe A

CPIS : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Créé en 2006, le CPIS est devenu un réseau de plus de 700 personnes et organisations qui collaborent pour promouvoir la connaissance et la compréhension dans le but de produire de meilleurs résultats dans le système de santé.

Vision du CPIS : travailler en collaboration pour améliorer la santé des Canadiens.

Mission : Le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé fait preuve de leadership national en entraînant les intervenants, équipes et organisations œuvrant dans le domaine de la santé vers plus de collaboration dans la pratique des soins de santé.

Les objectifs du CPIS sont les suivants :

- * *Échange de connaissances*. Lancer la production, l'échange et l'application de connaissances de sorte que tout intervenant en matière de santé (peu importe où il étudie ou pratique) a la possibilité et l'obligation d'apprendre à travailler dans un contexte de collaboration.
- * *Développement des capacités*. Cerner des possibilités d'offrir des conseils d'expert, du soutien ou des ressources aux organisations ou groupes qui mettent en œuvre des environnements de travail ou d'apprentissage caractérisés par la collaboration interprofessionnelle.
- * *Rôle modèle*. Bâtir le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé comme un modèle d'approches de collaboration interprofessionnelle au sein des organismes et des secteurs, et entre ces derniers.
- * *Partenariats*. Établir et promouvoir des partenariats stratégiques avec des organisations susceptibles d'introduire et d'intégrer la collaboration interprofessionnelle au cœur de leurs propres activités.
- * *Programme d'études*. Promouvoir des approches coopératives et coordonnées pour l'élaboration du programme d'études et une réforme qui instaure la formation interprofessionnelle comme une condition dans tous les programmes de santé et de services sociaux et dans tous les programmes de formation continue.
- * *Recherche et évaluation*. Collaborer avec les décideurs et les chercheurs pour établir un programme de recherche et d'évaluation qui répond aux questions clés et corrobore

Plus forts ensemble :
**Collaborer pour
provoquer un
changement dans
l'ensemble du
système**

- 19 -

Plus forts ensemble :

Collaborer pour provoquer un changement dans l'ensemble du système

- 20 -

clairement les avantages de la formation interprofessionnelle et de la pratique en collaboration pour l'amélioration du système de santé.

Depuis le tout début, le CPIS s'est installé dans un rôle de courtage du savoir, travaillant en marge de la santé, de l'éducation et des professions, et en lien avec celles-ci, pour rassembler des connaissances sur la formation interprofessionnelle et la pratique en collaboration pour des soins axés sur le patient. Lors de sa phase initiale, le CPIS a favorisé des connexions essentielles entre un certain nombre d'intervenants, dont les suivants :

- * Équipes pour 20 projets d'apprentissage (formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration axée sur le patient) à travers le Canada;
- * Équipes pour six projets complémentaires à l'échelle du système;
- * Nombre d'autres organisations/personnes des milieux de l'éducation, de la recherche, des services de santé, des professions et du gouvernement.

Le CPIS vient d'évaluer sa phase initiale (2006-2008) et planifie activement sa transition vers une organisation durable qui mettra l'accent à la fois sur l'universitaire et la pratique.

Annexe B

CONCEPTS DIRECTEURS, MODÈLES ET PREUVE

**Plus forts ensemble :
Collaborer pour
provoquer un
changement dans
l'ensemble du
système**

- 21 -

Une foule d'information expose en détail comment l'échange de connaissances peut contribuer à un système de soins de santé intégré, qui améliore les résultats pour les patients. Cependant, il est difficile actuellement de savoir comment transférer les connaissances tacites et les pratiques de première ligne, qui améliorent soins et résultats, pour aboutir à un changement à l'échelle du système. Au moment d'élaborer cette Stratégie, nous avons tenu compte de trois concepts issus de la documentation : pensée systémique, partenariats et collaboration, et échange de connaissances.

Pensée systémique

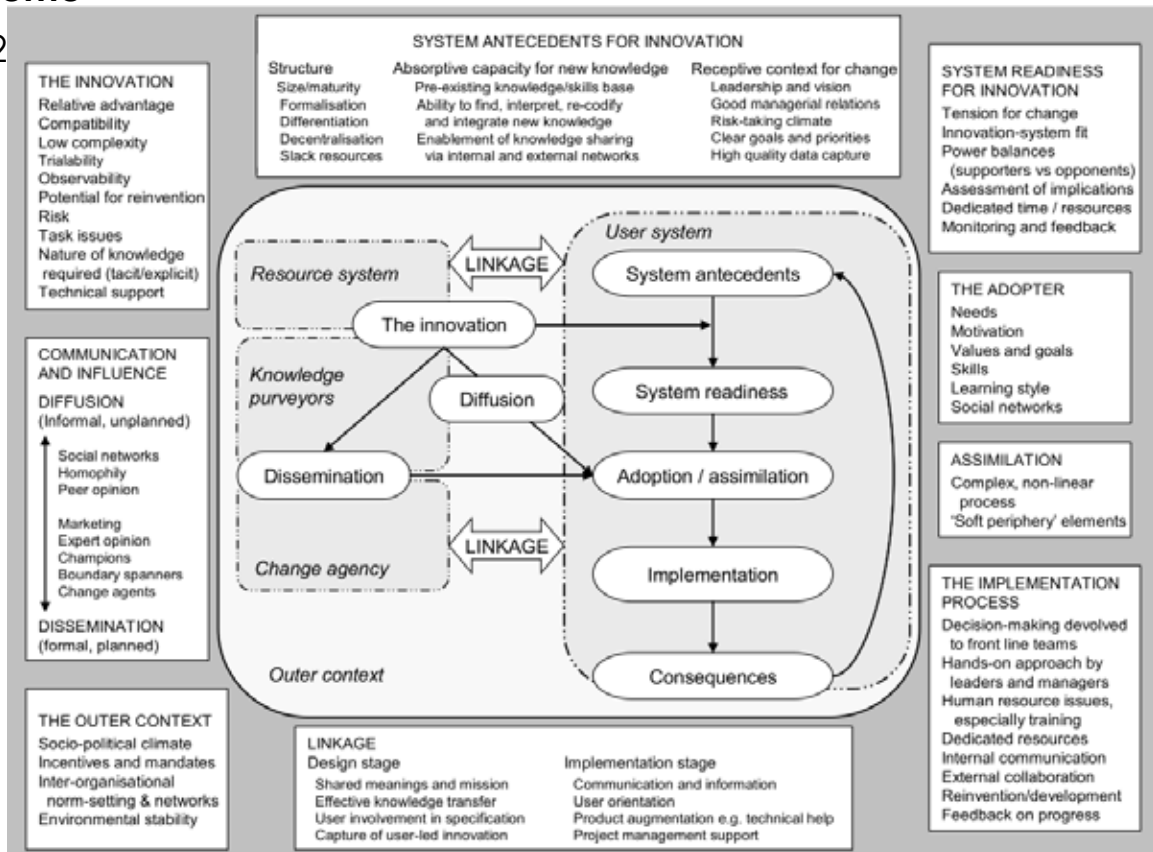
En 2007, Robert Parent, Mario Roy et Denis St. Jacques publiaient un document qui révélerait à quel point les derniers développements dans la pensée systémique et la construction sociale peuvent influencer la compréhension du transfert de connaissances (Parent et al., 2007). Ils ont exploré des concepts de transfert de connaissances en observant des économies de la connaissance et la façon dont la connaissance est devenue une marchandise à notre époque, pouvant être directement liée à la richesse. Leur analyse d'information pertinente et de théories sur l'échange de connaissances touche nombre de défis auxquels fait face le CPIS en traitant d'interactions et de relations significatives avec divers individus, organisations et secteurs. Ces travaux se sont concrétisés par le développement d'un nouveau modèle de transfert de connaissances fondé sur les systèmes, dont le CPIS s'est servi pour éclairer sa réflexion sur le renforcement des capacités pour un transfert de connaissances à l'échelle du système.

D'autres travaux ont influencé le CPIS et sa vision de la pensée systémique pour un changement à l'échelon du système, dont le document publié en 2006 par Borduas et al. Ce document, intitulé *Facilitating the Integration of Interprofessional Education into Quality Health Care: Strategic Roles of Academic Institutions*, incorpore la gestion du changement fondé sur le système, la rendant pertinente pour la formation interprofessionnelle et la pratique en collaboration, et cite le modèle Greenhalgh comme un modèle qu'il est approprié d'adopter.

Plus forts ensemble :
Collaborer pour
provoquer un
changement dans
l'ensemble du
système

- 2

Figure 3
Modèle conceptuel pour un examen des déterminants de
la diffusion et de la mise en œuvre d'innovations dans la
prestation et l'organisation des services de santé



(Greenhalgh et al., 2004, p. 582).

En 2007 également, le Comité directeur sur les soins interprofessionnels de l'Ontario a continué à centrer l'attention sur une approche systémique et des stratégies multi-niveaux visant le changement avec des recommandations qui poussent les organisations à :

- * partager la responsabilité;
- * mettre en œuvre des outils systémiques;
- * mener des changements culturels durables.

Comme le document l'explique judicieusement, *Blueprint for Action* « situe l'adoption des soins interprofessionnels comme un processus de gestion du changement et demande à quiconque œuvrant dans les systèmes de santé et d'éducation d'adopter une vision commune pour améliorer la communication et la collaboration, ce qui finira par mener à une intégration et à une plus grande efficacité des soins de santé. » (Comité directeur sur les soins interprofessionnels, 2007).

La prochaine étape consiste à comprendre ce que les partenariats, la collaboration et les approches pangouvernementales apportent comme valeur ajoutée.

Partenariats et collaboration

En 2005, Hansen et Nohria ont gagné le Prix du meilleur article pour leur article intitulé « How to Build Collaborative Advantage », publié dans le journal *Sloan Management Review*, du MIT. Selon Samuel DiPiazza, PDG de Price Waterhouse Coopers, cet article était d'une grande portée pour la raison suivante :

La collaboration comme outil de promotion des idées et de l'innovation n'est pas limitée à la compétitivité dans l'économie mondiale ou le marché. Elle joue un énorme rôle dans la promotion des connaissances et la compréhension de la gestion des services de santé, et l'amélioration de l'efficacité d'un système de soins de santé.

En 2006, poursuivant cette notion d'avantage de la collaboration, le National Institute of Health Office of Behavioral and Social Science Research (OBSSR) s'est joint à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) pour effectuer un examen des partenariats interorganisationnels. Dans le document qui en a découlé, on indique tout d'abord que « les questions de santé hautement prioritaires dépassent les limites de chacun des instituts, et qu'une approche orientée sur les systèmes exige innovation, ainsi que pensée et méthode nouvelles, pour traiter des questions de santé et de maladie de plus en plus complexes et interdisciplinaires, émergeant de la recherche fondamentale » (OBSSR et FCRSS 2006, p. i). À mesure que l'examen des partenariats interorganisationnels se poursuit, les travaux éclairent sur l'efficacité du partenariat et de la collaboration, et sur les principes qui les régissent, et ce, du point de vue de la gestion des services de santé. La conclusion fait ressortir une grande similarité dans les six principaux indicateurs de succès relevés par Hurley en 2003, à savoir :

- * Buts communs et clairs
- * Confiance
- * Leadership de collaboration
- * Sensibilité aux questions de pouvoir
- * Structures d'affiliation
- * Apprentissage par l'action (Huxham, 2003).

Cependant, les partenariats et la collaboration outrepassent

Plus forts ensemble :
**Collaborer pour
provoquer un
changement dans
l'ensemble du
système**

- 23 -

« La collaboration est peut-être l'élément clé dont les organisations d'aujourd'hui ont besoin. Et l'importance de cet élément ne fera d'augmenter car les frontières qui séparent les marchés, les industries, les entreprises et les pays sont de plus en plus floues. L'élaboration de stratégies et de techniques pour favoriser la collaboration deviendra le principal défi de toutes les entreprises et celles qui relèveront ce défi connaîtront du succès. » [traduction libre] (DiPiazza, 2006)

Plus forts ensemble :

Collaborer pour provoquer un changement dans l'ensemble du système

- 24 -

les connexions organisationnelles. Les questions hautement prioritaires du système de santé, telles que la sécurité des patients, la qualité des soins, les résultats pour la santé des patients et de la population, l'accès aux services et les effectifs de la santé, dépassent les limites des organisations, des professions, des disciplines, des secteurs et des administrations. Par conséquent, la reconnaissance du fait qu'aucun groupe à lui seul ne peut efficacement régler les problèmes du système de santé d'intérêt communautaire a suscité une réflexion et un dialogue d'envergure sur la manière dont nous pouvons collaborer pour amasser et rassembler les connaissances qui profiteront au public (OMS, 2006).

Au Canada, les améliorations au système de soins de santé ont invariablement évolué vers des modèles interprofessionnels de pratique en collaboration axés sur le patient (à titre d'exemple, notons les réseaux d'intégration des services de santé, les réseaux de soins primaires en santé mentale et la gestion des maladies chroniques, et les équipes santé familiale).

Qu'est-ce qui fonctionne dans l'échange de connaissances?

En 2007, le CPIS a demandé un examen de la documentation et des ressources sur le transfert des connaissances concernant la formation interprofessionnelle et la pratique en collaboration axée sur le patient (voir *Knowledge Translation in Interprofessional Education: A review of literature and resources*, Cordeiro et al., 2007). Cet examen a permis au CPIS de repérer des idées, des outils et des ressources susceptibles d'aider ou d'entraver le processus de collaboration. Le CPIS a aussi acquis une expérience de la façon dont l'EC fonctionne dans le contexte de la formation interprofessionnelle et de la pratique en collaboration, et par conséquent, a recueilli nombre d'idées sur la manière de garantir que les connaissances ou le message est passé efficacement aux intervenants.

L'examen de la documentation a permis de mettre au jour les tendances actuelles en matière de transfert des connaissances, telles que la diffusion des connaissances (en parlant de la façon dont le savoir est diffusé au sein d'une organisation ou d'un groupe d'intervenants), en faisant appel aux courtiers du savoir ou aux leaders d'opinion pour promouvoir les idées et changements émergents, et en intégrant des stratégies de marketing et des tables

Plus forts ensemble :
Collaborer pour
provoquer un
changement dans
l'ensemble du
système

- 25 -

rondes de recherche pour disséminer l'information et la technologie permettant le transfert des connaissances.

La recherche de pointe effectuée sur le transfert des connaissances fait aussi ressortir que la manière la plus efficace de transférer les connaissances entre chercheurs et décideurs consiste à amener les deux groupes à se rencontrer et à demander aux chercheurs d'apporter des réponses rapides aux questions des décideurs (Lavis, 2006). Le CPIS a porté plus loin cet apprentissage sur le transfert des connaissances et il sert de base à ce que nous comprenons de la manière dont l'échange de connaissances peut fonctionner pour garantir le maximum de bénéfices issus de la collaboration. La connaissance des besoins des décideurs, ainsi que des capacités ou limites de la recherche et des chercheurs, constitue un aspect important en EC que l'on ne peut négliger.

Il reste de nombreux obstacles susceptibles d'entraver un échange de connaissances réussi. Dans un article intitulé « Can this Collaboration be Saved? » écrit par Paul Mattessich en 2003, ce dernier relève 20 facteurs susceptibles de favoriser ou de saper les efforts de collaboration. Voici les principaux messages de l'article :

- * Les collaborations réussies demandent beaucoup de temps, d'énergie et d'engagement financier.
- * La recherche montre que certains facteurs clés jouent un rôle dans tout effort de groupe : milieu positif, respect et confiance réciproques, clarté concernant la structure et le processus, relations personnelles et vision partagée.
- * Les collaborations requièrent des objectifs clairs et des attentes précises si l'on veut que les membres accomplissent ce qu'ils ne peuvent faire seuls. (FCRSS, 2007)

Cordeiro et al. cerne également des difficultés tenant à l'échange de connaissances qui seraient particulières au système de santé et à la formation et pratique interprofessionnelle. Voici ces cinq difficultés :

1. Il n'existe pas d'entente générale sur la terminologie pertinente.
2. Les groupes de fournisseurs de soins de santé sont différents sur nombre de plans : formation, éducation, structure organisationnelle et normes, et connaissances et protocoles; ces différences compliquent la diffusion du changement.
3. Il y a des différences historiques majeures dans les fonctions et capacités de la culture universitaire et de la culture de

Plus forts ensemble :

Collaborer pour provoquer un changement dans l'ensemble du système

- 26 -

prestation de soins de santé, ce qui peut rendre le croisement difficile.

4. Il se peut que certains signes soient trop « faibles » pour être mis en œuvre; il est capital de savoir quelles conclusions se prêtent à la mise en œuvre.
5. Les caractéristiques de la structure organisationnelle aident à prédire l'allure et le succès du transfert des connaissances; il est par conséquent important que les systèmes et organisations soient adaptables au changement.

Bien que cette liste des mesures du succès et des difficultés ne soit pas exhaustive, elle a guidé l'orientation du CPIS et l'élaboration de cette Stratégie d'EC.

Annexe C

PORTÉE DE LA STRATÉGIE

Cette Stratégie d'EC tient compte du rôle du CPIS, des partenaires et des intervenants dans la promotion à l'échelon du système de la formation interprofessionnelle, de la pratique en collaboration et des soins axés sur le patient. Ce faisant, elle explore les domaines suivants :

- * Planification intégrée et en collaboration, favorisant le changement à l'échelon du système
- * Partenariats et liens pour la production, l'échange et l'application de connaissances
- * Stratégies et méthodes d'échange de connaissances
- * Évaluation de l'efficacité de l'échange de connaissances.

Nous présentons ci-dessous les quatre phases de l'élaboration de cette Stratégie d'EC, menant à une stratégie intégrée pour un changement à l'échelle du système.

Phase I – Poser la fondation

Lorsqu'on a créé le CPIS pour en faire une organisation chargée de la formation interprofessionnelle et de la pratique en collaboration, le premier objectif consistait à disséminer l'information et les meilleures pratiques entourant ces concepts. Cependant, avec l'évolution du CPIS, et aussi la base croissante de connaissances, d'expérience et d'expertise, on en est venu à comprendre que nombre d'intervenants du CPIS avaient de précieuses connaissances et perspectives supplémentaires.

L'élaboration de la Stratégie d'EC vient compléter la *Phase 1 de la stratégie de diffusion* (CPIS, 2007) du CPIS, plan détaillé et outils visant à divulguer des messages cohérents et de qualité à divers publics cibles. La stratégie de dissémination porte essentiellement sur l'élaboration immédiate d'un langage commun et d'un ensemble d'outils censés favoriser les communications entre le CPIS, les projets connexes, le gouvernement, les intervenants, les fournisseurs de soins et le public. La stratégie de dissémination offre à la fois des concepts de haut niveau de la façon d'accroître la base de membres et de partenaires, et des modèles détaillés de partage et d'échange d'information. Les travaux effectués jusqu'à présent sur la stratégie de dissémination et cette Stratégie d'EC ont été itératifs et supposent la participation de nombre de partenaires et de participants pour créer

Plus forts ensemble :
**Collaborer pour
provoquer un
changement dans
l'ensemble du
système**

Plus forts ensemble :

Collaborer pour provoquer un changement dans l'ensemble du système

- 28 -

un outil qui contribuera à l'élaboration d'une approche intégrée au changement du système dans la formation interprofessionnelle (FIP) et la pratique en collaboration (PC).

En plus de la stratégie de dissémination du CPIS, voici les activités du CPIS qui constituent la première phase de la Stratégie d'EC :

- * Intervention initiale vers la « communauté interprofessionnelle » et les intervenants;
- * Diffusion d'information sur la FIP et la PC;
- * Examen de la documentation sur l'échange de connaissances : *Knowledge Translation in Interprofessional Education: A Review of Literature and Resources*
- * [Partnerships Framework](#) – cadre qui met en lumière d'importants liens et partenaires potentiels pour la collaboration;
- * [CIHC Library](#) – bibliothèque virtuelle susceptible d'être utile à ceux qui souhaitent accéder à des connaissances pertinentes sur la formation interprofessionnelle et la pratique en collaboration.
- * Élaboration de définitions communes et d'un langage commun (voir Glossaire en annexe E).

Phase II – Planifier

La deuxième phase de l'élaboration de la Stratégie d'EC engage un grand groupe d'intervenants représentatifs dans la conception d'approches innovantes et communes visant à promouvoir la formation interprofessionnelle et pratique en collaboration à l'échelon du système. Il faudra recourir à la planification et à la pensée systémique sur la manière idéale d'atteindre les multiples publics cibles et de réaliser le nécessaire pour le changement.

Alors que la planification se poursuit, il y a certes de l'énergie et de l'enthousiasme pour élaborer une stratégie qui fonctionne, non seulement dans le contexte des systèmes de santé et d'éducation, mais aussi comme un modèle qui lierait les groupes et établirait des réseaux autour du partage d'information, aux fins de favoriser le changement.

Phase III – Mettre en œuvre

La troisième phase de l'élaboration de la Stratégie d'EC correspond à la mise en œuvre d'initiatives de collaboration selon les décisions des intervenants. C'est à dessein qu'on a laissé cette phase ouverte, pour amener les intervenants à façonner conjointement la vision et la direction de la Stratégie, de sorte qu'elle puisse refléter les objectifs et les priorités.

Phase IV - Évaluer

L'objectif général de toute évaluation consiste à émettre des réactions concernant le projet, le programme ou les services offerts. Dans le cas de la Stratégie d'EC, l'évaluation peut :

- * aider au processus décisionnel qui rendrait la Stratégie meilleure ou ferait en sorte qu'elle reflète davantage les besoins des intervenants,
- * établir son niveau de réussite pour ce qui est de l'échange de connaissances et de l'établissement de liens entre les intervenants.

Alors que l'évaluation peut être la quatrième et dernière phase de la Stratégie d'EC, le processus, les méthodes et l'information recueillie pour une évaluation, soit formative soit sommative, doivent être pris en considération dès le début de l'activité.

Diverses stratégies ou méthodes peuvent influencer le processus d'évaluation d'une Stratégie d'EC. L'une des méthodes recommandées a pour nom la Cartographie des incidences (CI). Cette méthode a été introduite par le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) du Canada et met l'accent sur des changements dans le comportement des gens, des groupes et des organisations. Cette méthode est utile quand on mesure le changement au chapitre des systèmes parce qu'elle a été élaborée pour refléter la façon dont les programmes favorisent le changement, plutôt que la façon dont ils contrôlent ou causent le changement (Earl et al., 2001).

L'évaluation de la Stratégie d'EC du CPIS fera appel à la méthode CI pour tenter de comprendre les relations et les réseaux impliqués dans la création et l'échange de connaissances entre le CPIS et ses partenaires. Pour réaliser cela, nous commencerons par sonder les membres du CPIS afin de connaître la nature de leurs activités d'EC (type d'activité, participation d'intervenants, résultats). Nous mènerons des entrevues avec les membres et aussi leurs partenaires d'EC pour explorer, de façon approfondie, la nature de ces activités d'EC, comment elles s'inscrivent dans la Stratégie d'EC du CPIS et leurs impacts potentiels sur les soins de santé. Nous obtiendrons d'autres formes de données (audit, pratique et documents stratégiques) pour aider à trianguler les ensembles de données et fournir ainsi un niveau de lien probant renforcé, entre les activités d'EC du CPIS et la pratique.

L'évaluation de la Stratégie d'EC sera complémentaire des travaux que le CPIS entreprendra lors de son évaluation globale de ses activités, résultats et impacts. Un élément important de cette évaluation consistera en une analyse quantitative et qualitative consciencieuse censée faire la lumière sur les résultats d'EC à associer à des réseaux de connaissances en particulier.

Annexe D QUESTIONS QUI INFORMENT : LISTE COMPLÈTE

Tableau 2

Questions qui informant : personnes et organisations

Quelles sont les personnes et les organisations intéressées à collaborer : dans votre contexte? dans les différentes administrations?	Contexte international	Contexte national	Contexte régional	Contexte provincial/territorial	Contexte local communautaire/organisationnel
<p>2.1 Qui sont vos intervenants en FIP et PC?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qui siège actuellement à la table? - De quelle façon sont-ils engagés? - Qui manque, et quelles capacités font défaut? - Qui dirigera l'analyse des intervenants, la planification, et l'établissement des relations? 					
<p>2.2 Qui sont vos partenaires?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels partenariats sont officiels? - Quels sont les objectifs? - Quels sont les partenariats émergents ou ceux qui représentent une plus-value? - Quelles sont les conditions du succès avec divers partenariats? 					
<p>2.3 Est-ce que votre environnement les aide à s'auto-identifier?</p> <ul style="list-style-type: none"> - À quel point votre réseau est-il accessible à vos partenaires et intervenants? - Existe-t-il des moyens de connexion pour relier chercheurs, praticiens, décideurs et patients? 					

Quelles sont les personnes et les organisations intéressées à collaborer : dans votre contexte? dans les différentes administrations?	Contexte international	Contexte national	Contexte régional	Contexte provincial/territorial	Contexte local communautaire/organisationnel
2.4 A-t-on recours à la communication électronique pour permettre des liaisons novatrices et des efforts coordonnés?					
2.5 Comment faisons-nous pour déterminer avec quelles personnes et quelles organisations nous travaillons en priorité?					

Tableau 3

Questions qui informent : Produire des connaissances

Que peuvent faire ensemble intervenants et partenaires pour produire des connaissances : dans votre contexte? dans les différentes administrations?	Contexte international	Contexte national	Contexte régional	Contexte provincial/territorial	Contexte local communautaire/organisationnel
3.1 Qu'est-ce qui est déjà en cours ou pourrait être fait pour : <ul style="list-style-type: none"> - Attirer des leaders créatifs d'horizons différents (disciplines, secteurs)? - Établir des alliances pour partager expérience/ressources? - Faire correspondre les priorités des intervenants avec la recherche? - Examiner les sources des connaissances? - Cartographier les connaissances et cerner les lacunes? - Soutenir l'invention? - Planifier un programme de recherche? 					

Que peuvent faire ensemble intervenants et partenaires pour produire des connaissances : dans votre contexte? dans les différentes administrations?	Contexte international	Contexte national	Contexte régional	Contexte provincial/territorial	Contexte local communautaire/organisationnel
3.2 Quelles initiatives de production des connaissances seraient renforcées / affaiblies par une méthode intégrée : intersectorielle? multi-niveaux?					
3.3 Comment les intervenants et les partenaires collaboreraient-ils : dans votre contexte? dans les différentes administrations? <ul style="list-style-type: none"> - Coopération – s’informent les uns les autres de ce qu’ils font - Coordination – planifient en tenant compte les uns des autres - Collaboration – élaborent des programmes et des plans en commun 					
3.4 Qui pourrait (co)diriger les efforts intégrés de production des connaissances : dans votre contexte? dans les différentes administrations?					
3.5 Comment établissons-nous l'ordre de priorité des activités que nous entreprenons?					

Tableau 4
Questions qui informent : Échanger des connaissances

Que peuvent faire ensemble intervenants et partenaires pour échanger des connaissances : dans votre contexte? dans les différentes administrations?	Contexte international	Contexte national	Contexte régional	Contexte provincial/ territorial	Contexte local communautaire/ organisationnel
<p>4.1 Qu'est-ce qui est déjà en cours, ou pourrait être fait pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utiliser les meilleures pratiques et mécanismes d'EC? - Réseauter, former des communautés de pratique (CdP)? - Lier des individus et des CdP sur des intérêts précis? - Adapter les connaissances pour différents utilisateurs finaux? - Diffuser les connaissances adaptées aux publics cibles? - Travailler avec les leaders d'opinion? - Améliorer l'accès aux connaissances grâce à l'électronique pour le stockage, la recherche et la récupération? - Créer des mécanismes pour la diffusion à grande échelle des connaissances? - Intervenir directement 					
<p>4.2 Quelles initiatives de production des connaissances seraient renforcées / affaiblies par une méthode intégrée : intersectorielle? multi-niveaux?</p>					
<p>4.3 Comment les intervenants et les partenaires collaboreraient-ils : dans votre contexte? dans les différentes administrations?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coopération – s'informent les uns les autres de ce qu'ils font - Coordination – planifient en tenant compte les uns des autres - Collaboration – élaborent des programmes et des plans en commun 					

Que peuvent faire ensemble intervenants et partenaires pour échanger des connaissances : dans votre contexte? dans les différentes administrations?	Contexte international	Contexte national	Contexte régional	Contexte provincial/ territorial	Contexte local communautaire/ organisationnel
4.4 Qui pourrait (co)diriger les efforts intégrés de production des connaissances : dans votre contexte? dans les différentes administrations?					
4.5 Comment établissons-nous l'ordre de priorité des activités que nous entreprenons?					

Tableau 5

Questions qui informent : Appliquer des connaissances

Que peuvent faire ensemble intervenants et partenaires pour appliquer des connaissances : dans votre contexte? dans les différentes administrations?	Contexte international	Contexte national	Contexte régional	Contexte provincial/ territorial	Contexte local communautaire/ organisationnel
5.1 Qu'est-ce qui est déjà en cours, ou pourrait être fait pour aider les utilisateurs finaux des connaissances à : <ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître les connaissances pertinentes pour régler les problèmes et traiter des questions critiques? - Aligner les initiatives de changement avec les priorités du système de distribution des soins? - Explorer de nouvelles connaissances? - Modifier les pratiques et technologies? - Gérer les changements complexes? - Intégrer de nouvelles connaissances? - Incorporer de nouvelles connaissances dans la pratique? 					

Que peuvent faire ensemble intervenants et partenaires pour appliquer des connaissances : dans votre contexte? dans les différentes administrations?	Contexte international	Contexte national	Contexte régional	Contexte provincial/ territorial	Contexte local communautaire/ organisationnel
5.2 Quelles initiatives de production des connaissances seraient renforcées / affaiblies par une méthode intégrée : intersectorielle? multi-niveaux?					
5.3 Comment les intervenants et les partenaires collaboreraient-ils : dans votre contexte? dans les différentes administrations? <ul style="list-style-type: none"> - Coopération – s’informent les uns les autres de ce qu’ils font - Coordination – planifient en tenant compte les uns des autres - Collaboration – élaborent des programmes et des plans en commun 					
5.4 Qui pourrait (co)diriger les efforts intégrés de production des connaissances : dans votre contexte? dans les différentes administrations?					
5.5 Comment établissons-nous l'ordre de priorité des activités que nous entreprenons?					

Annexe E GLOSSAIRE

Formation-action – un concept élaboré à l'origine par Reg Revans à la fin des années 1930. Il s'agit d'un processus [éducatif](#) où les participants étudient leurs propres actions et expériences afin d'en améliorer la performance. La formation-action se déroule en petits groupes appelés groupes de formation-action, ce qui permet aux participants de réfléchir aux actes qu'ils ont posés, aux résultats éventuels, et de les étudier. Cela devrait alors guider les actions futures et en améliorer la performance. La méthode contraste avec les méthodes d'enseignement traditionnels qui mettent l'accent sur la présentation de [connaissances](#) et de compétences. La formation-action met l'accent sur la recherche dans l'action posée et la connaissance est le résultat qui en découle, qui devrait mener à l'amélioration des compétences et du rendement. (www.wikipedia.org).

Application des connaissances – le processus itératif par lequel les connaissances sont mises en pratique (IRSC, 2008).

Coalition – alliance stratégique qui survient lorsque deux organisations ou plus s'unissent, rassemblant les gens et accroissant les ressources disponibles, pour mettre l'accent sur les problèmes d'intérêts mutuels (Butterfoss 2002, p. 158; FCRSS 2006, p. 2)

Collaboration – un processus grâce auquel les intervenants, qui voient différents aspects d'un problème, peuvent explorer de façon constructive leurs différences et chercher des solutions qui outrepassent leurs propres visions de ce qui est possible. La collaboration suppose que, face à un problème ou une préoccupation, les principaux intervenants résolvent les problèmes et prennent les décisions conjointement. Une fois instituée, la collaboration crée un forum temporaire au sein duquel les participants peuvent rechercher un consensus, trouver des solutions mutuellement acceptables et mettre au point des actions collectives pour la mise en œuvre.

Pratique en collaboration centrée sur le patient (PCAP) – favorise la participation active de chaque discipline de la santé dans les soins aux patients. Elle renforce les objectifs et valeurs centrés sur le patient et sa famille, fournit des mécanismes en vue d'une communication continue entre les dispensateurs de soins, optimise

la participation du personnel aux prises de décisions cliniques au sein de chaque discipline et entre elles, et enfin, inspire le respect pour les contributions disciplinaires fournies par tous les prestataires (Santé Canada, 2003).

Récupéré, 24 juillet 2008, de <http://www.cihc.ca/glossary/>

Pratique en collaboration (PC) – un processus communicatif et décisionnel entre professionnels grâce auquel la synergie entre les connaissances et les compétences des dispensateurs de soins de santé influence les soins prodigués au patient/client (Way, Jones et Busing 2000). La pratique en collaboration est interreliée au concept de travail d'équipe.

Récupéré, 24 juillet 2008, de <http://www.cihc.ca/glossary/>

Dissémination – suppose d'identifier le public approprié, et d'adapter le message et les médias au public. Au nombre des activités de dissémination, mentionnons les résumés/notes d'information aux intervenants, les séances de formation avec les patients, les praticiens et les décideurs, la participation des utilisateurs des connaissances à l'élaboration et l'exécution de plans de dissémination/mise en œuvre, à la création d'outils et à la participation des médias. (CPIS, 2008).

Transfert de connaissances intégré – un type de TC auquel les chercheurs et usagers de recherche collaborent pour fixer les questions de recherche, décider de la méthodologie, élaborer des outils et collecter des données, interpréter les conclusions et diffuser les résultats. On peut également décrire ce processus par les expressions : recherche en collaboration, recherche par l'action, et coproduction de connaissances. Ce processus est censé produire des connaissances pertinentes pour les utilisateurs finaux. (CPIS, 2008)

Formation interprofessionnelle (FIP) – « a lieu lorsque deux professions ou plus apprennent les unes des autres pour améliorer leur collaboration et la qualité des soins... considérant le professionnel sous un angle inclusif, la FIP comprend aussi bien des apprentissages acquis en milieu universitaire qu'en milieu de travail, avant et après la qualification. » (Centre for Advancement of Interprofessional Education, CAIPE, 2002).

Récupéré, 24 juillet 2008, de <http://www.caipe.org.uk/about-us/defining-ipe/>

Connaissances – Il existe différents types de connaissances que

Plus forts ensemble :

Collaborer pour provoquer un changement dans l'ensemble du système

- 38 -

l'on peut résumer comme suit :

1. Explicite – peut être sciemment compris et exprimé (p. ex. articles scientifiques, livres, lignes directrices et dossiers électroniques).
2. Tacite – connaissance que l'on acquiert par l'expérience; le détenteur d'une telle connaissance peut ne pas en être conscient.
3. Individuelle – une seule personne détient la connaissance.
4. Collective – un certain nombre de personnes détiennent la connaissance.
5. Interne – connaissance unique particulière à une organisation; difficile d'accès de l'extérieur de l'organisation, il est aussi difficile de la reproduire.
6. Externe – connaissance disponible à l'extérieur d'une organisation. Dans des contextes aussi complexes que celui de la santé, des décisions saines et une pratique de qualité nécessitent plusieurs types de connaissances, qui apportent des contributions complémentaires au changement positif. Les connaissances explicites et tacites sont particulièrement importantes pour la résolution des problèmes et la gestion du changement dans des circonstances uniques, complexes ou incertaines. Il faut une infrastructure et des forums au sein desquels les personnes peuvent coordonner l'intégration de leurs connaissances spécialisées afin de résoudre les problèmes (Landry, Amara, Pablis-Mendes, Shademani, Gold, 2006).

Courtage du savoir – facilite proactivement des processus à deux sens et interactifs entre les producteurs des connaissances et leurs utilisateurs, si bien que ceux-ci peuvent coproduire des décisions et des politiques faisables et fondées sur la recherche (van Kammen, de Savigny, et Sewankambo, 2006).

Échange de connaissances – pour la formation interprofessionnelle et la pratique en collaboration centrée sur le patient – Partage d'information et résolution de problème en collaboration entre une équipe interprofessionnelle d'intervenants et de champions dans des domaines tels que : recherche en santé, distribution des services de santé, éducation et politique de la santé. Des processus d'échange de connaissances efficaces supposent des interactions, des liens et des partenariats entre ces intervenants. Cet apprentissage mutuel se fait par le truchement du processus consistant à planifier, produire, disséminer, appliquer, évaluer

et réviser la recherche existante ou nouvelle et les pratiques directrices qui permettront une prise de décision fondée sur la preuve pour une meilleure prestation de services de santé et de meilleurs résultats sanitaires publique. (CPIS, 2007)

Synthèse des connaissances – la contextualisation et l'intégration des conclusions de recherche dans le cadre d'études techniques individuelles au sein de l'organisme global de connaissances sur le sujet. (CPIS, 2008)

Réseau – le terme réseau a plusieurs significations et utilisations. Dans le présent contexte, un réseau est soit « ...un groupe d'organisations autonomes qui s'unit pour atteindre des objectifs qu'aucune d'entre elles ne peut atteindre séparément » (Chisholm, 1998, p. xxi); soit « ...un groupe d'au moins trois organisations autonomes travaillant ensemble de part et d'autre de limites structurelles, temporelles et géographiques » (Huerta, Casebeer & VanderPlaat, 2006, p. 13); soit enfin, « ...la structure de relations entre personnes ou organisations...qui [permet] une plus grande facilité de mouvements au-delà de limites professionnelles, disciplinaires et organisationnelles...le contexte est la clé du succès » (FCRSS, s.d., p. 1).

Partenaire ou partenariat – le critère clé est une relation de collaboration entre de nombreuses organisations, y compris gouvernements, employeurs, fournisseurs de services et organismes internationaux, au sein de laquelle les risques et les profits sont partagés à la poursuite d'un objectif commun en santé. Les partenariats doivent être centrés sur les résultats et basés sur les besoins des clients. Tous les partenaires doivent partager la même vision et adhérer également au processus. L'essentiel consiste en des efforts de collaboration coordonnés pour élaborer et mettre en œuvre des plans visant à rassembler les connaissances et les ressources qui viennent combler les écarts dans la prestation de services de santé. Il ne peut pas y avoir de cloisonnements : tous les partenaires doivent être également valorisés, respectés et avantagés. (adapté de http://www.cprn.org/documents/48200_en.pdf et www.paho.org/English/D/WHO-AMRO-PartnershipsHealthDevelopment.pdf)

Intervenant – Groupes ayant un intérêt dans l'organisation et la prestation de soins de santé; ils dirigent, parrainent ou constituent eux-mêmes des consommateurs de recherche en soins de santé :

Plus forts ensemble :

Collaborer pour provoquer un changement dans l'ensemble du système

- 40 -

ce sont des patients, des praticiens de la santé, des organismes de financement et des décideurs. (USAID, 1999);

Les contributions de gens et d'organisations venant de divers horizons créent un potentiel pour la discussion portant sur différentes questions, et pour un échange ultérieur de connaissances et d'interprétation, pour de meilleures relations et pour une appréciation des questions et éléments apportés par les principaux intervenants. Cette participation active à pour résultat un meilleur processus de planification... il sera plus facile de repérer les écarts dans la prestation de programmes, et les groupes cibles auxquels on ne répond pas adéquatement. La participation d'autres organisations clés accroît également la base de connaissances, de compétences et de ressources... (Extrait de http://www.health.vic.gov.au/localgov/mphpfr/b_planning.htm#6.3)

Équipe – un groupe de personnes travaillant ensemble pour créer des produits ou dispenser des services pour lesquels ils sont mutuellement responsables. Les membres d'une équipe partagent des objectifs et sont mutuellement responsables de les atteindre, ils sont interdépendants dans leurs réalisations et ils influencent le résultat par leurs interactions réciproques. Étant donné que l'équipe est tenue collectivement responsable, le travail d'intégration réciproque est inclus parmi les responsabilités de chaque membre. (Mohrman, Cohen and Mohrman, 1995).

Travail d'équipe dans les soins aux patients – interaction ou relation d'au moins deux fournisseurs de soins qui travaillent indépendamment pour dispenser des soins aux patients. Un travail d'équipe signifie que les membres de l'équipe :

- * sont mutuellement dépendants
- * se voient travaillant en collaboration pour des soins centrés sur le patient
- * profitent du travail en collaboration dans la prestation des soins au patient
- * partagent l'information susceptible de conduire à une prise de décision commune
- * savent quand il faut avoir recours au travail d'équipe pour optimiser les soins centrés sur le patient

(Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006, p. 3)

RÉFÉRENCES

- Best A., J. Terpstra et G. Moor. *Conceptual Frameworks for Knowledge to Action: A Preliminary Discussion Paper*, Vancouver Coastal Health Research Institute, janvier 2008.
- Borduas, Francine, et coll. *Facilitating the Integration of Interprofessional Education into Quality Health Care: Strategic Roles of Academic Institutions*, soumis à Santé Canada, octobre 2006.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Au-delà des frontières, production de connaissances : les bienfaits d'une bonne discussion, Ottawa, (consulté le 26 mars 2007), <http://www.fcrss.ca>(2007), s. d.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. « Cette collaboration peut-elle être sauvée? vingt facteurs qui peuvent aider ou nuire aux efforts d'un groupe », *Saisir et Agir*, résumé d'un article rédigé par Paul Mattessich (mai 2007).
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Le travail en équipe dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada, 2006.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Glossaire, (consulté le 28 août 2008), http://www.chsrf.ca/ecus/glossary_f.php, s. d.
- Instituts de recherche en santé du Canada. *À propos de l'application des connaissances aux IRSC*, (consulté le 24 juillet 2008), <http://www.cihr.ca/f/29418.html>, s. d.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. Dissemination Strategy: Phase I – Draft for Implementation and Discussion, le 13 mai 2007, (consulté le 30 août 2008), http://www.cihc.ca/resources-files/CIHC_DS-May07.pdf.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. Definition of Knowledge Exchange, (consulté le 5 janvier 2009), http://www.cihc.ca/about/knowledge_translation/CIHC_DefKT_IPE_Sept2007.pdf, 2007b.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. Knowledge transfer and exchange in interprofessional education: synthesizing the evidence to foster evidence-based decision-making, (consulté le 5 janvier 2009), http://www.cihc.ca/resources-files/The_Evidence_For_IPEIPEIPE_July2008.pdf
- Centre for Advancement of Interprofessional Education. *Interprofessional education – the definition*, (consulté le 24 juillet 2008), <http://www.caipe.org.uk/about-us/defining-ipe/>, 2002.
- Chisholm, R.F. *Developing network organizations. Learning from practice and theory*, Reading, MA, Addison-Wesley, 1998.
- DiPiazza, Samuel Jr. Collaboration: The lifeblood of the responsibly-led organization, Une monographie spéciale réalisée à des fins de distribution au Forum économique mondial, Davos, Suisse, (janvier 2006).
- Earl, Sarah, Fred Carden et Terry Smutylo. *La cartographie des incidences*, Centre de recherches pour le développement international, 2002.
- Ferlie, Ewan, et Stephen Shortell. *Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change*, Milbank Quarterly, volume 79, no 2 (2001), p. 281-315.
- Ginsburg, L., S. Lewis, L. Zackheim et A. Casebeer. « Revisiting interaction in knowledge translation ». *Implementation Science*, volume 2, no 34 (2007). Article disponible à l'adresse <http://www.implementationscience.com/content/2/1/34>

Plus forts ensemble :
Collaborer pour
provoquer un
changement dans
l'ensemble du
système

- 41 -

Plus forts ensemble :

Collaborer pour provoquer un changement dans l'ensemble du système

- 42 -

- Greenhalgh, T., G. Robert, P. Bate, F. Macfarlane et O. Kyriakidou. *Diffusion of innovations in health services organizations: A systematic literature review*, Malden, MA, Blackwell Publishing, 2005.
- Greenhalgh, T., G. Robert, P. Bate, F. Macfarlane et O. Kyriakidou. *Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations*, *Milbank Quarterly*, vol. 82 (2004), p. 581-629.
- Hansen, Morton T, et Nitin Nohria. « How to Build a Collaborative Advantage », *MIT Sloan Management Review* (2005).
- Heurta, T.R., A. Casebeer et M. VanderPlaat. « Using networks to enhance health services delivery: Perspectives, paradoxes and propositions », *Healthcare Papers*, vol. 7, no 2 (2006), p. 10-26.
- Huxham, C. « Theorizing collaboration practice », *Public Management Review*, vol. 5 (2003), p. 401-423.
- Interprofessional Care Steering Committee. *Interprofessional Care: A blueprint for action in Ontario*, Professions Santé Ontario, juin 2007.
- Knowledge Exchange Initiative. *Framework Paper: The Knowledge Exchange Initiative*, (consulté le 10 août 2008), <http://www.bs.dk/showfile.aspx?IdGuid=%7B11CDE045-390C-4A2A-A49F-5C2E8FD3F44F%7D>, s.d.
- Landry, R., N. Amara, A. Pablos-Mendes, R. Shademani et I. Gold, I. « The knowledge-value chain: A conceptual Framework for knowledge translation in health », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, vol. 84, no 8 (2006), p. 597-602.
- Mattessich P. « Can this collaboration be saved? Twenty factors that can make or break any group effort », *Shelterforce Online*, vol. 129, (2003), <http://www.nhi.org/online/issues/129/savecollab.html>.
- Mohrman, S., S. Cohen et A. Mohrman. *Designing team-based organizations*, San Fransisco, Jossey-Bass, 1995.
- Parent R., M. Roy et D. St-Jacques. « A Systems-based Dynamic Knowledge Transfer Capacity Model », *Journal of Knowledge Management*, vol. 11, no 6 (2007), p. 81-93.
- Reeves, Scott, Joanne Goldman, Brenda Sawatzky-Girling et Andrea Burton. *Knowledge Transfer & Exchange in Interprofessional Education: Synthesizing the Evidence to Foster Evidence-based Decision-making*, Santé Canada, juillet 2008, http://www.cihc.ca/resources-files/The_Evidence_For_IPE_July2008.pdf.
- Tress, B., G. Tress et G. Fry. « Defining concepts and the process of knowledge production in integrative research », chapitre 2 dans *From Landscape Research to Landscape Planning: Aspects of Integration, Education and Application*, de B. Tress, G. Tress, G. Fry et G. Opdam, Dordrecht, les Pays-Bas, Springer, (2006).
- Van Kemmen, J., D. de Savigny et N. Sewankambo. « Using knowledge brokering to promote evidence-based policy-making: the need for support structures », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, vol. 84, no 8 (2006), p. 608 – 612.

