

Université de Montréal

**Les processus de dissémination et de création des
connaissances dans les organisations de santé : Le cas
du Bureau de transition du Centre universitaire de santé
McGill**

par Marie-France Duranceau

Département d'Administration de la santé
École de santé publique de l'Université de Montréal

Thèse présentée
en vue de l'obtention du grade de Ph.D.
en santé publique
option organisation des soins

Mai, 2016

© Marie-France Duranceau, 2016

Résumé

Les organisations de santé sont caractérisées par la complexité de leurs activités et un haut niveau de fragmentation des soins qui amènent inévitablement des enjeux de coordination de services. Le principal mécanisme de coordination à leur disposition, la standardisation des connaissances et de l'expertise, est un mécanisme à la fois essentiel, mais limité. Ainsi, le défi demeure pour une organisation de santé de favoriser une utilisation des connaissances à un plan organisationnel.

Le présent projet évalue *comment* une structure organisationnelle visant la mobilisation et l'utilisation des connaissances dans les prises de décision contribue à améliorer la coordination des services d'une organisation de santé. La recherche s'appuie sur un cas précis : le Bureau de soutien à la transition (BST) du Centre universitaire de santé de McGill (CUSM).

L'analyse utilise un cadre conceptuel de création des connaissances organisationnelles inspiré des travaux de Nonaka et al. Les données ont été récoltées à partir d'observations, d'analyses documentaires et d'entrevues. Cette évaluation fondée sur la théorie explique comment les processus de conversion des connaissances tacites et explicites permettent la création de nouvelles connaissances organisationnelles et contribue à l'amélioration de la coordination des services. L'évaluation démontre l'influence des facteurs contextuels sur les processus de création/utilisation de connaissances.

La recherche montre qu'il est nécessaire de conceptualiser différemment l'utilisation des données empiriques dans les prises de décision en mettant en évidence leur rôle spécifique dans le processus social de création des connaissances. Nous proposons une nouvelle typologie d'utilisation des connaissances dans les prises de décision. Nous démontrons également comment une structure organisationnelle comme le BST peut contribuer à la coordination des soins et services dans une organisation de santé. Les résultats enrichissent aussi le corpus de connaissances scientifiques sur la gouvernance et la transformation des organisations.

Mots-clés : coordination des soins de santé, création de connaissances, apprentissage organisationnel, utilisation des connaissances dans les prises de décision, évaluation d'implantation

Abstract

Health organizations are characterized by the complexity of their activities and a high level of care fragmentation that inevitably result in service coordination stakes. Their main coordination mechanism, knowledge and expertise standardization is an essential, but limited, mechanism. Thus, the challenge still stands for a health organization to promote knowledge utilization at an organizational level.

This project evaluates *how* an organizational structure aiming at mobilization and knowledge utilization in decision making helps to improve the coordination services in a health organization. This research relies on a specific case: the Transition Support Office (TSO) of the McGill University Health Center (MUHC).

The analysis uses a conceptual framework of organizational knowledge creation inspired by the work of Nonaka et al. Data have been collected by observations, documentary and interview analyses. This theory driven evaluation explains how the conversion process of tacit knowledge to explicit knowledge allows the dissemination and creation of new organizational knowledge and contributes to the improvement of service coordination. The evaluation demonstrates the influence of contextual factors on the processes of knowledge creation/utilization.

The research shows that it is necessary to otherwise conceptualize the use of empirical data in decision making by highlighting their specific role in the social process of knowledge creation. We propose a new knowledge use typology in decision making. We also show how an organizational structure like the TSO can contribute to the care and service coordination in a health organization. Results also enrich the scientific knowledge on governance and organization transformation.

Keywords : healthcare coordination, knowledge creation, organizational learning, knowledge uses in decision-making, implementation evaluation

Table des matières

Résumé	1
Abstract	3
Liste des tableaux.....	8
Liste des figures	9
Liste des sigles.....	10
Liste des abréviations.....	11
Remerciements.....	13
1. Problématique	15
1.1 Un système caractérisé par une fragmentation des soins et des services de santé.....	15
1.2 Les mécanismes d'intégration des organisations de santé.....	17
1.3 Les connaissances et l'expertise, un mécanisme de coordination	18
1.4 Une évaluation fondée par la théorie : le cas du Bureau de soutien à la transition (BST) du Centre de santé de l'université McGill (CUSM).....	21
1.5 Organisation de la thèse	23
2. Recension des écrits	24
2.1 Introduction	24
2.2 Connaissances et prise de décision	25
2.3 Modèles d'utilisation des connaissances.....	28
2.4 Définition de la connaissance organisationnelle.....	32
2.5 Perspectives : individuelle et collective.....	34
2.6 Apprentissage organisationnel et modèles de dissémination et de création de connaissances organisationnelles.....	37
2.7 Contribution du champ de la cognition collective (team cognition)	44
2.7.1 Modèle mental partagé (shared mental model).....	44

2.7.2 Mémoire transactive (transactive memory)	45
2.7.3 Caractéristique du modèle mental collectif (team mental model).....	46
2.7.4 Émergence, forme et contenu de la cognition.....	47
2.8 Déterminants favorisant l'apprentissage organisationnel.....	49
2.9 En conclusion.....	53
3 Le cadre conceptuel	56
3.1 Présentation du cadre conceptuel	57
3.2 Description des composantes du cadre conceptuel	57
3.2.1 Processus de création des connaissances.....	60
3.2.2 Modèle d'utilisation des connaissances.....	61
3.2.3 Les facteurs influençant le processus de création de connaissances et les effets obtenus	62
3.2.4 Les effets attendus de l'intervention	65
4 Méthodologie	66
4.1 But et questions de recherche	66
4.2 Type d'évaluation.....	66
4.3 Stratégie de recherche et devis	67
4.4 Instruments de mesure.....	70
4.5 Qualité des données	71
4.6 Analyse des données.....	71
4.7 Validité de la recherche	73
4.8 Ethique	74
5 Les résultats	75
5.1 Question 1 : Quelles sont les pratiques mises en place par le Bureau de soutien à la transition et comment ont-elles évolué?	75
5.1.1 Les pratiques du Bureau de soutien à la transition du Centre universitaire de santé McGill.....	75
5.1.2 La petite histoire de l'émergence d'une nouvelle structure organisationnelle : le BST.....	77
5.1.3 Les premières années : 2008-2011	79
5.1.4 Le Bureau de soutien à la transition : octobre 2012 à janvier 2013.....	80
5.1.5 Analyse	86

5.2 Le projet d'harmonisation des pratiques d'administration intraveineuses ..	89
5.2.1 Les débuts	90
5.2.2 La mise en place des activités du projet d'harmonisation des pratiques cliniques	93
5.2.3 Choix des critères préférentiels.....	95
5.2.4 Accord sur la méthode d'administration intermittente IV	96
5.2.5 Accord sur le processus d'évaluation.....	96
5.2.6 Harmonisation des pratiques cliniques et bibliothèque des médicaments.....	97
5.2.7 Une vision organisationnelle de la sécurité des patients	97
5.3 Question 2 : Quels sont les processus qui ont permis la création des connaissances et quels sont les facteurs ayant facilité ou empêché cette création de connaissances organisationnelles ?.....	102
5.3.1 Les modes du processus de conversion de connaissances.....	102
5.3.2 Facteurs ayant influencé le processus de conversion des connaissances.....	114
5.4 Question 3 : Quels sont les éléments contextuels qui ont influencé les effets obtenus par l'intervention du BST?	131
5.4.1 Contexte politique/économique.....	132
5.4.2 Contexte organisationnel	136
6 Discussion	142
6.1 Quelle conclusion tirer des résultats ? Une contribution à la pratique.....	144
6.1.1 Une utilisation des connaissances intégrée à la gestion de projet	145
6.1.2 Des espaces pour favoriser le processus de conversion des connaissances..	145
6.1.3 Le leadership	147
6.1.4 La dissémination des connaissances au-delà du projet.....	148
6.1.5 Un nécessaire équilibre.....	149
6.2 Un modèle conceptuel révisé d'utilisation des connaissances.....	150
7 Recherches futures	154
7.1 Une nouvelle typologie de l'utilisation des connaissances.....	154
7.2 Le leadership distribué, le leadership et les relations de pouvoir.....	154
7.3 Les processus et conditions nécessaires à la dissémination des connaissances au-delà du projet	156
7.4 Limites de la recherche.....	156

8 Conclusion.....	158
Bibliographie.....	i
Bibliographie de page Web.....	i
Annexe 1 - Grille d'entrevue : Direction et chargé de projet	ii
Annexe 2 - Grille d'entrevue - Courtiers en connaissances et analystes de processus	i
Annexe 3 - Grille d'entrevue - Chargé de projet-Projet intraveineuse	i
Annexe 4 - Grille d'entrevue - Participants projet IV	i

Liste des tableaux

TABLEAU 1 MODÈLE DE CRÉATION DES CONNAISSANCES ORGANISATIONNELLES ET SES FACTEURS	64
TABLEAU 2 MODÈLE D'UTILISATION DES CONNAISSANCES	62
TABLEAU 3 COLLECTE DE DONNÉES	70
TABLEAU 4 STRATÉGIES D'ANALYSE DES DONNÉES	73
TABLEAU 5 LES PRÉSENCES AUX RÉUNIONS	92
TABLEAU 6 LES 5 ACTIVITÉS DU PROJET D'HARMONISATION DES PRATIQUES IV	101
TABLEAU 7 RÉCAPITULATIF DES FACTEURS INFLUENÇANT LE PROCESSUS DE CONVERSION DES CONNAISSANCES	126
TABLEAU 8 DÉTERMINANTS CONTEXTUELS	141

Liste des figures

FIGURE 1 CADRE CONCEPTUEL DE CRÉATION DES CONNAISSANCES ET D'UTILISATION DES CONNAISSANCES DANS LES PRISES DE DÉCISION	59
FIGURE 2 ACTIVITÉS ET DES DÉCISIONS DU COMITÉ D'HARMONISATION DES PRATIQUES ET DU COMITÉ DE COORDINATION	93

Liste des sigles

BdP :	Bureau de projet
BST :	Bureau de soutien à la transition
CUSM :	Centre universitaire de santé McGill
DG :	Directeur général
EBM :	Evidence Based Medicine
FCRSS :	Fondation canadienne de recherche sur les services de santé
GRIS :	Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
IRSC :	Instituts de recherche en santé du Canada
ISPM :	Institute for Safe Medication Practices
MGH :	Montreal General Hospital
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MUHC :	Montreal University Hospital Center
IV PCA :	Intravenous Patient Controlled Analgesia
RH :	Ressources humaines
RVH :	Royal Victoria Hospital
TI :	Technologie de l'information
TSO :	Transition Support Office

Liste des abréviations

Adj. : Adjectif

Art. : Article

Etc. : Et cætera

*Je dédie cette thèse à mon clan,
Nicolas, Justine, Frédérique, Henri et Élisabeth*

Remerciements

«*La qualité première d'une thèse est d'être terminée*». Cette phrase de mon directeur de thèse, François Champagne, fut mon ancrage, mon objectif principal dans les derniers mois d'écriture de cette thèse. Elle est le résultat d'un long processus parfois difficile il est vrai, mais néanmoins transformateur. Je n'aurais pu réaliser ce projet doctoral sans le soutien de nombreuses personnes, dont la générosité et l'intérêt m'ont permis de cheminer dans mon apprentissage de chercheure.

Je tiens à remercier tout particulièrement les membres de mon comité de thèse : mon directeur François Champagne et mes co-directeurs, Jean-Louis Denis et Mélanie Lavoie-Tremblay pour la confiance qu'ils m'ont accordée en acceptant de me diriger dans mon projet de recherche. Je me considère privilégiée d'avoir eu un comité de thèse combinant une si riche expertise et expérience. Vous m'avez assuré un encadrement rigoureux tout en me laissant une liberté pour trouver ma propre voie. Vous avez été d'une grande disponibilité et vos commentaires et discussions m'ont permis d'avancer continuellement dans les étapes de cette recherche. Merci de m'avoir appuyée, outillée et éclairée.

Je tiens à exprimer ma gratitude à Marie-Claire Richer, Patricia Lefebvre et Madeleine Boulay-Bolduc pour avoir ouvert grandes les portes du Bureau de soutien à la transition du CUSM et ainsi facilité mon projet de recherche. Votre enthousiasme et professionnalisme étaient contagieux et ont alimenté ma curiosité tout au long de ma recherche

Un grand merci également à l'équipe du BST pour sa générosité à participer aux entrevues et à m'inclure dans leur équipe de travail. Je vous suis reconnaissante pour votre inestimable collaboration lors de la collecte de données.

Finalement, mon projet de thèse de doctorat n'aurait pas eu lieu sans le soutien financier de la Chaire de recherche du Canada sur la gouvernance et la transformation des organisations et systèmes de santé (GETOSS) en collaboration avec le GÉPPS.

Pour cette fin de parcours, je tiens à remercier Josée Tessier pour ses relectures, ses corrections et son aide inestimable à la mise en page de ma thèse. J'avais besoin de ce soutien pour amorcer la fin de cette rédaction.

Un merci spécial à ma collègue et amie, Geneviève Ste-Marie. Merci pour ton soutien et ton écoute. Tu as été une fée dans mon parcours professionnel.

Cette thèse n'aurait jamais abouti sans tout l'amour que je reçois de mes enfants, de toute ma famille et de mes amis. Merci pour ce filet que vous avez si bien tissé autour de moi alors que je vacillais. Vous m'avez aidée bien plus que vous ne pourrez jamais l'imaginer.

En terminant, je tiens à remercier mon compagnon de vie, Nicolas. Je n'aurais pu embarquer dans cette aventure sans ton soutien et ton aide. Merci d'avoir cru en moi, même quand je doutais, merci d'avoir accepté tous ces jours où j'étais absente d'esprit, merci de m'avoir donné cette liberté de mener mon projet à terme.

1. Problématique

Any organization that deals with a changing environment ought not only to process information efficiently, but also to create information and knowledge (Nonaka, 1994 :14)

1.1 Un système caractérisé par une fragmentation des soins et des services de santé

Le domaine de la santé publique accorde une attention particulière à la gouvernance et à la gestion des organisations de santé. Les nombreux efforts humains et financiers, l'ampleur du secteur, les attentes de la population justifient l'intérêt accordé au fonctionnement des systèmes de santé. Plus encore, les organisations de santé agissent comme un déterminant de santé important dans nos sociétés. Les systèmes de santé et les organisations qui ont la responsabilité de prodiguer les services sont considérés comme des leviers essentiels pour agir sur la santé des populations. (Agence de santé publique du Canada : 2011) Ainsi, les modalités de gouvernance et d'organisation des services de santé sont régulièrement évaluées et repensées afin de pallier les déficiences perçues dans l'accessibilité et la continuité des soins à la population.

Néanmoins, l'image qui se dégage des organisations de santé est celle d'un constant état de réformes ou de changements (Lamothe et Dufour, 2007). Par exemple, nos organisations de santé font face à de nombreux défis pour assurer l'accessibilité et la qualité des soins ainsi que leur pérennité. Au coeur de ces préoccupations, la fragmentation du système apparaît comme une cause importante du gaspillage de ressources, de l'augmentation constante des coûts et de la mauvaise qualité des soins (WHO : 2000, Contandriopoulos et al : 2001 ; Stange, 2009 ; Shaw et Rosen, 2013). La fragmentation est un problème reconnu, mais les solutions ne semblent pas évidentes malgré les nombreuses réformes et efforts mis en place pour le régler. Il existe un consensus auprès des élites canadiennes que les soins de santé devraient être mieux intégrés afin de fournir une continuité de soins au sein des différentes organisations de santé (Lamothe et Dufour, 2007; Lavoie-Tremblay et al, 2012). Ce constat est confirmé par le corpus scientifique sur les organisations de santé (Mintzberg,

1979, Glouberman et Mintzberg , 2001; Lamothe et Dufour, 2007; Denis et al, 2012; Stange , 2002, 2009). L'intégration est devenu un des moyens privilégiés par lequel « les sociétés développées, partout au monde espèrent maîtriser les tensions et les contradictions qui sont à l'origine des dysfonctionnements de leur système de santé» (Contandriopoulos et al, 2001 : 39).

De nombreuses études démontrent que les organisations de santé sont caractérisées par la complexité des activités et un haut degré de fragmentation des soins. La spécialisation, la formulation de diagnostics et de traitements ont contribué à augmenter le problème de coordination (Plesk et Greenhalgh, 2001; Shaw et Rosen, 2013). Malgré de nombreuses ressources humaines et matérielles consacrées à améliorer ce problème, les organisations de santé continuent à afficher de faibles degrés d'intégration, la fragmentation et le cloisonnement demeurent les caractéristiques principales des systèmes de santé. Il n'existe pas de consensus sur les solutions pour régler ou pour réduire le problème de fragmentation, mais de plus en plus on reconnaît qu'il s'agit d'un problème qui reflète la nature complexe des organisations de santé. De plus en plus de voix s'élèvent pour affirmer que le système de santé doit être compris comme un tout et non pas seulement comme la somme des parties (Contandriopoulos et al, 2001 ; Stange, 2002). La fragmentation est un problème multidimensionnel et plusieurs solutions sont possibles, mais elles demandent des actions prenant en compte le contexte et agissant à divers plans (systémique, organisationnel, clinique). Or, la plupart des tentatives pour résoudre la fragmentation se limitent à des interventions se concentrant sur des problèmes précis et unidimensionnels de coordination sans jamais se pencher sur l'ensemble de l'organisation (Stange, 2002) et sans comprendre suffisamment le « pourquoi » de la fragmentation (Shaw et Rosen, 2013).

Certains auteurs ont défini la fragmentation comme étant un « *wicked problem* in that it is a longstanding and complex social problem for which it is difficult to produce a definitive formulation » (Shaw et Rosen, 2013 :61). Stange l'a décrit comme un problème important, mais invisible « leading well intentioned actions to unintended consequence of making things worse » ! (Stange, 2009 :101). Il ne s'agit donc pas d'un problème à prendre à la légère.

Les solutions aux problèmes de fragmentations des soins de santé nécessitent la mise en place de processus pour améliorer la capacité des organisations à s'adapter, à innover et à promouvoir une meilleure qualité de soins.

1.2 Les mécanismes d'intégration des organisations de santé

Les conséquences de la fragmentation sont bien connues, mais pour en comprendre les causes il est nécessaire de s'attarder aux caractéristiques du fonctionnement des organisations de santé, plus précisément aux mécanismes de coordination qui façonnent les organisations de santé. Dans les dernières décennies, les travaux de Mintzberg sur les structures organisationnelles ont contribué à une meilleure compréhension des caractéristiques propres aux organisations de santé et aux nombreux défis de coordination qui distinguent ses opérations quotidiennes (Mintzberg, 1979, Glouberman et Mintzberg, 2001). L'auteur et ses collaborateurs ont établi six mécanismes d'intégration et de coordination qui façonnent les activités des organisations. Ainsi, l'ajustement mutuel correspond à la forme la plus simple de coordination alors que deux individus s'adaptent l'un à l'autre, habituellement dans un cadre de communications informelles. La supervision directe implique la présence d'une personne dont la responsabilité est d'assurer la coordination sans avoir à effectuer le travail (par exemple, un superviseur, un administrateur). Les quatre autres mécanismes identifiés par Glouberman et Mintzberg (2001) ont trait à la standardisation : celle des procédures, celle des résultats, celle des habiletés et des connaissances et finalement la standardisation des normes (valeurs et croyances communes). S'inspirant des travaux de Mintzberg, mais allant au-delà des caractéristiques organisationnelles, Denis et al (1999) proposent une vision plus nuancée des organisations professionnelles. Ils incluent des notions de coordination informelle et de gestion partagée et de relations de pouvoir entre les professions : les unités d'opérations émergentes (emergent operating units), les influences professionnelles différenciées (differentiated professional influence) et le contrôle managérial dilué (diluted managerial control). Les études empiriques (Lamothe, 1996) ont démontré la présence de formes de coordination informelles entre les professionnels produisant une multitude de groupes professionnels semi-autonomes. Ces formes plus organiques coexistent avec les structures formelles de coordination (Denis et al, 1999). Traditionnellement, les médecins en tant que groupe professionnel ont exercé une emprise dominante sur la gestion et le contrôle des ressources au sein des organisations de santé. Cette position dominante par rapport aux autres professionnels a contribué à leur assurer une position privilégiée dans les négociations avec les

groupes administratifs. Il en résulte une gestion prise entre deux forces. D'un côté un groupe de professionnels (médecins) maintenant un contrôle sur leurs ressources et d'un autre côté, une administration tentant d'améliorer le contrôle des opérations à partir d'un contrôle partiel des ressources. Plusieurs auteurs (Lamothe, 1996, Mintzberg, 1979, 1996, Denis et al, 1999) ont démontré que l'administration dans les bureaucraties professionnelles est souvent contrainte à exercer un contrôle indirect limité aux structures organisationnelles et aux incitations monétaires ou matérielles. Ces caractéristiques contribuent à maintenir une forme de statu quo et à rendre difficiles les véritables changements organisationnels qui affectent les caractéristiques profondes des systèmes de santé (Contandriopoulos et al, 2001). Les organisations de santé se distinguent par une structure de pouvoir dispersée et diffuse, des acteurs autonomes et interdépendants et par la présence d'incertitude liée à un environnement instable. Les rapports de pouvoirs contraignent la capacité d'agir des gouvernements et des administrations et en rendent les processus décisionnels plus laborieux et conflictuels (Champagne et Lemieux-Charles, 2004).

Dans cette optique, les réformes, comme les fusions organisationnelles, semblent éternellement vouées à l'échec si elles n'influent pas sur les caractéristiques propres au fonctionnement des organisations de santé. Jusqu'à présent, les fusions institutionnelles ont été l'instrument politique privilégié par les gouvernements pour améliorer l'intégration des soins et des services (Gagnon et al, 2011), s'appuyant sur l'idée qu'en agissant sur l'organisation de la gouvernance des institutions de santé, on pourra mieux intervenir sur la prestation des soins et des services. Or, malgré les efforts, les modifications à la gouvernance n'ont pas réussi à modifier les rapports de forces et les mécanismes intrinsèques au fonctionnement de l'organisation de santé. Pour favoriser l'intégration et améliorer l'efficacité, il faut s'attarder aux mécanismes de coordination des organisations de santé.

1.3 Les connaissances et l'expertise, un mécanisme de coordination

Ainsi, un des principaux mécanismes de coordination des systèmes de santé est la standardisation des connaissances et de l'expertise. Ces dernières sont la responsabilité des ordres professionnels et la formation académique. C'est dire que le principal mécanisme de

coordination échappe en quelque sorte au contrôle de l'organisation de santé. C'est particulièrement vrai pour les médecins, mais aussi dans une moindre mesure pour les autres professionnels.

Ce mécanisme de coordination est à la fois efficace et limité. Efficace car la coordination fondée sur des connaissances et l'expertise permet à un groupe défini de fonctionner selon des standards établis par leur profession et dans une grande autonomie. C'est un puissant mécanisme de formation car il permet la transmission d'habiletés, mais également de valeurs. Par contre, ce mécanisme est limité car il permet peu de coordonner les activités complexes. Il doit s'accompagner d'une communication informée intégrée à une forte culture organisationnelle (valeurs et normes communes) (Glouberman et Mintzberg, 2001 : 73, Contandriopoulos et al, 2001).

Ainsi, l'utilisation des connaissances est un enjeu central pour les organisations de santé. Cette caractéristique n'est pas propre aux systèmes de santé et nombreux sont ceux qui affirment que la question de la connaissance est au coeur des défis de toutes les sociétés industrialisées. La production, la dissémination, la conversion et l'utilisation des connaissances sont des activités qui se trouvent au cœur du développement économique et qui sont habituellement associées à l'innovation et au progrès. Pour les organisations de santé, cette question revêt une importance particulière car elle est liée à leur capacité d'adaptation et d'innovation. Ainsi, la préoccupation pour l'augmentation de l'utilisation des connaissances dans les prises de décision s'inscrit dans cette volonté d'améliorer la gestion des connaissances dans le but d'améliorer la capacité des organisations à gérer le changement et à innover.

Depuis plus de 30 ans, la connaissance est un concept clé dans les recherches sur les organisations comme le confirme le nombre important d'études théoriques et empiriques sur les connaissances (Barette et al, 2012; Nonaka et Von Krogh, 2009; Alavi et Leidner. 2001). La plupart des travaux ont porté sur l'avantage économique que procure la gestion de la connaissance dans des environnements complexes et sur la capacité des organisations à transférer cette connaissance au sein des organisations (Rashman et al, 2009). Or, la plupart des études ont porté sur les organisations privées. Rashman et al (2009) dans une revue de littérature sur l'apprentissage organisationnel dans les organisations publiques ont démontré qu'il existe peu de données empiriques pour confirmer l'hypothèse stipulant que

l'apprentissage organisationnel est essentiel au succès des organisations publiques. Les auteurs ont démontré le besoin d'étudier le contexte spécifique des organisations publiques.

Un grand nombre de ressources financières et humaines ont été déployées dans les dernières décennies pour promouvoir l'utilisation des connaissances scientifiques dans les prises de décision dans le domaine de la santé. À titre d'exemple, la Fondation canadienne pour la recherche sur les services de santé (FCRSS) et SEARCH Canada ont mis sur pied des programmes pour soutenir l'utilisation des données probantes auprès des cadres du système de santé. L'utilisation des connaissances scientifiques est un défi reconnu par la plupart des organisations de santé et il n'est pas rare de la voir inscrite dans les documents stratégiques (par exemple, National Forum on Health de santé Canada et l'énoncé de mission du ministère de santé de l'Alberta). Champagne et Lemieux-Charles (2004), dans un ouvrage collectif sur les différentes perspectives de l'utilisation des connaissances dans le domaine de la santé, ont démontré à quel point cette question a suscité une vaste littérature dans de nombreuses disciplines de sciences sociales. Un grand nombre d'études ont porté sur l'utilisation des données scientifiques par les professionnels de la santé et elles ont conduit à élaborer plusieurs outils dans différents champs disciplinaires pour améliorer cette compétence auprès des professionnels et des gestionnaires (Lavis et al., 2003; Grimshaw et al., 2002).

Ces études portaient principalement sur le développement individuel et offraient très peu d'information sur l'utilisation des connaissances au plan organisationnel. Des études récentes ont démontré la nécessité de mieux comprendre la nature des déterminants contextuels qui favorisent son utilisation et comment cette utilisation peut se « propager » dans une organisation (Champagne et Lemieux-Charles, 2004, Contandriopoulos et al., 2010). Plus récemment, une étude (Champagne et Lemieux-Charles, 2011) sur l'impact organisationnel de deux programmes visant à accroître les compétences et le leadership des gestionnaires en santé dans l'utilisation des données probantes a souligné l'importance de certaines caractéristiques organisationnelles pour favoriser la dissémination des connaissances. À l'instar d'autres études, (Beyer et Trice, 1982; Langley et al, 1995; Champagne et Lemieux-Charles, 2004) cette recherche a conclu à la nécessité de mieux comprendre les caractéristiques et les processus organisationnels permettant de développer une capacité organisationnelle à gérer la connaissance. Plusieurs chercheurs (Nonaka, 1994; Nonaka, von Krogh, Voepel, 2006;

Strauss, Tetroe et Graham, 2009) ont développé des modèles théoriques qui déterminent les caractéristiques favorisant l'apprentissage organisationnel.

La question du développement de connaissances organisationnelles est au cœur d'une riche littérature qui est dispersée dans de nombreux domaines de recherches : la gestion des organisations, la cognition collective, l'apprentissage organisationnel, le transfert de connaissances, etc. Ces différents domaines scientifiques ont produit un nombre incalculable d'écrits et d'études sur le développement de connaissances organisationnelles. Pourtant, le concept reste à plusieurs égards insaisissable et rend difficile de généraliser les résultats (Nonaka et von Krogh : 2009). Des recherches demeurent nécessaires pour mieux définir le concept de connaissance et comprendre les processus nécessaires pour développer des capacités organisationnelles d'utilisation des connaissances dans les organisations. Ces connaissances sont au cœur de la dynamique des relations dans les organisations de santé. En effet, l'utilisation des connaissances est importante pour améliorer la coordination et l'intégration des soins et des services de santé.

1.4 Une évaluation fondée par la théorie : le cas du Bureau de soutien à la transition (BST) du Centre de santé de l'université McGill (CUSM)

Les sections précédentes ont démontré l'importance du problème de fragmentation des soins et de manque de coordination des activités au sein des organisations de santé. De nombreuses solutions aux problèmes ont été envisagées et la littérature est abondante à ce sujet. Tant les résultats des études scientifiques que les acteurs clés des systèmes de santé reconnaissent l'importance d'intégrer les soins de santé. Néanmoins, le défi demeure à savoir comment le faire. Il n'existe pas de solutions simples car le problème reflète la nature complexe des organisations de santé.

Par contre, on reconnaît généralement qu'un des mécanismes qui favorise la coordination des soins est la standardisation et l'utilisation des connaissances au sein des organisations de santé.

C'est dans ce contexte que le cas du Bureau de soutien à la transition (BST) du Centre de santé de l'université McGill (CUSM) est apparu particulièrement intéressant et innovant.

Le BST a été mis sur place, en 2008, pour assurer l'intégration des activités administratives et cliniques dans le cadre du projet de construction d'un méga hôpital. Cette structure originale avait comme objectif d'augmenter la coordination en utilisant un mécanisme d'utilisation des connaissances pour standardiser les connaissances et ainsi améliorer la coordination des pratiques.

Il n'existe pas d'étude sur les retombées de ce genre d'outils organisationnel dans les organisations de santé pour régler les problèmes de coordination. Le BST du CUSM constitue donc une occasion unique d'étudier en profondeur un processus de création de capacités organisationnelles basées sur l'utilisation des connaissances dans une organisation de santé. Une description détaillée du BST du CUSM est faite dans le chapitre 5.

Le présent projet de recherche utilise une approche d'évaluation fondée sur la théorie (*theory driven evaluation*) pour étudier en détail les mécanismes d'action et les conditions d'action qui permettent la standardisation des connaissances dans un objectif d'amélioration de la coordination des pratiques. Cette approche évaluative stipule que toute intervention repose sur une « théorie », explicite ou non, qui prévoit comment une intervention fonctionne et comment les résultats sont obtenus (Roger et al : 2005; Coryn et al : 2011). L'explication de cette théorie (qu'on peut aussi appeler modèle théorique ou modèle logique) peut servir de guide dans l'ensemble des étapes de la recherche évaluative, des questions de recherche, à la méthode utilisée et à l'interprétation qui sera faite des résultats obtenus. L'approche d'évaluation fondée sur la théorie est détaillée dans le 3^e chapitre sur le cadre conceptuel.

Dans une évaluation fondée sur la théorie, l'évaluateur doit élaborer un modèle théorique plausible à partir des connaissances scientifiques les plus appropriées à l'objet de l'évaluation. L'objectif de la recension des écrits est d'identifier ces connaissances. Dans notre cas, elle vise à améliorer notre compréhension du phénomène d'apprentissage organisationnel et d'utilisation des connaissances dans les prises de décision afin de définir la meilleure « théorie » pour représenter les mécanismes et conditions d'action plausibles du BST. Pour ce faire, nous aurons recours à la littérature du domaine de la mobilisation des connaissances, de l'apprentissage organisationnel et de l'utilisation des connaissances dans les prises de décision.

Le but de ce projet de recherche est de comprendre comment une structure organisationnelle visant la mobilisation et l'utilisation des connaissances dans les prises de

décision contribuent à la création de connaissances organisationnelles et ainsi potentiellement à l'amélioration de la coordination des soins et services de santé.

1.5 Organisation de la thèse

Le premier chapitre décrit la problématique. Le deuxième chapitre présente la recension des écrits. Les conclusions de la recension nous amènent à développer un cadre conceptuel dans le troisième chapitre alors que quatrième chapitre décrit la méthodologie de cette recherche évaluative.

Le cinquième chapitre présente les résultats aux trois questions de recherche : l'évolution des activités du BST et du projet d'administration intraveineuse des médicaments au CUSM, l'analyse du processus de conversion des connaissances et ses facteurs d'influence et l'analyse des éléments contextuels qui ont influencé les effets obtenus par l'intervention.

Le sixième chapitre qui comprend la discussion démontre les contributions pratiques et théoriques de la recherche.

Le chapitre sept propose des pistes de futures recherches et expose limites de la recherche. Finalement, la thèse se termine avec une conclusion sur la manière d'élaborer des mécanismes de mobilisation des connaissances pour améliorer la coordination des services et des soins de santé.

2. Recension des écrits

2.1 Introduction

La question du lien entre la connaissance et la pratique dans le domaine de la santé n'est pas une nouvelle préoccupation et on la retrouve à l'origine de nombreux débats dans plusieurs disciplines (Van de Ven et Schomaker, 2002). À la base de ce questionnement se trouve le désir de concevoir une utilité « pratique » à la connaissance. L'application des connaissances est intimement liée à trois concepts : le savoir (*know*), le faire (*doing*) et, faisant le lien entre les deux, l'utilisation (*use*). Ces trois concepts ont produit une vaste littérature qui s'est perfectionnée avec des angles différents selon les perspectives. Si cette question n'est pas nouvelle, elle a connu un essor sans précédent dans les 50 dernières années dû, notamment, à l'intérêt porté par différents champs disciplinaires pour l'utilisation des connaissances. Un des plus importants est probablement représenté par *l'evidence based medicine* (EBM), concept qui a été créé par les épidémiologistes de l'université de McMaster dans les années 90 (Haynes, 2004). Et si ce développement ne peut pas être considéré comme le point de départ de l'utilisation des évidences scientifiques dans la pratique, sa popularité a clairement contribué à en faire un enjeu majeur en santé. Cette préoccupation a pris de l'ampleur dans divers champs disciplinaires, entre autres en sociologie, en politique et en gestion, et a résulté en de nombreux écrits sur l'utilisation des connaissances dans des champs hors du domaine clinique (Champagne et Lemieux-Charles, 2004; Contandriopoulos et al, 2010). Les sciences sociales ont généré un corpus de connaissances impressionnant sur la question des connaissances en lien avec la prise de décision. La vaste littérature sur le sujet a démontré à quel point la relation entre la connaissance et la pratique dans les organisations s'insère dans de nombreux débats et réflexions scientifiques (Rashman, Withers et Hartley, 2009; Barette et al, 2012; Nonaka, von Krogh et Voelpel, 2006).

Dans le cadre du présent projet de recherche, nous nous intéressons à l'utilisation des connaissances comme mécanisme de coordination des organisations de santé. Ce sujet pose, d'entrée de jeu, la question de la définition de l'utilisation des connaissances dans une

perspective organisationnelle, mais aussi de son utilisation dans le contexte précis de la prise de décision. Peu d'études empiriques se sont penchées sur l'utilisation des connaissances par les organisations, c'est-à-dire sur la manière dont les organisations apprennent et utilisent les connaissances. La plupart des écrits ont pris comme locus l'individu apprenant au sein d'un groupe ou d'une organisation. Or, nous postulons dans un premier temps qu'il existe des connaissances organisationnelles indépendantes des connaissances des individus et, dans un deuxième temps, que ces connaissances organisationnelles sont structurantes dans les processus de coordination, mais aussi d'innovation des organisations.

La revue des écrits adopte une perspective multidisciplinaire nécessaire pour améliorer la compréhension, non seulement du concept de connaissances organisationnelles, mais surtout des processus et mécanismes qui permettent à ces connaissances d'être créées et disséminées au sein des organisations afin d'être utilisées dans la pratique.

Nous examinons ensuite les principaux concepts liés à l'utilisation des connaissances par les organisations. La première section porte sur la prise de décision managériale et son lien avec l'utilisation des connaissances. La deuxième partie présente les modèles traditionnels d'utilisation des connaissances dans les prises de décision, pour ensuite explorer le concept de l'utilisation avec une dimension organisationnelle. La troisième section porte sur la définition des connaissances dans une perspective individuelle et organisationnelle et la distinction avec le concept d'apprentissage. La quatrième section présente des modèles d'apprentissage organisationnel et finalement la dernière partie revoit les concepts principaux des théories de cognition collective et leurs influences sur les modèles d'apprentissages collectifs.

2.2 Connaissances et prise de décision

Management is always a decision making process (Drucker :1954 :351).

La prise de décision est un processus complexe et difficile à cerner, mais nécessaire dans les organisations. Comme certains auteurs l'ont mentionné (Drucker, 1954, Simon 1959), on peut prétendre que toute action dans une organisation résulte en fait d'un processus de décision. La littérature sur la prise de décision en gestion a fait de l'utilisation des connaissances un enjeu central dans la prise de décision. Dans la perspective d'une prise de décision managériale qui prend en compte la connaissance, cette littérature s'est intéressée à

ce qui influence les gestionnaires dans leur décision. Alors qu'on a longtemps évalué la décision sous l'angle de la rationalité, il est maintenant reconnu depuis Simon (1959) que la rationalité absolue est impossible à obtenir. L'approche traditionnelle était basée sur un modèle classique de rationalité économique qui stipule que les acteurs cherchent à optimiser leurs résultats dans un contexte où les choix valeurs et opportunités sont connus (Sonesh, Rico et Salas, 2013). Cette conception a été très vite critiquée pour sa faiblesse à tenir compte du contexte et des caractéristiques particulières des décisions (Orasanu et Connolly, 1993). Les modèles naturalistes de prise de décision ont représenté une réponse à ces critiques. Un des pionniers dans ces approches est Klein et al. (1993) qui a introduit un modèle proposant d'étudier le processus de décision en tenant compte des contraintes de l'environnement (ressources limitées, objectifs stratégiques confus, information incomplète, etc.). Dans ces modèles, la décision est comprise comme un processus social complexe qui est influencé par les individus, mais surtout par les facteurs contextuels. Plus intéressant encore, cette perspective a établi une compréhension des relations de pouvoir existantes dans toute négociation et prise de décision. Ainsi, les connaissances sont non seulement le résultats d'un jugement sur des informations à partir d'un contexte particulier ou d'une théorie, elles sont le résultat de négociations qui reflètent la présence de relations de pouvoir inéquitables et particulières au contexte de la décision (Pettigrew, 1973, Crozier, 1977).

La littérature organisationnelle sur les prises de décision s'est aussi intéressée à la question du jugement. Dans cette perspective, le débat entre Simon (1959) et Mintzberg (1976) sur l'intuition démontre à quel point, si les auteurs s'entendent en général sur la présence du jugement dans la décision, ils ne s'entendent pas sur la définition du terme. Pour Mintzberg (1976), l'intuition est un processus de la pensée qui est distincte de l'analyse rationnelle. Simon, au contraire, rejette cette notion de séparation entre l'analyse et une autre forme de pensée. Cette divergence sur l'intuition démontre qu'au-delà de l'information rationnelle, plusieurs théoriciens reconnaissent l'existence d'une « autre chose » qui vient structurer la décision. Est-ce de la créativité (Mintzberg, 1976, 1979), une connaissance tacite/pratique (Nonaka et Takeuchi, 1995) ou une expertise (Klein et al, 1993)? La question de l'expertise est particulièrement pertinente dans le contexte du professionnalisme qui caractérise le domaine de la santé. Les sciences cognitives ont étudié, notamment, les décisions d'experts et ils ont démontré que les experts prenaient des décisions différentes des

novices, que leurs processus de décision étaient plus efficaces, efficaces et flexibles, mais, en contrepartie, que les connaissances utilisées étaient plus difficiles à modifier (Farand et Arocha, 2004).

La littérature associée aux courants d'*evidence based medicine* et *evidence based nursing* a mis en valeur une conceptualisation de prise de décision spécifique centrée sur les données probantes, c'est-à-dire les données scientifiques issues de la recherche (Estabrooks, Scott-Findlay et Winther, 2004). Il s'agit d'une forme très spécifique des connaissances. Les principaux débats ont porté (et portent toujours) sur la crédibilité scientifique des évidences scientifiques, les études randomisées ayant longtemps eu l'apanage de la forme la plus crédible d'évidence scientifique. Les débats ont évolué et la mise en valeur de l'*evidence base management* a contribué à élargir la définition des évidences pour inclure des données probantes issues de la recherche en sciences sociales, la littérature grise, et ainsi élargir les débats sur la « qualité des données » en étudiant les relations entre le contexte et les résultats de recherche.

Pour certains auteurs, les données probantes sont des faits (provenant de l'expérience ou de l'observation) qui sont toujours contextuels. Leurs valeurs proviennent de la fiabilité des données. Cette notion rejoint le critère de qualité scientifique. (Lavis et al, 2009). Selon la perspective adoptée par la FCRSSS, il existe différents types d'évidence qui s'inscrivent dans un continuum allant des données de recherche robustes à d'autres formes de connaissances plus colloquiales (expertise, valeur, jugement, etc.).

The findings of high quality, methodologically appropriate research are the most accurate evidence. Because research is often incomplete and sometimes contradictory or unavailable, other kinds of information are necessary supplements to or stand-ins for research. The evidence base for a decision is the multiple forms of evidence combined to balance rigour with experience – while privileging the former over the latter (CHRF, 2005: 9).

Ces modèles de décisions restent, somme toute, rationnels c'est-à-dire qu'on attend de l'acteur qu'il agisse rationnellement en cherchant l'information et en l'utilisant afin d'avoir une décision effective (Baker, Ginsburg et Langley, 2004). Or ces théories ont été critiquées principalement pour leur propension à mettre l'emphase sur une utilisation directe et rationnelle des connaissances en ne tenant pas compte d'un

aspect plus politique et des caractéristiques du contexte de décision (contrainte de temps, d'argent, objectifs incertains, etc.).

Ainsi, il appert que les différents courants théoriques sur la connaissance et la prise de décision démontrent que l'utilisation des connaissances est seulement en partie un processus rationnel et qu'il s'inscrit dans un contexte social et politique précis. Mais qu'importe la perspective adoptée, la connaissance apparaît comme partie intégrante de la prise de décision.

Cette idée d'utilisation n'est pas simple et autour d'elle s'est formé tout un champ d'études précisément sur l'utilisation des connaissances dans les prises de décision (Polanyi et Maciver, 1957; Parsons, 2001; Weiss, 1979) qui a, entre autres, cherché à connaître par quel processus les connaissances peuvent être utilisées, et à savoir quels sont les obstacles et les moyens pour y parvenir. La section suivante présente les principaux modèles d'utilisation des connaissances.

2.3 Modèles d'utilisation des connaissances

Si l'importance dans la littérature du concept d'utilisation des connaissances est bien démontrée, on remarque une certaine confusion autour du terme « utilisation ». En effet, qu'entend-on par utilisation des connaissances ? Carol Weiss (1979) a joué un rôle de pionnier en élaborant une typologie des modes d'utilisation de la recherche dans les décisions sur des programmes sociaux. Elle a distingué sept modèles :

- *le modèle tiré par la connaissance* : il s'agit d'un modèle linéaire où le simple fait que la recherche a produit un résultat conduit à sa prise en compte et à son utilisation par les décideurs.

- *le modèle de résolution des problèmes* : ce modèle part d'un problème social à résoudre et d'une décision politique à prendre par les décideurs. La recherche sert alors à identifier et sélectionner des réponses (soit déjà existantes, soit issues de nouvelles recherches).

- *le modèle interactif* : dans ce modèle, la recherche n'est qu'un élément dans une multitude d'informations à la disposition du décideur. Les connaissances sont le résultat d'interactions entre des scientifiques et les utilisateurs. Les consultations sont donc itératives et réciproques pour fonder une connaissance utilisable par le décideur (Delarue, Naudet et Sauvat, 2009)

- *le modèle politique* : les résultats de la recherche sont utilisés pour justifier une position politique déjà prise, en ignorant parfois les résultats qui la contredisent ;

– *le modèle tactique* : les résultats de recherche sont une ressource qui peut être manipulée pour légitimer une décision ou une action. Le fait de mener une recherche sur un sujet est utilisé pour démontrer la responsabilité des décideurs, retarder la prise de décisions non désirée ou justifier la prise de décisions impopulaires ;

– *le modèle de l'éclairage progressif (enlightment)* : dans ce modèle, l'utilisation est plus indirecte : des résultats issus de travaux de recherche pénètrent progressivement le public ou les décideurs et changent peu à peu leur vision.

– *la recherche comme partie intégrante de l'évolution de la société* : la recherche et la politique sont nourries par les courants de pensée contemporains et s'influencent mutuellement.

De nombreux auteurs ont proposé depuis leur propre typologie plus ou moins inspirée du schéma initial de Weiss (1979) ou tenté de synthétiser les travaux antérieurs (ex : Champagne et Lemieux-Charles, 2004). Bien que chacune des propositions ait sa propre spécificité, Lemieux-Charles et Champagne ont mis en évidence trois modèles principaux qui synthétisent bien les diverses formes d'utilisation:

– *le modèle dit «instrumental»* qui se manifeste par une influence directe d'un résultat de recherche sur une décision politique – le processus pouvant être *tiré par la connaissance* (une production de connaissance aboutit spontanément à une utilisation dans les politiques) ou par la résolution d'un problème (face à un problème, des décideurs commandent une recherche et en utilisent les résultats) ;

– *le modèle dit «non-instrumental » (conceptuel, tactique/politique et enlightenment)*, où l'influence de la recherche se fait de manière indirecte et/ou cumulative, en apportant une connaissance qui modifie la façon dont les décideurs considèrent un problème et envisagent des solutions. Les champs des théories de l'organisation et des politiques ont établi une littérature portant sur les liens entre l'information et les politiques et tenté de comprendre comment les idées peuvent influencer les décisions politiques (Lavis et al, 2003);

– *le modèle dit « naturaliste »* dans lequel les décideurs utilisent leur intuition et leur raisonnement expert pour prendre des décisions. On trouve dans ce modèle les théories sur l'expertise et l'utilisation de l'intuition. Mais tel que l'avait abordé Weiss (1986), il est plus difficile d'étudier l'utilisation plus conceptuelle. Le lien entre connaissance et décision est moins évident. Il est indirect et donc moins détectable, sinon par des investigations approfondies des mécanismes ou au cours d'entrevues avec des acteurs ayant participé à une décision.

« It is one thing to talk about knowledge creep and enlightenment; it is another to describe how social science travels to policymaking arenas, which channels are activated, which personal links matter, what personal experience or characteristics make policy makers more receptive, what situations trigger attentiveness ». (Weiss, 1986, p. 278)

Les différents modèles d'utilisation des connaissances mettent en lumière une problématique qui a suscité beaucoup d'attention notamment dans le champ organisationnel : comment passer d'une utilisation des connaissances au plan individuel à un plan organisationnel. C'est-à-dire comment la connaissance peut-elle être partagée de telle sorte qu'elle devienne organisationnelle ? Traditionnellement, les modèles d'utilisation suivent un modèle linéaire où quelqu'un « produit » de la connaissance et quelqu'un « reçoit » cette connaissance en en faisant une utilisation directe ou non.¹

¹ Ce modèle d'échange se trouve au cœur de la littérature sur le transfert des connaissances (Knowledge Transfer and Exchange), mais elle n'y est pas exclusive. Le débat va au-delà de ce champ disciplinaire. Il est à noter par contre, qu'il a contribué à façonner la problématique. La littérature sur le transfert des connaissances démontre qu'une multitude de termes sont utilisés pour parler du processus d'échange et de transfert de connaissances entre de individus. Graham et al. (2006) ont tenté d'éclaircir les notions de translation, transfert,

diffusion et dissémination. Ils ont conclu à la grande variabilité des définitions opérationnelles et à la difficulté de saisir les frontières de ce domaine de recherche. Mais ils ont démontré qu'il existait un point de convergence entre ces définitions : tous ces processus visent à transposer des connaissances en action. Ils ont donc une visée commune. Le processus d'échange et transfert des connaissances est traditionnellement défini comme un échange interactif entre des producteurs de connaissances et des utilisateurs de connaissances. Dans leur synthèse sur l'échange et le transfert de connaissances, Mitton et al (2007) réfèrent aux travaux de Lavis et le groupe de McMaster sur les échanges et le transfert de connaissances. Ces derniers ont défini le processus de transfert comme étant celui du producteur qui « pousse » les connaissances vers l'utilisateur. Des recherches subséquentes ont démontré les limites de cette approche et la notion d'une communication à deux sens entre le producteur et l'utilisateur a été instaurée (exchange). Devant le constat de la difficulté à échanger et à transférer les connaissances, l'emphase a été mise sur la nécessaire interaction entre les producteurs et les utilisateurs dans le processus. C'est dans cette optique que certains ont défini ces processus comme une série d'étapes de plus en plus actives et engageantes conduisant à un changement de pratique : diffusion, dissémination et implantation (Greenhalgh et al, 2004 ; Lomas,1993). Au Canada, la FCRSS fait figure de leader dans le domaine du transfert et de l'échange de connaissances. À titre d'exemple, cet organisme est cité comme référence par les Instituts de recherche en santé au Canada (IRSC). Elle propose un modèle qui s'attarde à la relation entre les chercheurs et

C'est ainsi, qu'un grand nombre d'études ont porté sur l'utilisation des données scientifiques par les professionnels de la santé et elles ont conduit à créer plusieurs outils dans différents champs disciplinaires pour améliorer cette compétence auprès des professionnels et des gestionnaires (Lavis et al, 2003; Grimshaw et al, 2002). Ces études portaient principalement sur le développement individuel et offraient très peu d'information sur l'utilisation au plan organisationnel. Dans ces études, l'accent était mis sur l'échange entre des individus autonomes et maîtres de leurs actions et les producteurs de connaissances (chercheurs). La plupart des recherches ont mis l'accent sur les choix individuels des professionnels (Denis et al, 2002). Cette constatation est renforcée par le déséquilibre qui existe dans la littérature entre le nombre d'interventions basées sur l'action des individus et celles concernées par l'échange au plan collectif. C'est ainsi que l'on retrouve un grand nombre d'écrits sur les effets des interventions cliniques (entre individus) et beaucoup moins sur les interventions au plan organisationnel. Le niveau collectif y est traité comme une question qui concerne uniquement l'augmentation du nombre d'utilisateurs : le but étant d'accroître le nombre d'individus qui utilisent la connaissance pour modifier la pratique. Le plan organisationnel est perçu comme dépendant totalement de l'utilisation individuelle. Or, si ce modèle s'applique bien à des pratiques comme les actes médicaux, il se montre insuffisant pour assurer l'amélioration, l'efficience, l'efficacité et l'innovation des organisations, notamment des organisations de santé (Contandriopoulos et al, 2010).

En résumé, ces différents modèles d'utilisation mettent en lumière le vaste champ des possibilités d'utilisation des connaissances, mais toujours suivant un modèle linéaire où

les praticiens et la manière d'amener les gestionnaires à prendre en compte les données probantes dans leur prise de décision. Pour la FCRSS, l'échange de connaissances est *« un effort coopératif des chercheurs et des décideurs visant à résoudre des problèmes grâce à des activités de transfert et d'échange. Un bon échange de connaissances implique des interactions entre chercheurs et utilisateurs de connaissances et amène chaque partie à développer ses connaissances dans le cadre de la planification, de la production, de la diffusion et de l'application de la recherche (nouvelle ou existante) à la prise de décision. »* (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/39033.html>).

quelqu'un « produit » de la connaissance et quelqu'un « reçoit » cette connaissance en en faisant une utilisation directe ou non. La connaissance dans cette optique est un objet que l'on peut échanger ou partager. Mais comment définir cet objet ? Quelle est la définition de connaissance et surtout comment définir la connaissance organisationnelle ? La section suivante effectue un survol des différentes définitions.

2.4 Définition de la connaissance organisationnelle

Le concept de connaissances est largement traité dans le monde académique, mais seulement quelques études ont traité de ses hypothèses fondamentales. Il en résulte une difficulté à établir une cohérence entre les théories, les modèles proposés et les études empiriques. De même, il demeure difficile de cumuler les connaissances, de les rendre généralisables et d'ainsi améliorer la compréhension du concept de connaissance dans les organisations (Nonaka et Von Krogh, 2009). Tout en reconnaissant la certaine confusion entourant la définition du concept, il demeure essentiel d'adopter une définition pour comprendre ce qui est utilisé.

On retrouve, tant dans la littérature sur la cognition collective que sur l'apprentissage organisationnel, un certain consensus sur une typologie de la connaissance qui distingue entre données, information et connaissances. En 1999, Bell et Albu ont proposé une typologie qui a été reprise dans de nombreux travaux académiques qui définissent les données comme des faits bruts, l'information en tant que données qui ont été organisées et structurée en tenant compte du contexte. Finalement, la typologie présente les connaissances comme l'intégration ou la synthèse d'une ou plusieurs catégories d'information résultante par un nouveau savoir et liées à l'action grâce à sa contextualisation (Bell et Albu, 1999; Sales, Fiore et Bell, 2013). Selon cette conception, au moment où les connaissances émergent au plan collectif, elles deviennent un nouveau contexte pour les individus. Il y a donc dans cette notion une idée de mouvement et d'interdépendance qui n'est pas sans rappeler le concept des « champs » de Bourdieu (1980) ou la théorie de la structuration de Giddens (1984) dans lesquels les structures, les contextes, les valeurs, les facteurs symboliques et culturels permutent, interagissent pour façonner l'action sociale.

Ainsi, cette définition place la notion de connaissances dans la sphère collective de l'action sociale. Et de manière intéressante, la typologie de Bell et Albu (1999) établit la

notion de jugement comme un facteur nécessaire pour l'enrichissement des connaissances. De même, la connaissance demande un engagement des individus pour permettre que le processus de partage des connaissances s'effectue. Ainsi, les connaissances pour Bell et Albu sont le résultat : «*the judgment of the significance of events and items, which comes from a particular context and/or theory*» (Bell et Albu, 1999 : lxiv). Elles ne sont pas le produit d'informations externes, mais bien le fruit d'informations brutes, du jugement, du contexte ou d'une théorie.

Dans cette définition de la connaissance, le jugement se fait en relation avec la réalité sociale. Elle inclut à la fois une part de jugement, mais aussi nécessairement, une certaine analyse. Afin de devenir organisationnelles, les connaissances doivent résulter par une compréhension commune (*collective share meaning*). D'autres auteurs ont adopté des définitions liant l'information au contexte social.

Ainsi, Tsoukas et Vladimirou définissent les connaissances individuelles comme étant «*the individual ability to draw distinctions within a collective domain of action, based on a appreciation of context or theory*» (2001 : 979). Selon Alavi et Leinder (2001), les connaissances sont des informations personnalisées liées aux faits, aux procédures, aux concepts, aux interprétations, aux idées observations et au jugement (Alavi et Leidner, 2001:109). Les individus doivent partager non seulement une certaine base commune de connaissances, mais également une compréhension du contexte, des règles et des objets (Alavi et Leidner, 2001; Tsoukas et Vladimirou, 2001). Nonaka et Takeuchi (1995) définissent également les connaissances comme étant créées grâce à un flot d'informations ancrées dans les croyances, les engagements et les valeurs. Encore ici, les différents auteurs lient tous les connaissances à l'action et à un contexte précis.

Haragadon et Fanelli (2002) ont identifié deux qualités des connaissances (artefact et possibilité). Pour ces auteurs, les connaissances organisationnelles sont le processus d'interaction ou la dualité entre ces deux qualités. Chaque processus produit une nouvelle action, mais en même temps chaque action existe en continuité avec le passé. Les connaissances sont des possibilités d'action et vice-versa. Cette conception des connaissances emprunte à la théorie de structuration de Giddens «*every process of action is the production of something new, a fresh act, but at the same time all action exists in continuity with the past, which supplies the means of its initiation*» (Giddens, 1979: 69-70 in Haragadon et Fanelli, 2002:291). Une perspective complémentaire suggère qu'il existe des interactions dynamiques

entre les nouvelles et les vieilles connaissances et le contexte (Hargadon et Fanelli, 2002). Le concept de connaissances maintient l'idée d'une « chose » que l'on peut échanger ou partager.

C'est à partir de cette compréhension que Kozlowski et Chao (2012) ont dénoncé le fait que la plupart des recherches n'aient pas différencié entre processus d'apprentissage et connaissances. En particulier, les auteurs ont démontré que les résultats des processus d'apprentissages étaient traités comme des synonymes de l'apprentissage collectif au lieu d'être étudiés comme un résultat de ces apprentissages (Kozlowski&Chao :2012 Kozlowski et Bell, 2008; Kozlowski et Ilgen, 2006). Les connaissances sont, selon cette définition, le résultat d'un processus dynamique et social. La non différenciation des deux concepts a contribué à présenter une vision statique des processus d'apprentissages et à privilégier certaines formes de connaissances (plus pures, meilleures) au lieu de s'intéresser aux caractéristiques sociales qui favorisent certaines formes de connaissances (Touska et Vladimirou, 2001).

À partir de ces constats, les auteurs Kozlowski et Chao (2012) ont proposé une vision plus dynamique du partage des connaissances au plan collectif. Les connaissances se forment au gré du processus d'apprentissage et atteignent un plan collectif par les interactions des différents membres du groupe. Ce processus de construction des connaissances s'effectue en intégrant une information qui a été organisée et a fait sens dans un contexte particulier (Fiore, Salas et Letsky, 2010). Ainsi, la connaissance devient le résultat d'un processus social qui s'inscrit dans un contexte particulier. Ce survol des définitions de la connaissance met en évidence les différences dans la compréhension et l'application du concept de connaissance en recherche. On peut dégager des différents domaines liés à l'étude des organisations deux grandes perspectives : individualistes et collectives.

2.5 Perspectives : individuelle et collective

Learning is a process and knowledge is an outcome

(Kozlowski et Chao :2012 :20).

Nonaka et von Krogh (2009) dans une revue récente sur les perspectives individuelles et collectives notent que même après 20 ans de recherche sur les connaissances organisationnelles, la connaissance demeure un concept insaisissable dans les travaux

académiques, rendant difficile de délimiter le concept et d'ainsi généraliser les résultats empiriques ou de déterminer quels outils permettent de mesurer les connaissances (Nonaka et von Krogh, 2009 :119-120). Cependant, ils ont reconnu l'intérêt de distinguer entre des approches individualistes et collectiviste pour comprendre comment les connaissances peuvent être traitées dans les organisations.

La perspective individualiste se caractérise par l'importance accordée aux individus, ces derniers étant au centre du processus d'apprentissage. Herbert Simon, un des théoriciens les plus reconnus de cette perspective, l'a définie comme étant entièrement la responsabilité des individus « *all learning takes place inside human heads* » (Simon, 1991 :125). L'organisation apprend grâce aux connaissances des individus. Simon n'évacue pas la présence des connaissances organisationnelles. Il reconnaît, entre autres, que l'organisation puisse contribuer aux connaissances individuelles en fournissant des savoirs inscrits dans la mémoire de l'organisation. Robert Grant (1996) s'appuyant sur les travaux de Herbert Simon a mis en place une vision utilitariste des connaissances organisationnelles. Ces dernières sont le produit de l'activité des individus et le rôle de l'organisation est d'appliquer ces connaissances à la production de biens et de services. Felin et Hesterly (2007) ont apporté une importante contribution à la perspective individualiste en s'appuyant sur les travaux de linguistiques de Noam Chomsky pour affirmer que l'existence de savoirs innés, et donc hétérogènes, chez les individus influençaient la création de valeur dans les organisations. De manière générale, la perspective individualiste a contribué à améliorer les connaissances sur la façon dont les individus apprennent et échangent les savoirs.

La perspective collective se décline en différents courants. Les connaissances organisationnelles peuvent être perçues comme le résultat de l'existence de communautés sociales (un peu comme des communautés de pratiques) où les individus et leur expertise sont transformés en produits et services. Les connaissances sont des items observables comme des règles opérationnelles, de la technologie, les bases de données, etc. (Kogut et Zander (1992) in Nonak et von Krogh : 2009).

Un deuxième courant lie les individus et les connaissances organisationnelles à partir du rôle de l'organisation qui doit assurer la disponibilité des connaissances. Un troisième courant définit les connaissances à la fois comme un processus individuel et une distinction collective (*collective distinction*). La distinction collective permet d'analyser comment les

individus font leurs observations, identifient les informations, les tâches, les problèmes et comment s'effectuent le partage avec les autres membres de l'organisation (Tsoukas et Knudsen, 2005). La « distinction » se définit comme un processus social mettant en lumière le « path dependency » de l'organisation collective (Nonaka et von Krogh, 2009 : 121). Ce courant est bien représenté par les travaux d'Hargadon et Fanelli (2002) qui estiment que les connaissances résultent d'une interaction entre les connaissances latentes des individus et les connaissances qui se manifestent dans l'environnement. C'est par cette interaction que les connaissances émergent comme phénomène social (Hardagon et Fanelli, 2002).

Nonaka et von Krogh (2009) identifient un quatrième courant collectif à partir des travaux de Niklas Luhmann et sa théorie des organisations comme système de communications et de décisions. Selon cette théorie, les individus et l'organisation sont deux entités distinctes. Ils sont autonomes, mais chaque système peut influencer l'autre. Les individus et l'organisation peuvent décider de leur contribution aux connaissances. Finalement, selon la théorie de la création des connaissances (Nonaka et Konno, 1998; Van Krogh et Nonaka, 2001; Nonaka, 2008), les individus sont au centre du processus et la source première de nouvelles connaissances organisationnelles. C'est par leurs interactions que les connaissances se disséminent dans un processus de création de nouvelles connaissances qui deviennent organisationnelles. Le processus passe donc d'une connaissance qui se situe au plan individuel à une connaissance qui devient organisationnelle.

Une des critiques qui est faite de l'approche collective est qu'elle conçoit les individus comme un tout homogène malléable aux règles, aux normes et aux valeurs organisationnelles (Nonaka et von Krogh, 2009). Von Krogh reproche à cette perspective de considérer les connaissances organisationnelles comme un corpus rigide et cohérent de savoirs servant à expliquer les résultats de l'organisation sans comprendre les processus par lesquels ces connaissances collectives ont émergé.

Ainsi, si les connaissances organisationnelles sont le résultat d'un processus d'interactions et d'échanges entre des individus et leur environnement, la question suivante est de comprendre comment s'effectue ce processus d'apprentissage. En effet, une question demeure : comment passer d'une utilisation des connaissances individuelles à un plan organisationnel? C'est-à-dire comment, par quel processus, la connaissance peut-elle être

partagée de telle sorte qu'elle devienne organisationnelle? La littérature sur l'apprentissage organisationnel a tenté de répondre à ces questions.

2.6 Apprentissage organisationnel et modèles de dissémination et de création de connaissances organisationnelles

L'apprentissage organisationnel est un construit conceptuel qui se situe au croisement de plusieurs disciplines et qui ne peut être assujéti à une seule définition (Barette et al, 2012). Néanmoins, il peut être décrit comme un processus multiniveaux qui intègre à la fois les dimensions cognitive, comportementale, technique et sociale (Barette et al, 2012; Rashman, Withers et Hartley, 2009). Traditionnellement, trois écoles de pensées ont dominé le débat sur l'apprentissage organisationnel.

La première qui s'appuie sur la dimension cognitive, est représentée à l'origine par Argyris et Shön (1978). Ces derniers sont incontournables dans la réflexion sur la difficulté de cerner l'utilisation des connaissances au plan organisationnel.

There is something paradoxical here. Organizations are not merely collections of individuals, yet there are no organizations without such collections. Similarly, organizational learning is not merely individual learning, yet organizations learn only through the experience and actions of individuals. What, then, are we to make of organizational learning? What is an organization that it may learn? (Argyris et Shön, 1978 : 9)

Pour ces auteurs, l'apprentissage organisationnel est possible lorsque les individus sont confrontés à une situation problématique. La différence entre ce qui est attendu et la réalité les amène à modifier, grâce à la réflexion, leurs actions et ainsi modifier leur image de l'organisation et, conséquemment, changer la théorie sous-jacente des actions. Cette théorie de l'action s'appuie sur deux modèles d'apprentissage : *le modèle en simple boucle (single-loop learning)* met l'accent sur la détection et la correction des erreurs. Argyris et Schön (1978) illustrent ce processus en prenant l'image du thermostat: «*single-loop learning is like a thermostat that learns when it is too hot or too cold and turns the heat on or off*». L'effet de *feedback* joue comme soutien à l'innovation dans l'organisation; *le modèle en double boucle (double-loop learning)* suppose que les modèles mentaux de l'individu deviennent incorporés

à l'organisation à partir d'un échange de ces modèles mentaux rendus explicites et affectant à leur tour l'action organisationnelle. L'apprentissage organisationnel peut être compris comme une théorie de l'action caractérisée par des interrelations entre les individus et les structures de l'organisation. Plusieurs auteurs en apprentissage organisationnel et en gestion des connaissances ont adopté la perspective d'Argyris et Shön (1978).

Une deuxième perspective théorique provient des théories de la gestion et plus précisément, des modèles d'information et technologies (Alavi et Tiwana, 2003). Traditionnellement, cette approche, n'a pas fait de distinction entre « connaissance » et « apprentissage », les deux concepts se chevauchent dans l'acquisition, l'interprétation et la dissémination des connaissances. Chaque étape représente une occasion d'apprentissage qui résulte en une connaissance.

La troisième école de pensée provient des théories sociales d'apprentissage. La perspective sociale met l'emphase sur les interactions dans un contexte précis (Rashmann, Withers et Hartley, 2009). Cette perspective considère l'apprentissage organisationnel avant tout comme une activité relationnelle. L'emphase est sur la manière dont les individus interagissent et la manière dont la structure organisationnelle et les facteurs contextuels influencent cette interaction.

Ainsi, l'étude des échanges de connaissances au plan organisationnel demande l'utilisation de modèles théoriques qui prennent en compte la complexité des interactions et l'interdépendance entre les individus et le contexte organisationnel. Il existe plusieurs modèles, mais certains d'entre eux possèdent une plus grande légitimité au sein de la communauté scientifique. Nous présentons les principaux modèles d'utilisation des connaissances au plan organisationnel.

Il est à noter que la perspective s'intéressant au transfert des connaissances a tenté de remédier au dilemme du transfert de connaissance à un plan organisationnel. Prenant en compte les constats d'Argyris et Shön (1978) et dans un effort d'aller au-delà de la relation linéaire entre producteur et utilisateur en inscrivant le processus dans une action sociale, Straus, Tetroe et Graham (2009) ont créé un modèle issu de 31 théories *Knowledge to action*

Framework (KA2)². Ce modèle s'inscrit dans la tradition constructiviste qui privilégie les interactions et l'adaptation des connaissances au contexte en prenant en compte la culture. Le modèle définit les étapes nécessaires au cycle de connaissance vers la pratique dans un processus systémique et non linéaire. L'intérêt de ce modèle se situe dans la notion de capacité organisationnelle que les auteurs ont définie et qui fait référence aux propriétés organisationnelles (structure, stratégie et culture) qui peuvent faciliter ou empêcher l'utilisation des connaissances au sein des organisations. Ainsi, au plan structurel, les organisations qui possèdent des caractéristiques d'organicité (décentralisée) couplée à des stratégies de promotion d'utilisation des connaissances semblent mieux constituées pour permettre une gestion des connaissances afin d'améliorer leur performance. De même, au plan culturel, l'autonomie professionnelle et l'acceptation des risques et des erreurs semblent favoriser le transfert de connaissances. Finalement, les mécanismes organisationnels comme les évaluations systématiques pour évaluer la valeur innovante des nouvelles connaissances sont également des stratégies importantes pour l'utilisation des connaissances (Straus, Tetroe et Graham, 2009). Ces observations rejoignent les résultats d'autres études notamment, ceux du rapport Champagne et Lemieux-Charles (2011) sur l'impact organisationnel du programme EXTRA et SEARCH. En effet, cette étude a fait ressortir l'importance d'avoir des structures organisationnelles appropriées, des ressources investies dans la gestion de la connaissance par les organisations et également des normes favorisant l'utilisation des connaissances.

Un modèle de théorie organisationnelle relativement récent et qui a suscité beaucoup d'intérêt dans la littérature occidentale est la « cultural-historical theory ». Cette théorie émane des travaux du psychologue russe Vygotsky sur la médiation culturelle et de ceux de son étudiant Leontiev (1981), sur le concept d'activité. Engeström et Miettinen (1999) l'ont développée plus encore pour en faire une analyse de la construction sociale des connaissances. Selon ce modèle, la conversion des connaissances s'effectue en cinq principes : l'unité d'analyse est le système d'activité; il est multivoix (multiples points de vue, intérêts, traditions), il a un historique (la transformation se réalise sur une longue période de temps), il présente des contradictions (sources potentielles de changement) et il évolue selon un cycle

² Depuis 2007, ce modèle est une référence des Instituts de recherche en santé du Canada.

d'expansion. L'accent est mis sur la multiplication des perspectives, sur l'utilisation du langage dans les périodes de troubles et de conflits (Engeström, 2000; Blackler, Crump et McDonald, 2000). Ce modèle théorique est intéressant car il permet d'analyser les organisations comme des réseaux d'activités au sein desquels les individus interagissent avec le système pour le transformer. L'idée du changement dans les conflits jette un regard différent sur les relations de pouvoir comme étant des sources d'action résultant de tensions. De même, le découpage de l'organisation en systèmes d'activités interreliés permet de faire ressortir les questions d'identité, d'autorité et d'expertise. Néanmoins, ce modèle, très proche des théories psychologiques, s'attarde trop au langage verbal au détriment des autres formes d'échange. Il n'explique pas non plus par quels mécanismes les connaissances sont échangées, propagées et modifiées au sein de l'organisation.

Finalement, un autre modèle théorique³, un des plus cités en gestion des organisations (Gourlay, 2006), a fait l'objet de plusieurs publications dans diverses disciplines. Il est considéré comme un modèle incontournable dans l'étude de la dissémination des connaissances. Il s'agit des travaux de Nonaka (1994) et de Nonaka, Von Krogh et Voelpel (2006) sur la conversion et la création des connaissances.

L'intérêt de ce modèle réside dans l'emphase mise sur la compréhension des dynamiques organisationnelles qui influent sur la conversion et la création des connaissances. Selon Nonaka, "*Any organization that deals with a changing environment ought not only to process information efficiently, but also create information and knowledge*" (Nonaka, 1994: 14). Les connaissances sont des croyances justifiées (*justified true belief*) c'est-à-dire que les gens basent leurs observations sur leur compréhension du monde, les connaissances sont aussi la capacité de définir une situation et d'agir. Les connaissances sont donc orientées vers l'action (et non plus seulement vers la solution des problèmes). Finalement, les connaissances sont explicites et tacites. Ainsi, les connaissances sont ancrées dans les valeurs et les idées des individus. Donc la création de connaissances peut être comprise comme « *a continuous process through which one overcomes the individual boundaries and constraints imposed by*

³ Perspective, liée à la gestion des connaissances (knowledge management) et aux processus d'apprentissage organisationnel.

information and past learning by acquiring a new context, a new view of the world and new knowledge » (Nonaka, Von Krogh et Voelpel, 2006 : 1182). La création de connaissances est une construction sociale qui comprend une conversion des connaissances grâce au processus de socialisation, d'externalisation, de combinaison et d'internalisation. Les connaissances individuelles sont validées, connectées, synthétisées et modifiées avec les autres individus et à leur tour ces connaissances, grâce au système d'apprentissage organisationnel, se combinent et s'intègrent aux différentes structures organisationnelles. Un des aspects de la création des connaissances est d'identifier les conditions/contextes qui permettent le mouvement de conversion des connaissances. Dans le modèle de Nonaka (1998) ces conditions sont représentées par le Bā, ces espaces physique, mental et cyber où les échanges et les interactions se produisent et qui sont conditionnés par eux. L'internalisation des nouvelles connaissances dans la pratique signifie que ces connaissances sont institutionnalisées dans les processus de l'organisation, c'est-à-dire incorporées aux routines de l'organisation (*sustainability*).

Ce modèle depuis sa présentation en 1994 s'est affiné et a évolué de manière à intégrer des aspects des domaines d'études en politiques, en étude des organisations et de la cognition collective. Les écrits conjoints de Von Krogh, Nonaka et Aben (2001), (Nonaka, von Krogh et Voelpel, 2006, Nonaka et von Krogh 2009) permettent de constater l'évolution du modèle qui, sans modifier ses hypothèses fondamentales, a su répondre à certaines critiques. En effet, le modèle a suscité plusieurs critiques tant au point de vue théorique que pratique. On a notamment dénoncé l'apparente subjectivité et le relativisme du concept de connaissances (Essers et Schreinemakers, 1997, Gourlay, 2003, 2006) ainsi que le manque d'études empiriques pour prouver l'utilité du modèle (Gourlay, 2006). De plus, on a reproché le côté simpliste du modèle, en particulier le manque de précision dans la manière de convertir le savoir tacite en savoir explicite. Le recours aux métaphores et analogies tel que prescrit par le modèle semble inadéquat (Smythe et Jorna : 1998) dans le contexte du fonctionnement d'une compagnie.

Nonaka, von Krogh et Voelpel dans un article paru en 2006 ont répondu directement aux principales critiques en précisant le modèle et ses concepts de savoirs tacites et explicites. Ils ont précisé leur définition des connaissances comme étant « the capacity to act based on explicit and tacit elements, enhancing this capacity means making use of existing and new

explicit and tacit knowledge »(Nonaka, von Krogh et Voelpel, 2006 : 638). Ils ont aussi détaillé le processus de création de connaissances organisationnelles en tant que pratique sociale visant l'innovation et le changement.

La conversion et la création des connaissances est un processus continu qui s'effectue au plan organisationnel par un processus de conversion entre deux dimensions des connaissances, les connaissances tacites et explicites des individus, en tenant compte d'un contexte précis (*Bā*) et d'avoirs (*assets*). Les connaissances, selon cette théorie, incluent trois concepts : des connaissances tacites et explicites, des valeurs partagées (*justified true belief*) et de l'expertise (*skillfull action*) (Nonaka et Von Krogh, 2009).

La dimension tacite, si centrale à la théorie, est enracinée dans l'action, les routines, les procédures, les valeurs et les émotions. Le concept comporte deux dimensions : une technique et une cognitive. Ainsi la connaissance tacite est liée aux sens, à l'intuition, et aux schèmes mentaux non articulés. Ces connaissances sont peu verbalisées, mais structurent les actions des individus d'une manière automatique ou du moins difficile à expliciter verbalement. La partie cognitive fait référence aux modèles mentaux comportant croyances, paradigmes et points de vue. La composante technique consiste au savoir-faire, aux habiletés et à l'expertise appliqués à un contexte précis (Nonaka et Von Krogh, 2009).

Les connaissances explicites représentent les connaissances articulées et les réflexions conscientes. Il s'agit d'une forme de connaissance verbale qui peut être mise sous forme d'écrits ou de dessins. Les connaissances explicites sont en fait les connaissances qui demeurent, au-delà des individus, la propriété de l'organisation. Pour Nonaka (1998), les connaissances tacites et explicites existent sur un continuum où certaines connaissances tacites lorsqu'elles sont exprimées deviennent des connaissances explicites.

Les connaissances sont également un processus dynamique de *justifying personal belief*. Ce concept qui est souvent moins connu de la théorie de Nonaka, est important car il permet selon Nonaka et von Krogh : 2009, de concevoir un concept de connaissances au-delà de la traditionnelle opposition entre connaissances individuelles et organisationnelles. Dans la théorie de création de connaissance, les croyances sont considérées « vraies » si elles peuvent être justifiées par les modèles mentaux des individus et qu'elles sont utiles au groupe. Ainsi, les croyances sont « vraies » si elles permettent au groupe d'agir. Ce processus de *justified true belief* se construit au sein du continuum de connaissances tacites et explicites. Lors que les

connaissances sont faites explicites, les individus justifient leurs croyances selon leurs observations, leur expérience et leur expertise. Ces croyances deviennent vraies lorsque qu'elles peuvent être justifiées et être reconnues comme valides par les autres membres du groupe. Selon Nonaka et von Krogh (2009) cette conception correspond à l'épistémologie pragmatisme qui affirme que les individus interagissent avec leur contexte pour modeler la vérité (Putnam, 1981). Ainsi, les connaissances sont dynamiques et liées à un contexte précis (Nonaka, Toyoma et Konno, 2000).

Cette conception des connaissances est liée étroitement à une idée d'actions compétentes (skillfull action). Ce concept a deux dimensions : une reconnaissance des compétences d'un ou de plusieurs individus pour effectuer une tâche et la reconnaissance d'une situation qui permet cette action compétente.

Le modèle de dissémination et de création des connaissances de Nonaka et von Krogh (2009) s'appuie sur la riche littérature de l'étude des organisations et intègre les savoirs de plusieurs domaines de recherche : la gestion des organisations, l'apprentissage organisationnel et la cognition. La partie suivante porte justement sur ce dernier domaine, la cognition, et plus précisément, la cognition collective. Pourquoi s'attarder en particulier à ce domaine d'études ? La psychologie cognitive a influencé de manière considérable les recherches sur la performance des équipes et ses théories ont été utilisées pour élaborer un courant explicite nommé la cognition collective (Salas, Fiore et Letsky, 2012). La plupart des travaux ont porté sur les processus cognitifs qui contribuent à l'efficacité et la performance des équipes. Comment en effet, comprendre que certaines équipes soient plus performantes que d'autres ? La cognition collective étudie la manière dont les individus collaborent et apprennent afin de déterminer l'impact sur le fonctionnement de l'organisation. Dans la perspective de comprendre comment les connaissances peuvent devenir organisationnelles, la revue de littérature a démontré qu'une des hypothèses fortes est que les connaissances organisationnelles se disséminent et se créent à partir des échanges des individus qui permettent de transcender leurs frontières de savoir pour ensuite devenir organisationnelles. Ainsi, l'étude de l'émergence des connaissances organisationnelles passe nécessairement par une compréhension des processus qui permettent aux individus d'échanger, de collaborer, d'apprendre et de prendre des décisions. Comme l'ont noté Dalas et Brook (2014), la plupart

des actions des organisations émane de décisions prises par des individus ou des groupes d'individus. Ainsi, l'étude de la manière dont les décisions se prennent est essentielle pour comprendre le fonctionnement des organisations.

2.7 Contribution du champ de la cognition collective (team cognition)

La cognition collective est un vaste terme qui réfère à l'aspect commun d'un groupe (Tindale et al, 2001). Les différentes théories sur la cognition des équipes ont en commun de poser comme hypothèse principale le partage de quelque chose soit une connaissance, un modèle mental ou des valeurs (Poole, 2014). Un des concepts fondamentaux mis en place par la psychologie cognitive est celui des modèles mentaux partagés. Le concept réfère à la manière dont les connaissances qui sont importantes pour le fonctionnement d'une équipe sont organisées mentalement, représentées et distribuées au sein des équipes afin de permettre aux membres de l'équipe d'anticiper et d'exécuter des actions (DeChurch et Mesmer-Magnus, 2010). Klimoski et Mohammed (1994) ont appliqué le concept des modèles mentaux aux équipes et l'ont défini comme étant une compréhension et une représentation commune d'éléments clés au sein d'un environnement qui est partagé par les membres d'une même équipe. Le concept de modèles mentaux appliqué aux équipes a été conçu pour rendre compte de la spécificité de la performance des équipes. Ce concept comprend deux éléments fondamentaux : le modèle mental partagé et la mémoire transactive.

2.7.1 Modèle mental partagé (shared mental model)

Ce concept se situe au plan individuel. Typiquement, il est défini comme une information qui est partagée par un groupe d'individus. On considère qu'un modèle mental se manifeste lorsqu'un groupe d'individus a une compréhension similaire des connaissances liées aux tâches par rapport au travail à accomplir (taskwork) et par rapport au fonctionnement de l'équipe (teamwork) (van Knippenberg, 2013; Mohammed et Dumville, 2001; Cannon-Bowers et Salas, 2001). L'hypothèse au coeur du concept est que la présence d'un modèle mental partagé permet à une équipe de coordonner le comportement, d'anticiper ou de prédire les actions de chaque membre (Cannon-Bowers, Salas et Converse, 1993; Fiore et al, 2010).

On a reproché à cette approche de mettre l'emphase presque exclusivement sur les connaissances (acquérir, récupérer, échanger) au détriment des processus (coordination des communications) (Cooke et al, 2000). De plus, même si les chercheurs s'entendent sur l'importance de mettre en place une compréhension commune, les études empiriques ont donné des résultats mitigés : par exemple, une trop grande similarité conduit à des biais cognitifs comme la pensée de groupe unique (groupthink) et la pensée stagnante. L'attention portée sur l'information partagée en commun durant les discussions de groupes ont aussi démontré une réduction des habiletés du groupe à arriver à une véritable décision informée et tirer avantage de la diversité des membres de l'équipe. Finalement, les études ont démontré que les équipes avaient tendance à partager l'information commune au détriment de nouvelles informations (van Knippenberg, 2013:185). Plusieurs études ont démontré le biais de l'information commune au détriment de l'information non partagée en commun (Stasser, Stewart et Wittenbaum, 1995). Le consensus scientifique semble être qu'un certain niveau de modèle mental partagé est nécessaire, mais non suffisant pour améliorer la performance des équipes. La question du « niveau » nécessaire demeurant inconnue.

2.7.2 Mémoire transactive (transactive memory)

Le concept de mémoire transactive peut être défini comme une forme d'architecture cognitive comprenant les connaissances uniques à chaque membre de l'équipe ainsi qu'une conscience de « qui sait quoi » (DeChurch et Mesmer-Magnus, 2010). Cette forme cognitive est bien représentée par l'expertise. En théorie, chaque membre connaît qui sait quoi, achemine l'information à la personne appropriée, entrepose l'information auprès d'individus avec des expertises pertinentes et accède à l'information à partir des autres dans le système (Wagner, 1987). Cette conception met l'attention sur les tâches liées au travail (taskwork). La notion d'expertise est au cœur de cette forme de cognition (Hollingshead et al, 2011). Idéalement, selon cette conception, chaque information/connaissance doit être captée par un ou plusieurs membres du groupe en fonction de leur expertise personnelle. Ainsi chaque membre est responsable des informations/connaissances pertinentes à son champ d'expertise. Mais cette notion d'expertise semble assez vaste incorporant l'expertise liée à l'expérience et

aux connaissances explicites spécifiques et également une expertise reconnue par les fonctions données aux individus pour réaliser les tâches. On peut en conclure que la notion d'expertise, jusqu'à un certain degré, est un concept qui évolue au gré des perceptions de ces membres. La création d'un système de mémoire transactive peut être dépeint *as an evolution of perceptions of expertise, driven by transactive processes that in turn create a dynamic framework of the storage and utilization of knowledge distributed across group members* (Hollingshead et al : 2014 :427). Le terme mémoire transactive contient plus que l'entreposage et l'utilisation des informations, elle nécessite une transmission des connaissances par un processus d'interaction.

Il y a peu d'études empiriques sur le concept en particulier et les hypothèses liant la mémoire transactive à la performance des équipes restent en grande partie à l'état théorique. Ce manque est dû, en partie, à la difficulté de mesurer le concept dans un univers contrôlé comme une étude de laboratoire (qui représente la majorité des études empiriques en cognition collective). Certains chercheurs ont émis l'hypothèse selon laquelle la mémoire transactive permettrait de surpasser la tendance des groupes à ressasser l'information partagée en commun au détriment de nouvelles informations. Mais cela reste à vérifier à l'aide d'études en contexte réel.

2.7.3 Caractéristique du modèle mental collectif (team mental model)

Les recherches menées sur le concept de modèle mental partagé et de mémoire transactive ont démontré l'importance d'une cognition qui est collective, mais ces courants ont évolué largement en silos (DeChurch et Mesmer-Magnus, 2010). La cognition collective représente une volonté d'intégrer les deux concepts et de créer un modèle propre à la cognition collective : le modèle mental collectif. L'idée qu'un groupe d'individus par un processus de partage d'information transcende la cognition individuelle pour aller vers une forme de cognition collective n'est pas nouvelle et continue par sa complexité à intéresser les chercheurs. Le locus est mis sur le groupe et met en évidence l'importance de partage des connaissances et d'avoir des structures de connaissance similaires (Fiore et al :2010). Les études en cognition collective ont mis en lumière plusieurs caractéristiques : la nature de l'émergence, la forme et le contenu de la cognition.

2.7.4 Émergence, forme et contenu de la cognition

On reconnaît deux origines à l'émergence de la cognition collective : l'émergence de composition (*compositional emergence*) qui se traduit par une cognition individuelle identique à celle du groupe (Murase et al, 2014 :120) et une émergence de compilation (*compilational emergence*) où le schéma de connaissances individuel est différent de celui du groupe. Dans les écrits, l'émergence de composition a été associée au modèle mental partagé tandis que l'émergence de compilation a été associée à celui de la mémoire transactive (Kozlowski et Klein, 2000). Il s'agit de deux mouvements aux extrémités d'un même spectre. Les résultats d'études n'ont pas démontré la prédominance d'une forme d'émergence sur l'autre dans la performance des équipes, mais une méta-analyse a dévoilé que dans les équipes multifonctionnelles, il était moins important que les membres possèdent des connaissances similaires que de connaître leur expertise et savoir qui consulter pour le reste (DeChurch et Mesmer-Magnus, 2010). La nature de l'émergence fait référence à la structure de la cognition, c'est-à-dire au schéma des connaissances organisationnelles. Mais la cognition peut prendre d'autres formes; par exemple, la cognition de perception (*perceptual cognition*) qui réfère aux croyances, aux valeurs, aux attitudes des membres du groupe (Murase et al, 2014; DeChurch et Mesmer-Magnus, 2010). Cette forme de cognition est initiée à partir des expériences passées des individus et formées par les interactions avec les autres membres du groupe (DeChurch et Mesmer-Magus, 2010). Selon certains chercheurs, une troisième forme de cognition permet de faire sens de l'environnement. Cette forme d'interprétation cognitive utilise les expériences passées et met en place une compréhension par l'interaction entre les individus et leur environnement. C'est, entre autres, la forme de cognition présente dans la recherche de sens théorique (*sensemaking*) (Murase et al, 2014 :122; Fiss et Zajac, 2006).

Enfin, les études sur la cognition collective se sont penchées sur différents contenus de la cognition. Depuis Mathieu et al (2000), la question du contenu a été simplifiée à deux grandes catégories : 1) tâches et 2) fonctionnement de l'équipe. Le contenu se rapportant aux tâches réfère aux savoirs nécessaires pour effectuer la tâche c'est-à-dire les procédures, stratégies, matériel, etc., tandis que le contenu lié au fonctionnement de groupe porte sur les rôles, les expertises, les habiletés et les expériences des membres du groupe. (Murase et al, 2014; DeChurch et Mesmer-Magnus, 2010; Mathieu et al, 2000). Dans leur

méta-analyse, DeChurch et Mesmer-Magnus (2010) ont examiné la relation entre la performance et le contenu de la cognition et leurs résultats montrent des effets positifs similaires. Le contenu de la cognition par contre, semblait avoir un effet intéressant sur le processus de cognition. En effet, le processus de cognition était plus solide quand l'attention était mise sur le fonctionnement de l'équipe au lieu des tâches (DeChurch et Mesmer-Magnus, 2010).

Traditionnellement, les recherches sur les modèles mentaux ont proposé deux propriétés : la similarité et l'exactitude des modèles mentaux. Dans des modèles mentaux collectifs, la similitude réfère au niveau avec lequel les modèles mentaux des membres du groupe sont cohérents les uns avec les autres, c'est-à-dire jusqu'à quel point chaque modèle mental est apparié. L'exactitude réfère à la justesse des systèmes mentaux avec les structures cognitives (DeChurch et Mesmer-Magnus, 2010).

Ce survol de la littérature sur la cognition collective pose des bases importantes pour comprendre comment les groupes fonctionnent afin d'améliorer la performance des organisations. Un des aspects intéressants des théories de la cognition collective est la réconciliation entre deux perspectives : le modèle mental partagé et la mémoire transactive. Ainsi, il est nécessaire d'avoir entre les membres un partage de connaissances, une compréhension commune d'enjeux, de valeurs, mais également une connaissance des expertises, du rôle et des responsabilités de chacun. S'il est vrai que les études ne permettent pas de savoir quel degré de chaque perspective est nécessaire pour assurer la réalisation d'une cognition collective, néanmoins, il y a consensus sur l'importance d'avoir les deux (Salas et al, 2013; DeChurch et Mesmer-Magnus, 2010). Les caractéristiques de la cognition (nature, forme, contenu) agissent comme facteurs modérateurs de la cognition collective. En dernier point, les connaissances occupent une place centrale dans le concept de modèles mentaux collectifs. Une des principales distinctions entre le modèle mental partagé et la mémoire transactive est l'importance accordée aux connaissances partagées ou distribuées entre les membres.

On distingue trois catégories de connaissances en cognition collective : identiques, qui se chevauchent et uniques. Il existe un consensus auprès des chercheurs au sujet de l'importance des connaissances dans la réalisation de la cognition collective (Kozlowski et

Chao, 2012), mais moins sur la manière dont les membres exploitent des connaissances significatives et les appliquent pour résoudre des problèmes (Kozlowski et Chao, 2012).

En résumé, les théories de la cognition collective permettent de mieux saisir les processus cognitifs présents lors du travail en équipe. Le double mouvement du modèle mental partagé et de la mémoire transactive ainsi que le rôle des différentes connaissances dans ces échanges permettent de saisir comment une connaissance individuelle peut transcender l'individu pour faire partie du groupe. Cependant, il manque d'études empiriques pour déterminer comment, dans un contexte réel, les connaissances transcendent les individus pour devenir des connaissances partagées par un groupe. De même, les théories cognitives ne permettent pas de saisir comment cette connaissance, qui se situe au niveau des équipes, peut devenir organisationnelle. Il s'agit d'un pas supplémentaire qui échappe en quelque sorte aux individus. Le modèle de dissémination et de création de connaissance de Nonaka (1998) cherche justement à répondre à cette question. Utilisant les savoirs issus des théories cognitives, l'auteur ont mis en place un modèle qui permet de passer de la connaissance partagée par un groupe d'individus à une connaissance organisationnelle (indépendante du savoir individuel). Ce processus permet une conversion des savoirs individuels qui sont ensuite réorganisés et combinés afin d'être saisis par les processus organisationnels et faire partie du fonctionnement de l'organisation.

2.8 Déterminants favorisant l'apprentissage organisationnel

Il existe une littérature abondante sur les déterminants qui influencent les processus d'apprentissages organisationnels. Rappelons que les processus d'apprentissage mettent l'emphase sur les interactions et le partage de connaissance entre les individus et accorde une grande importance au contexte. C'est pourquoi l'environnement dans lequel l'organisation opère peut avoir une influence sur les apprentissages organisationnels (Rashman et al : 2009). Une revue de littérature sur l'apprentissage organisationnel et les connaissances dans les organisations publiques (Rashman et al. : 2009) a identifié les facteurs suivants : le contexte social et économique, la culture organisationnelle (valeurs, confiance) et les caractéristiques relationnelles (réseautage formel et informel, pouvoir, politique et leadership). Ces catégories de déterminants sont aussi identifiées dans le modèle de Nonaka (1998) et Nonaka et von

Krogh (2006). La création de connaissances s'effectue au sein d'un contexte particulier, le Bā, qui correspond à l'espace qui permet la création de connaissances.

Cet espace d'interaction est décrit comme étant physique, virtuel ou mental. Le Bā est aussi situé dans un contexte social, culturel et historique précis. Selon la théorie de Nonaka (1998), il s'agit de l'espace nécessaire pour que l'information interprétée par les individus soit transformée en connaissances. Le Bā est le locus de la recherche du sens et du savoir-faire. Le processus de conversion origine dans le Bā et est modéré par des ressources spécifiques à l'organisation (knowledge assets). Ces ressources agissent comme les inputs, outputs et modérateurs du processus. Par exemple, la confiance entre les membres du groupe peut être le résultat du processus de création de connaissances, mais il est aussi un modérateur de ce même processus. Selon Nonaka et von Krogh (2006), les ressources peuvent être des connaissances explicites systématisées (comme des documents ou des bases de données), des routines opérationnelles et/ou des habiletés, des expériences, des valeurs et des normes individuelles. Les auteurs définissent deux catégories de ressources concrètes (hard) et souples (soft). Les ressources concrètes comprennent l'information technologique, les outils de gestion, entre autres, tandis que les ressources souples font référence à la culture organisationnelle, aux valeurs, à la confiance et aux routines (Von Krogh, Nonaka et Rechsteiner, 2012).

Dans le champ d'étude des organisations apprenantes, Garvin, Edmondson et Gino (2008) ont développé un cadre d'analyse à partir d'une revue de la littérature sur les organisations. Ils ont identifié trois grandes catégories de facteurs : ceux liés à un environnement qui favorise l'apprentissage (sécurité psychologique, appréciation de la différence, ouverture aux nouvelles idées et rétro-action), ceux portant sur le leadership favorisant l'apprentissage et ceux liés au processus d'apprentissage. Ce cadre d'analyse a le mérite de présenter de manière concrète des éléments de réflexion sur les conditions d'apprentissage dans les organisations. L'intérêt de ce modèle est la volonté de définir ce que constitue une organisation apprenante et de tenter d'unir deux perspectives : les connaissances comme une ressource et les connaissances comme le résultat d'un processus social.

L'importance accordée aux déterminants rejoint la conclusion d'autres recherches. En effet, des études récentes ont démontré la nécessité de mieux connaître la nature des déterminants contextuels qui favorisent son utilisation et de démontrer comment cette utilisation peut se « propager » dans une organisation, c'est-à-dire passer du plan individuel au

plan organisationnel (Champagne et Lemieux-Charles, 2004; Contandriopoulos et al., 2010). Plus récemment, une étude (Champagne et Lemieux-Charles, 2011) sur l'impact organisationnel de deux programmes visant à enrichir les compétences et le leadership des gestionnaires en santé dans l'utilisation des connaissances, a démontré l'importance de certaines caractéristiques organisationnelles pour favoriser la dissémination des connaissances, notamment, les réseaux de communication, la culture organisationnelle axée sur l'apprentissage, la présence de leader et l'engagement des individus dans le processus de dissémination des connaissances. À l'instar d'autres études (Beyer et Trice, 1982; Champagne et Lemieux-Charles, 2004; Straus, Tetroe et Graham, 2009) cette recherche a conclu à la nécessité de mieux comprendre les caractéristiques et les processus organisationnels permettant de mettre en place une capacité organisationnelle pour gérer la connaissance.

La plupart des chercheurs reconnaissent la nécessité de s'attarder aux déterminants contextuels et organisationnels pour comprendre comment ils influencent le processus de conversion de connaissances. Mais qu'en est-il des caractéristiques individuelles? L'étude des processus ne peut être complète sans prendre en compte certaines caractéristiques des individus. En effet, les individus ne forment pas un tout uniforme, leurs spécificités peuvent influencer le processus. En particulier, une grande importance dans la littérature organisationnelle a été portée à la question du leadership. Et il est intéressant de constater son traitement en science des organisations.

En effet, alors que l'on reconnaît son importance pour favoriser les processus d'apprentissage organisationnel, il n'existe pas de consensus sur le style ou la forme de leadership pour y arriver (Van Knippenberg, 2013; Murase et al, 2014; Von Krogh, Nonaka, Rechsteiner, 2012). On retrouve un grand nombre de théories et d'approches sur le leadership (Murase et al, 2014). Tel que l'ont résumé Murase et al (2014) dans un effort de résumer de la littérature, on peut catégoriser les théories sur le leadership en quatre grandes perspectives : la perspective comportementale, stratégique, transformative/transactionnelle, et le leadership distribué. La perspective comportementale contient les études en psychologie sur les comportements des leaders. Il existe aussi plusieurs taxonomies du comportement qui résument les rôles du leader comme suit : planification/coordination et information/communication. Un des styles les plus fréquemment évoqués est le rôle du leader modèle, celui qui par ses pratiques dédiées à constituer et à utiliser les connaissances, encourage et

soutient les employés dans leurs initiatives (Von Krogh, Nonaka et Rechsteiner, 2012; Goh, 2002). Les théories comportementales ont été critiquées pour leurs approches statiques qui ne tiennent pas compte des contextes et des caractéristiques organisationnelles (Gill et Shachar, 2006). Le leadership stratégique s'intéresse principalement aux gestionnaires de haut niveau. L'hypothèse sous-jacente aux théories stratégiques est que les leaders influencent l'efficacité des organisations en formulant clairement la vision, la mission et les stratégies de l'organisation (Von Krogh, Nonaka et Rechsteiner, 2012). Cette définition du leader tend à négliger le rôle des individus dans les processus d'apprentissage organisationnels. On leur a reproché de ne pas tenir compte de l'aspect motivationnel et de désir d'empowerment dans les processus d'apprentissage (Gill et Shachar, 2006). Les théories transactionnelle et transformationnelle mettent l'emphase justement sur la motivation grâce aux récompenses (transactionnelles) ou l'empowerment et la motivation d'aller au-delà des attentes (transformationnelles). Ces deux formes de leadership tout en mettant l'emphase sur l'autonomie et l'empowerment des individus, maintient l'idée d'un leadership centralisé (Von Krogh, Nonaka et Rechsteiner, 2012). Finalement, une dernière perspective présente le leadership comme étant distribué au sein d'un groupe d'individus dans l'organisation, c'est-à-dire qu'au moins deux individus se partagent les rôles, les responsabilités et les activités de leader (Murase et al, 2014; Von Krogh, Nonaka et Rechsteiner, 2012). Le leadership, selon cette conception, est le résultat d'une coopération entre les individus qui alignent leurs comportements, leur engagement et leurs pratiques (Spillane et al, 2012).

Von Krogh, Nonaka et Rechsteiner (2012), dans une revue de littérature sur le leadership et le processus de création de connaissances, ont démontré que les études ne permettaient pas de statuer sur la supériorité d'une forme de leadership ou une autre. Une des raisons principales évoquées étant que la plupart des études ont évacué la notion du contexte organisationnel en particulier l'influence sur les processus d'apprentissage. Von Krogh, Nonaka et Rechsteiner concluent à la nécessité d'avoir une conception du leadership qui démontre comment le leadership distribué peut coexister avec un leadership centralisé.

Ainsi, la question de l'influence du leadership dans les processus d'apprentissage organisationnel nécessite qu'elle soit étudiée en tenant compte de deux grandes perspectives : le leadership centralisé et distribué.

En conclusion, plusieurs déterminants peuvent influencer le processus d'apprentissage organisationnel. Néanmoins certains déterminants semblent faire consensus : le contexte social, historique et économique, la culture organisationnelle, les ressources organisationnelles (financières humaines matérielles) et finalement le leadership.

2.9 En conclusion

L'objectif de cette recherche est de comprendre comment une structure organisationnelle mettant en place des pratiques d'utilisation des connaissances contribue à améliorer la coordination des soins et des services en santé. Pour ce faire, il faut comprendre la nature des processus qui permettent cette utilisation de connaissances et comment les connaissances peuvent être partagées pour transcender les individus et s'inscrire à un niveau organisationnel. La recension des écrits a permis de démontrer que malgré l'existence d'une riche littérature sur les connaissances et les organisations dans plusieurs domaines scientifiques, des ambiguïtés subsistent notamment sur la définition des connaissances, les différentes utilisations et les processus d'apprentissage organisationnel. Comme l'ont souligné Nonaka et von Krogh (2009) et Graham et al. (2006) la connaissance demeure un concept aux limites imprécises qui rend difficile de généraliser les résultats au-delà d'une étude ou à travers divers domaines scientifiques. Cette difficulté tient dans un premier temps à la définition des connaissances. On retient de la recension des écrits que les connaissances ne sont pas des données statiques, mais bien des informations organisées et structurées qui s'insèrent dans un contexte précis et qui demandent d'être traitées à travers le jugement des individus (Bell et Albu : 1999). Adoptant la définition des connaissances comme pratique sociale d'action, il est alors nécessaire de différencier entre le processus (apprentissage) et le résultat (connaissance). Or, cette distinction n'est habituellement pas faite et nous n'avons pas pu trouver de modèle théorique qui distinguait formellement entre le processus de développement des connaissances et le résultat attendu (connaissances). En effet, aucun des modèles d'utilisation des connaissances, d'apprentissage et/ou de dissémination des connaissances ne distingue de manière satisfaisante le processus, du résultat. Néanmoins, chacun apporte des contributions importantes à la compréhension, mais si on les considère ensemble, il manque une vision claire entre les processus qui permettent de développer des apprentissages collectifs du résultat de ces apprentissages (connaissances).

Il s'agit jusqu'à un certain point d'un double mouvement : processus (apprentissage) et résultat (utilisation) qui se rejoignent et se chevauchent. La frontière entre les deux est fluide et perméable. Les connaissances deviennent le résultat d'un processus social d'interactions et d'échanges entre des individus et leur environnement et en même temps les connaissances (ou plutôt les informations) sont aussi parties prenantes du processus d'apprentissage. Mais pour des besoins conceptuels il est important de les différencier pour permettre de développer une explication de la manière dont les pratiques s'insèrent dans un processus d'apprentissage, mais aussi permettre une utilisation des connaissances dans les prises de décision. Les différentes approches ont également démontré l'importance de prendre en compte le contexte afin d'étudier son influence sur le processus d'apprentissage et d'utilisation des connaissances, mais également pour définir comment s'effectue l'interdépendance entre les actions des individus et les éléments contextuels de l'organisation. Finalement, la prise en compte du processus et de son résultat, doit se faire en maintenant un équilibre entre différentes forces en présence: entre une cognition partagée et un savoir distinct, entre pratique et savoir, entre savoir tacite et explicite, entre individu et organisation.

Tel que démontré dans la recension des écrits, le modèle de création de connaissances de Nonaka (1998, 2001, 2006) a l'avantage d'avoir développé une compréhension des processus de conversion des connaissances à travers les interactions et en tenant compte du contexte précis. Le modèle s'appuie également sur la contribution des théories de la cognition collective pour expliquer la nature des interactions. Pour ces raisons, le modèle de Nonaka fondé sur la théorie de création de connaissances apparaît pertinent pour évaluer comment une structure organisationnelle peut contribuer à la création de nouvelles connaissances organisationnelles. Cependant, il n'est pas suffisant car l'objectif de cette recherche évaluative est de rendre compte aussi de l'utilisation des connaissances dans les prises de décision car nous faisons l'hypothèse que la combinaison du processus de création des connaissances et de l'utilisation des connaissances dans les prises de décision résultera par un apprentissage organisationnel, mais également par des décisions organisationnelles fondées sur les connaissances et, à terme, à une amélioration de la coordination des soins.

En résumé, la recension des écrits a mis en évidence la nécessité de développer un modèle de création de connaissances qui tienne compte du processus d'apprentissage et de l'utilisation des connaissances dans les prises de décision.

Ces deux éléments doivent être étudiés ensemble. Quelle est la nature des interrelations entre les structures, les contextes et les processus pour la gestion des connaissances ? Comment les facteurs environnementaux, culturels et sociaux influencent-ils les processus ? Comment les connaissances sont utilisées pour prendre des décisions ? Comment le processus d'utilisation s'inscrit dans les processus d'apprentissage organisationnel ? Il y a un besoin réel de mieux comprendre les processus de création de connaissances et leur rôle dans la prise de décision organisationnelle et ultimement la meilleure coordination des organisations.

C'est pour rendre compte de ces interrogations que le cadre conceptuel présente, dans le prochain chapitre, une grille théorique intégrant un processus création de connaissance et un modèle d'utilisation des connaissances dans les prises de décision. Ce cadre conceptuel permettra de déterminer les questions de recherche et de structurer la méthodologie de l'évaluation.

3 Le cadre conceptuel

*Realist evaluation has its own slogan
« what works for whom in what
circumstances...and why » (Pawson,
2013 :15)*

Le présent projet de recherche s'est développé en s'appuyant sur une approche d'évaluation réaliste, fondée sur la théorie (*theory driven evaluation*). Cette approche en évaluation stipule que la théorie explique comment une intervention fonctionne. En effet, le modèle théorique explique comment les résultats seront obtenus (Roger et al : 2005; Coryn et al : 2011). En général, eu égard à la complexité des interventions sociales, ces modèles théoriques incluent des facteurs contextuels qui peuvent influencer les processus et les résultats d'une intervention. Plus précisément, la théorie d'une intervention vise à définir comment les différentes composantes d'une intervention sont liées entre elles et comment elles contribuent à produire les effets attendus (Pawson : 2013, Davidson, 2005). L'évaluation guidée par la théorie possède deux composantes : une conceptuelle et une seconde empirique (Roger et al : 2000). Conceptuellement, une évaluation guidée par la théorie doit expliquer les mécanismes de la théorie de l'intervention. Empiriquement, elle doit évaluer comment l'intervention produit les résultats observés.

La théorie de l'intervention peut être basée sur la pratique, mais pour plusieurs chercheurs la théorie devrait provenir de théories sociales et ne pas être seulement une série logique de prémisses (Chen 1990). En effet, fondée l'évaluation sur une théorie sociale renforce le pouvoir d'explication de l'intervention.

Rossi (2004), a affirmé que non seulement la théorie servait à comprendre les mécanismes des interventions, mais aussi elle guidait les questions d'évaluation. Dans un même ordre d'idées, Pawson et al (2005) ont déterminé trois étapes à l'évaluation réaliste fondée sur la théorie : 1- développer la théorie de l'intervention, 2- formuler les questions d'évaluation et 3- répondre aux questions. Le chapitre suivant présente le cadre conceptuel qui guide l'ensemble des étapes de cette recherche évaluative : questions de recherche, méthode utilisée et interprétation des résultats.

3.1 Présentation du cadre conceptuel

Pour guider la démarche d'évaluation, le présent cadre conceptuel a été développé en lien avec les constats issus de la recension des écrits sur la mobilisation des connaissances, l'apprentissage organisationnel et l'utilisation des connaissances dans les prises de décision. Ainsi, cette recherche s'appuie sur un cadre conceptuel (figure 1) inspiré du modèle de création des connaissances de Nonaka (1994), Nonaka, von Krogh et Voelpel (2006), Nonaka et von Krogh (2009) et du modèle d'utilisation des connaissances de Denis et al (2004). Le modèle intègre les concepts des théories cognitives sur l'apprentissage ainsi que celles sur les théories sociologiques de l'action (Argyris et Schön, 1978; Gibbens : 1984). Finalement, le cadre conceptuel prend en compte le contexte et ses différents déterminants.

Le cadre conceptuel stipule que les ressources et les activités mises en place par le BST dans le cadre d'harmonisation et optimisation de projets cliniques et administratifs vont permettre aux participants d'interagir, d'échanger leurs connaissances tacites et explicites, d'incorporer les connaissances scientifiques et celles provenant de l'environnement externe, d'utiliser les connaissances dans les prises de décision afin de créer de nouvelles connaissances qui deviendront organisationnelles et qui résulteront par une augmentation des décisions fondées sur les connaissances dans l'organisation, par une amélioration des pratiques cliniques et administratives, par le développement de nouveaux réseaux de pratiques et ultimement une meilleure coordination des soins et des services.

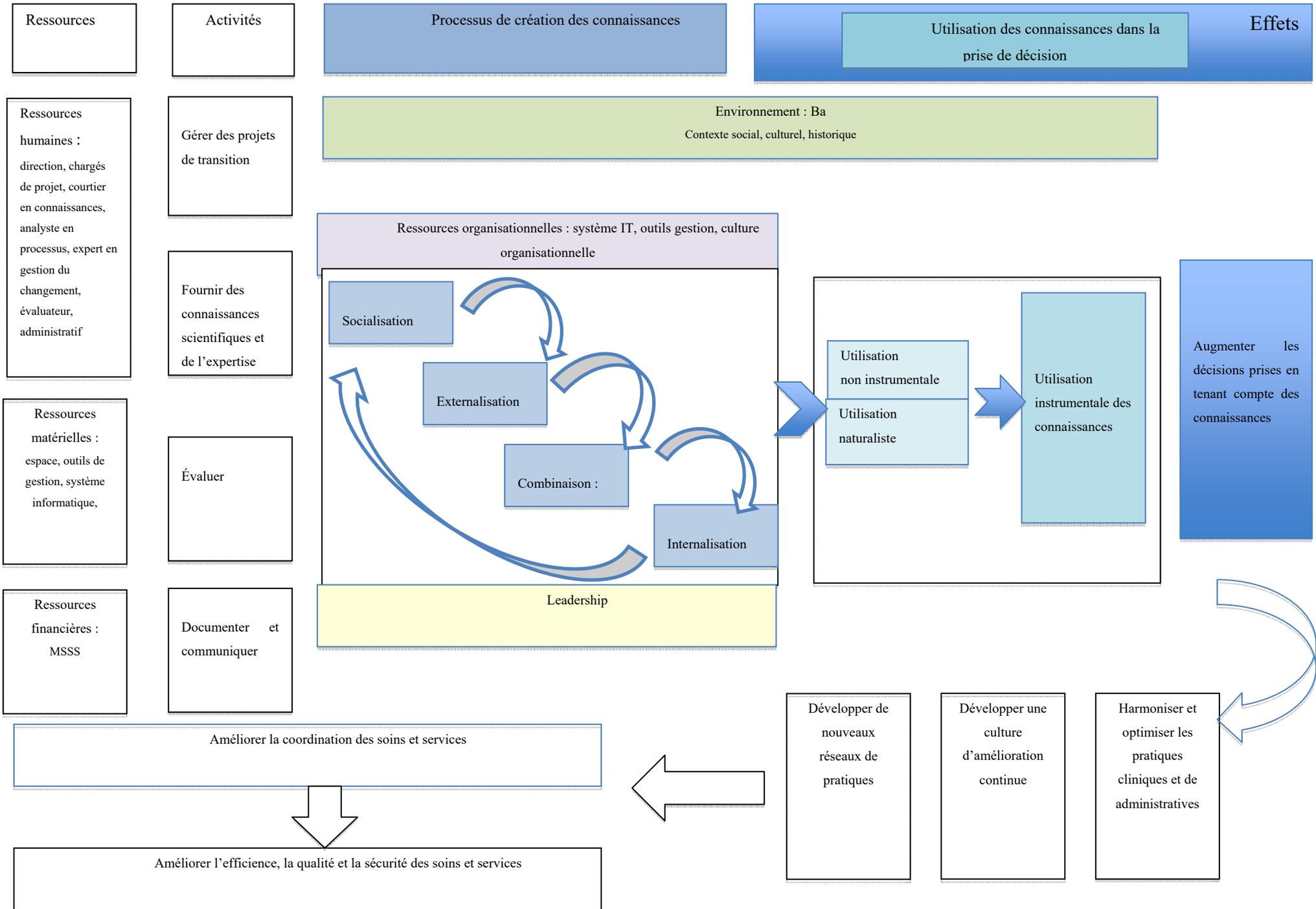
3.2 Description des composantes du cadre conceptuel

Le cadre conceptuel est illustré à la p.59. Il illustre les activités, les mécanismes d'actions et les conditions qui permettent la réalisation des effets. En référant à la figure 1, les deux premières colonnes présentent les ressources et les activités développées par le BST. Elles font l'objet de la 1^{re} question de recherche et seront détaillées dans la section 5.1 et 5.2.

La partie « théorie » du cadre conceptuel comprend deux parties distinctes, mais interreliées, pour rendre compte du processus de création de connaissances et celui de l'utilisation des connaissances dans les prises de décision. Ceci permet de présenter une perspective holistique de l'apprentissage organisationnel et de la mobilisation des connaissances au plan organisationnel (processus et résultat). La prémisse à la base de ce

cadre conceptuel est que la dissémination et la création des connaissances ne sont pas un phénomène linéaire. À l'instar de la théorie de Nonaka (1998), le modèle prend en compte la complexité des interactions et propose une vision dynamique des échanges.

Figure 1 Cadre conceptuel de création et d'utilisation des connaissances dans les prises de décision



3.2.1 Processus de création des connaissances

La partie du cadre qui illustre le processus de création de connaissances organisationnelles démontre les mécanismes par lesquels les connaissances sont mises à disposition par l'organisation et par lesquels les connaissances individuelles sont amplifiées, modifiées et connectées au système de connaissances organisationnelles (Nonaka et von Krogh, 2009).

Le modèle reflète une approche systémique des échanges entre les individus et rend compte des interdépendances entre les structures organisationnelles, les processus d'échanges organisationnels (par exemple les réseaux formels et informels), la culture organisationnelle, les ressources organisationnelles et le contexte social, culturel et historique. Il s'agit d'une pratique sociale qui se construit à partir du processus de conversion des connaissances.

Le processus de conversion et de création des connaissances s'articule, dans un contexte spécifique, par quatre modes de communication : socialisation (tacite à tacite), externalisation (tacite à explicite), combinaison (explicite à explicite) et internalisation (explicite à tacite). Inspiré des travaux de Nonaka (1998) et de Nonaka et von Krogh (2009), le processus de conversion est décrit comme suit :

- La socialisation est un processus de conversion du savoir tacite qui s'effectue par des activités communes grâce à l'observation et aux échanges entre des individus au sein de l'organisation. L'échange de points de vue, de modèles mentaux et de valeurs peut se produire dans le cadre de compagnonnage et de réunions informelles.
- L'externalisation est un processus de transformation du savoir tacite en savoir explicite. Le savoir devient explicite lorsqu'il est inclus dans des outils de communication formels et qu'il permet de mettre en place des compréhensions communes à un problème/situation/solution. Ce processus nécessite qu'il y ait un certain engagement de la part des membres envers le groupe. Les idées, les pensées et les connaissances sont alors partagées avec le reste du groupe. Pour ce faire, ils utilisent des outils de traduction des connaissances tacites en connaissances explicites par exemple à l'aide de métaphore, d'analogies, de narration, etc. Une des étapes importantes de ce processus est de traduire les connaissances scientifiques et expertes en formes explicites compréhensibles pour les membres du groupe.
- La combinaison est le processus de reconfiguration ou de construction de nouveaux savoirs. La communication et la systématisation des connaissances sont des facteurs importants du processus. Le processus de combinaison s'effectue en quatre temps : collecter les connaissances externes, les combiner avec les connaissances existantes, les disséminer à l'aide d'outils formels comme des présentations, des formations, etc.

et finalement, éditer les nouvelles connaissances sous forme de documents stratégiques, de plans, de rapports, de tableaux, etc. pour permettre une meilleure utilisation.

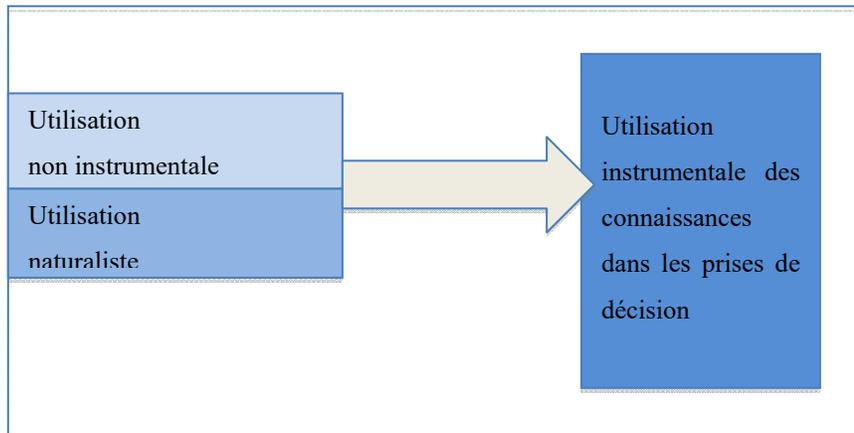
- L'internalisation est le processus qui transforme les nouvelles connaissances explicites en connaissances organisationnelles tacites. Ce processus est mis en application par l'action et s'apparente à l'apprentissage par la pratique, mais peut aussi se produire dans le virtuel grâce à la stimulation et les expérimentations. Lorsque les individus internalisent les connaissances explicites, elles deviennent des connaissances tacites. Notons que ce mode de conversion représente en fait le résultat du processus d'apprentissage. C'est à partir de l'internalisation que les connaissances sont connectées aux connaissances organisationnelles.

Ainsi, les connaissances sont converties par un processus complexe d'échanges qui suivent un parcours en continu qui s'amplifie en créant de nouvelles connaissances organisationnelles. Si les connaissances sont initialement créées par les individus, elles deviennent des connaissances organisationnelles grâce au processus de conversion décrit dans le cadre conceptuel. Il est important de spécifier que la création et l'utilisation des connaissances s'effectuent aussi à l'intérieur d'un contexte particulier.

3.2.2 Modèle d'utilisation des connaissances

Au centre du processus d'apprentissage se situe la question de l'utilisation des connaissances dans les prises de décisions. Le modèle conceptuel reprend le cadre de référence d'analyse et d'optimisation de l'utilisation des évidences et des connaissances dans les prises de décision de Champagne et Lemieux-Charles (2004). Le cadre propose trois types d'utilisation : utilisation instrumentale, non instrumentale et naturaliste. L'utilisation instrumentale se manifeste par l'utilisation d'évidence scientifique dans la prise de décision. L'utilisation non instrumentale, aussi nommée conceptuelle, tactique/politique ou d'*enlightment*, réfère à la manière dont les évidences viennent modifier la vision et la compréhension d'une problématique. Ce type d'utilisation est indirect et cumulatif. Finalement le troisième type d'utilisation fait référence à l'utilisation de l'expertise et de l'intuition dans les prises de décision. Selon le modèle, ces trois types d'utilisation sont liées : l'utilisation non instrumentale et naturaliste vient influencer et moduler l'utilisation instrumentale des évidences dans les prises de décisions. Une plus grande utilisation non instrumentale ou naturaliste vient diminuer l'utilisation instrumentale.

Tableau 1 Modèle d'utilisation des connaissances



Dans le cadre conceptuel, le modèle d'utilisation des connaissances est un des **effets** de l'intervention. L'hypothèse est que le processus de création de connaissances organisationnelles contribue à changer la manière de prendre les décisions pour les fonder sur les connaissances et que cette pratique va se disséminer à d'autres secteurs de l'organisation de santé.

Notons par ailleurs, que les connaissances sont utilisées aussi dans le processus de création, elles sont partie intégrante de l'externalisation et de la combinaison. Ces deux modes de conversions demandent plusieurs prises de décisions. Par conséquent, le modèle d'utilisation des connaissances s'applique aussi au sein du processus et cet aspect est traité dans la discussion.

3.2.3 Les facteurs influençant le processus de création de connaissances et les effets obtenus

Le cadre conceptuel présente des facteurs qui influencent le processus de création des connaissances et les effets obtenus. Comme l'a démontré la recension des écrits, ces caractéristiques contextuelles sont traitées abondamment dans les différentes littératures (Rashman et al : 2009, Nonaka et von Krogh : 2006, Pawson : 2005, Chen : 1990). Elles permettent de différencier les facteurs influençant le processus de création de connaissances,

de ceux précis au cas étudié. Le cadre identifie deux catégories de facteurs. Premièrement, les facteurs contextuels (politiques, économiques et sociales) qui permettent de comprendre comment le contexte environnemental influe sur les effets obtenus. En d'autres mots, ces caractéristiques contextuelles n'appartiennent pas à la théorie de création et d'utilisation des connaissances. Elles sont précises au cas étudié.

Deuxièmement, une autre catégorie de facteurs influence positivement ou négativement le processus même de création de connaissances. Ces facteurs sont identifiés comme étant des éléments constitutifs du processus de création de connaissances. Pour reprendre le vocable du modèle de Nonaka et von Krogh (2006), une première catégorie concerne les ressources concrètes (hard), c'est-à-dire les ressources organisationnelles telles que les systèmes de communication et les outils de gestion. La deuxième catégorie souple (soft) incorpore des facteurs comme les valeurs, la culture organisationnelle et le leadership.

Ainsi, le cadre conceptuel identifie deux ressources concrètes : la présence de systèmes d'information qui permettent de gérer les connaissances : collecter les données, les entreposer, les transmettre, avoir accès à la littérature scientifique, avoir accès à des courtiers en connaissance (Lemieux-Charles et al., 2014, Nonaka et von Krogh, 2006, Greenhalgh et al., 2004).

L'existence d'outils de gestion (suivi et évaluation des projets) sont considérée comme des ressources structurant les échanges et les interactions. Ces ressources concrètes, lorsqu'elles sont présentes sont identifiés comme des facilitateurs au processus de création et à l'utilisation des connaissances.

Le cadre identifie aussi la culture organisationnelle comme facteur important modulant le processus de création et d'utilisation des connaissances. La définition s'inspire des écrits sur les organisations apprenantes et réfère à la présence d'une culture d'apprentissage qui permet l'expression de désaccord, l'appréciation des différentes perspectives, l'ouverture aux nouvelles idées et le sentiment de confiance (trust) entre les participants (Nonaka et von Krogh, 2006, Garvin, Edmondson et Gino, 2008). Ce facteur inclut aussi la valeur accordée à l'apprentissage et l'utilisation des connaissances au sein de l'organisation (Lemieux-Charles et al., 2014, Garvin, Edmondson et Gino, 2008).

Un dernier facteur est la présence de leadership. La définition retenue reprend celle de Von Krogh, Nonaka et Rechsteiner (2012) qui considèrent le leadership : « to be performing a

set of situated knowledge creation activities » (p. 257). En ce sens, l'accent est mis sur les activités réalisées plutôt que sur le rôle accompli par le ou les leaders. Cette définition utilise la dichotomie existant entre le leadership centralisé et distribué pour la lier au contexte de la création de connaissances. Ainsi, les activités de leadership sont étudiées par les structures formelles et informelles de l'organisation. Les activités du leadership centralisé sont associées aux structures formelles alors que le leadership distribué est associé aux activités informelles.

Le leadership centralisé inclut des activités comme l'allocation des ressources, la définition des formes organisationnelles, la mise en place d'une vision organisationnelle, la formulation de stratégies, le contrôle et le suivi des activités.

Le leadership distribué représente les activités qui utilisent et capturent des ressources organisationnelles dans le contexte du processus de conversion. En terminant, les activités de leadership permettent de mieux comprendre comment le contexte, les individus et le processus de conversion fonctionnent ensemble.

Tableau 2 Modèle de création des connaissances organisationnelles et ses facteurs

Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Social, culturel et historique
Processus de conversion	
Socialisation	<ul style="list-style-type: none"> • Tacite-tacite
Externalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Tacite-explicite
Combinaison	<ul style="list-style-type: none"> • Explicite-explicite
Internalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Explicite-tacite
Ressources organisationnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Outils de gestion, outils de communication • Culture organisationnelle (sécurité psychologique, appréciation de la différence, ouverture aux nouvelles idées, confiance et valeurs)
Leadership	<ul style="list-style-type: none"> • Distribué • Centralisé

3.2.4 Les effets attendus de l'intervention

Le cadre conceptuel présente la chaîne logique des effets attendus, mais seul le premier, c'est-à-dire, *l'augmentation des décisions prenant en compte les connaissances* fait partie de l'évaluation.

4 Méthodologie

4.1 But et questions de recherche

Le but de ce projet de recherche est de comprendre comment une structure organisationnelle visant la mobilisation et l'utilisation des connaissances dans les prises de décision contribue à la conversion et la création des connaissances organisationnelles. La recherche s'appuie sur un cas précis : le BST du CUSM.

Les questions de recherche sont :

1. Quelles sont les activités mises en place par le BST et comment ont-elles évolué ?
2. Quels sont les processus qui ont permis la création des connaissances et quels sont les facteurs ayant facilité ou empêché cette création des connaissances organisationnelles ?
3. Quels sont les éléments contextuels qui ont influencé les effets obtenus par l'intervention du BST ?

L'évaluation fondée sur la théorie est l'approche qui structure l'ensemble de ce projet de recherche évaluative. Les prochaines sections précisent le type d'évaluation, la stratégie de recherche, les instruments de mesure aussi que le cadre d'analyse des données.

4.2 Type d'évaluation

Analyse d'implantation de types 2 et 3

La méthodologie du présent projet de recherche repose sur l'analyse d'implantation. Ce type d'évaluation permet d'étudier les relations entre le contexte, les variations dans la mise en œuvre de l'intervention et les effets observés de l'intervention (Champagne et al. 2009). Ce type d'évaluation est aussi appelé analyse de processus dans la littérature organisationnelle. Plusieurs auteurs ont défini et utilisé l'évaluation d'implantation en la nommant de manière différente. Par exemple, elle est définie par Weiss (1998:10) de la manière suivante:

« We have at least three situations that call for process data. One is when the key questions concern process. Evaluation sponsors want to know what is going on. Another is when the key questions concern outcome, but we want to be sure what the outcomes were outcomes of? [...] The third situation is when the evaluator wants to associate outcomes with specific elements of program process- that is to find out which particular features of the program were associated with greater or lesser success»

Patton (2002) quant à lui, s'est également intéressé à la problématique en évaluation afin de comprendre les forces et faiblesses du programme par l'analyse de la dynamique interne et des composantes du programme.

Finalement, l'équipe de chercheurs du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal (GRIS) a créé un modèle d'évaluation pour les organisations en santé. Leur modèle précise les différentes manières d'étudier l'influence du contexte dans la mise en œuvre d'une intervention. La mesure du degré de mise en œuvre de l'intervention suppose: • (1) de spécifier a priori les composantes de l'intervention (théorie du programme) • (2) de définir les pratiques que demande la mise en œuvre de l'intervention • (3) de décrire les pratiques courantes • (4) d'analyser la variation dans la mise en œuvre en fonction de la variation des caractéristiques contextuelles (Champagne F., 2015 : note de cours). Elle s'intéresse aux relations entre le contexte, les variations de l'implantation et les effets observés (Champagne et al, 2009).

Pour les besoins du projet de recherche et pour répondre aux questions de recherche, l'évaluation d'implantation de types 2 et 3 semble la plus appropriée.

L'évaluation d'implantation de type 2 permet d'identifier les composantes qui sont essentielles et celles qui sont secondaires dans la mise en œuvre d'une intervention. Le but est de mettre en relation la variation dans la mise en œuvre et les effets observés. Dans le cas présent, l'intervention du BST est à la fois complexe, mais également peu spécifique. Pour comprendre les effets, il est important de comprendre d'abord ce qui a réellement été mis en place dans l'intervention. Les questions 1 et 2 concernent l'évaluation d'implantation de type 2.

L'évaluation d'implantation de type 3 s'intéresse, quant à elle, à la manière dont les particularités du milieu d'implantation ont influencé les effets obtenus, c'est-à-dire comment les caractéristiques contextuelles ont influencé la mise en œuvre de l'intervention. La question 3 concerne le type 3 de l'évaluation d'implantation.

4.3 Stratégie de recherche et devis

La stratégie de recherche utilisée a été une approche synthétique qualitative sous la forme d'une étude de cas, le BST du CUSM, qui a permis de rendre compte du caractère systémique des relations et de la complexité des processus d'utilisation, de conversion et de création de connaissances au sein de l'organisation. Cette stratégie a permis de comprendre ce qui s'est passé

en temps réel et de mieux saisir comment s'est déroulée la chaîne d'événements. Ce projet de recherche s'est inscrit parfaitement dans ce que Yin (2009) a décrit comme :

« [...] *an empirical inquiry that : 1) investigates a contemporary phenomenon within its real-life context, when ; 2) the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident, and in which ;(...)* 3) *relies on multiple sources of* » (18)

Cette stratégie a permis d'examiner de manière détaillée comment le changement s'est produit par les pratiques mises en place par le BST et comment les éléments contextuels ont interagi pour développer la capacité organisationnelle d'utilisation, de conversion et de création des connaissances du CUSM. Les données sur l'intervention ont été recueillies utilisant trois sources : l'observation, les entretiens et l'analyse documentaire.

Stratégie pour sélectionner les projets d'étude

La sélection des projets cliniques/gestion s'est faite selon un critère d'**opportunité**. Au moment de débiter la collecte de données, une rencontre avec la directrice du BST a permis d'évaluer les projets qui permettraient d'évaluer les processus d'apprentissage. Au départ, trois projets ont été sélectionnés pour leur diversité et pour la faisabilité au moment où la chercheuse a rejoint l'équipe du BST. Trois mois plus tard, un seul de ces projets a été conservé. En effet, un des projets a connu un arrêt complet durant plusieurs mois dû à l'attente d'une décision de la haute direction du CUSM. Lorsque ce projet a repris, la collecte de données était presque terminée. Le deuxième projet a été abandonné, car le BST s'en est retiré. En fin de compte, le troisième projet comprenait de multiples sous-projets et l'ampleur du mandat justifiait qu'il devienne le seul projet étudié.

Stratégies pour la sélection des interviewés

La directrice du BST, les chargés de projet, les courtiers de connaissances, et les participants/professionnels ont été interviewés sous la recommandation de la directrice du BST. D'autres participants aux projets cliniques/gestion sélectionnés ont été interviewés en utilisant une stratégie de boule de neige (**snowball**). Cette stratégie qui fonctionne par référence a permis de rencontrer les personnes clés du projet.

Collecte de données

La collecte de données a été effectuée entre le 1^{er} octobre 2013 et le 31 décembre 2014.

L'observation a été effectuée du 1^{er} octobre 2012 au 30 juin 2013 et du 10 septembre au 19 décembre 2013, dans les réunions d'équipe et deux des projets de transition. La chercheuse a pris soin de prendre des notes personnelles sur les interactions entre les participants.

Une première vague d'entretiens a été réalisée du 14 janvier au 31 mars 2014 avec les employés du BST. La deuxième vague d'entretiens a eu lieu du 14 décembre 2013 au 23 janvier 2014. Les entretiens ont été réalisés dans les bureaux du CUSM durant les heures normales de travail. Les entretiens étaient volontaires, mais ont été approuvés et même encouragés par la directrice du BST. La durée moyenne des entretiens de la première vague était de 45 minutes alors que celle de la deuxième était de 30 minutes. Au total, 17 personnes/employés du BST ont été interviewées pour la première vague et 7 employés pour la deuxième vague. Lors de la première vague, les entretiens semi-dirigés visaient à documenter la compréhension des interviewés de leur mandat, des ressources, des activités et des pratiques du BST en janvier 2013, de déterminer les défis/facteurs positifs auxquels ils étaient confrontés dans la réalisation de leurs activités. Les entretiens visaient aussi à rendre compte de l'évolution et des changements du BST. Lors de la deuxième vague, les entretiens visaient à documenter l'expérience des interviewés dans le projet d'harmonisation des pratiques intraveineuses et à documenter leur compréhension du projet et de son évolution, ainsi que les défis/facteurs positifs auxquels ils ont été confrontés.

Les entretiens ont été menés par une intervieweuse. La grille de codage des entretiens est basée sur les thématiques abordées dans l'entrevue et sur les thèmes émergents lors des entrevues.

La stabilisation de la grille de codes et des définitions afférentes a été menée par l'intervieweuse avec l'aide d'une chercheure : définition des codes, codage séparé d'une même section d'entrevue, mise en commun, recodage de la section.

Lorsqu'un consensus a été atteint sur la grille, l'ensemble des transcriptions a été codé sur une copie papier et ensuite sur QDA Miner version 4.0.

Finalement, une analyse documentaire a été réalisée à l'aide des documents inscrits sur l'intranet du site de McGill, des comptes rendus des réunions et des articles scientifiques écrits en collaboration avec la direction du BST. Au total, 77 comptes rendus et 5 articles ont été étudiés.

Cette méthode a permis d'assurer une triangulation des données. L'utilisation de différentes sources de données concernant un même objet d'étude permet d'augmenter la crédibilité des résultats (Yin, 2009). Dans le cas présent, l'objet d'étude est complexe et en

constante évolution, la triangulation permettait d'étudier le BST sous différents angles et de s'assurer de la validité des résultats observés.

4.4 Instruments de mesure

La grille d'observation et la grille d'entrevues ont été conçues en utilisant les concepts et les facteurs identifiés dans le modèle conceptuel. Le tableau suivant décrit la collecte de données en présentant les concepts étudiés, leurs sous-dimensions ou facteurs, le nombre de participants rejoints et les sources de données.

Tableau 3 Collecte de données

			Instruments de collecte		
Concepts	Sous-dimension ou facteurs	Nombre de participants	Entrevues individuelles	Observation	Analyse documentaire
Processus de conversion des connaissances	<ul style="list-style-type: none"> • Socialisation • Externalisation • Combinaison • Internalisation 	24 entrevues 17 participants comités	X	X	X
Utilisation des connaissances dans la prise de décision	<ul style="list-style-type: none"> • Non-instrumentale • Naturaliste • instrumentale 	24 entrevues 17 participants comités		X	X
Activités	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des projets • Courtier en connaissances • Évaluation • Documentation et communication 	17 entrevues	X	X	X
Environnement	Contexte historique, politique et social	24 entrevues	X		X
Ressources organisationnelles	Système information et outils de gestion	24 entrevues	X	X	
	Culture organisationnelle	24 entrevues 17 participants comités	X	X	
Leadership	Centralisé	7 entrevues	X	X	X
	Distribué	17 participants comités	X	X	

4.5 Qualité des données

La validation de la grille d'observation et des grilles d'entrevues a été assurée par un prétest. Le prétest a été administré à trois étudiants de l'Université de Montréal, mais n'a pas nécessité de changement à la grille d'entrevue. La validation de la grille d'observation s'est fait grâce à un entraînement à l'observation de la part de l'étudiante au doctorat. L'assistance à de nombreuses réunions au début du projet a permis de tester la grille et de faire des changements.

4.6 Analyse des données

Les stratégies d'analyse dans une évaluation d'implantation ne sont pas simples à réaliser. Comme l'indiquait Langley (1999 :693) la complexité est à l'image de la complexité des phénomènes organisationnels :

« although temporal phenomena remain one of their distinguishing features, process data are not composed only of descriptions of discrete events. They also incorporate a variety of other types of qualitative and quantitative information. Again, this makes analysis and interpretation more complex. A process database, thus, poses considerable challenges. The sheer volume of words to be organized and understood can create a sense of drowning in a shapeless mass of information (Pettigrew's, 1990, much-quoted "death by data asphyxiation"). The complexity and ambiguity of the data make it difficult to know where to start. »

Le défi principal de l'analyse des données était de rendre compte de la richesse du phénomène, tout en assurant la compréhension et l'utilité des données pour la pratique. Afin de répondre au défi, trois stratégies principales ont été utilisées.

Les études de cas impliquent à peu près toutes un certain degré de stratégie narrative. Même si cette stratégie n'est pas centrale à notre analyse de données, elle a été utilisée pour raconter l'histoire du BST.

Stratégie narrative. Cette stratégie a consisté à raconter l'histoire du phénomène à l'étude afin d'en tirer la chronologie des événements et une multitude de détails sur le contexte. Elle était particulièrement bien adaptée dans le cas présent car il y en avait qu'un seul. (Langley, 1999). Elle a permis un haut niveau d'authenticité et la définition des frontières qui limitent le phénomène à l'étude. Elle a également favorisé l'intégration de différentes perspectives (stratégique, administrative, et clinique). Cette stratégie a aussi été utilisée dans une moindre

mesure pour répondre à la question #3. Elle a permis de présenter le contexte sous forme d'histoire. Cette stratégie était appropriée à l'objet de la recherche même si elle est souvent considérée faible dans le critère de généralisation.

Pour contrer cette faiblesse et pour répondre aux questions de recherche #2 et #3, une deuxième stratégie a été utilisée : une variante de la stratégie des *lectures alternatives* (alternate template strategy). Cette stratégie d'analyse a consisté à proposer une série d'interprétations théoriques pour un même phénomène. Pour les besoins de la recherche, nous avons intégré des modèles provenant de différents champs scientifiques dans le cadre conceptuel : le modèle d'utilisation des connaissances et le modèle d'apprentissage organisationnel. Chaque modèle a permis d'enrichir l'analyse en utilisant différents angles. Cette idée rejoint le « pattern-matching » de Yin (2009). Selon Langley (1999), cette stratégie utilisée dans une analyse de cas unique permet une compréhension fine du phénomène grâce à l'utilisation de plusieurs théories. Dans le cas présent, elle a permis à la fois la richesse et la parcimonie. Mises ensemble, les différentes théories ont permis une bonne précision (même si séparément elles rendaient compte du phénomène de manière imprécise).

Finalement, une dernière stratégie, la *décomposition temporelle* (temporal bracketing strategy) a été utilisée et pour répondre à la question #1. Les processus ont été décomposés en phases pour dégager les mécanismes d'évolution temporelle (Langley, 1999) et créer des unités d'analyse comparative pour ainsi rendre compte de l'évolution du changement. Cette stratégie a permis de structurer la narration de l'histoire des deux comités d'harmonisation des pratiques IV et de rendre compte de l'évolution des activités.

Le présent projet de recherche a utilisé une stratégie d'analyse (émergente) partant des données recueillies sur le terrain. Cette stratégie a permis d'identifier des variables pertinentes qui n'avaient pas été prises en compte dans le modèle logique.

Le tableau suivant démontre les stratégies d'analyse utilisées pour répondre à chaque question de recherche.

Tableau 4 Stratégies d'analyse des données

	Narrative	Lectures alternatives	Décomposition temporelle	Émergente (terrain)
Question#1	x		x	x
Question #2		x		x
Question #3	x	x		x

4.7 Validité de la recherche

Comme il s'agit d'une recherche qualitative, les stratégies suivantes ont été adoptées pour s'assurer de la validité de l'étude⁴ :

1. Pour augmenter la **crédibilité** des résultats, deux techniques ont été utilisées :
 - la triangulation : plusieurs sources de données et de méthodes
 - le dialogue avec les participants (*peer debriefing*), c'est-à-dire validation des résultats préliminaires auprès des participants
2. Pour augmenter la **transférabilité** des résultats nous avons procédé à une description détaillée du contexte de la recherche et une réflexion sur comment le contexte peut avoir influencé les résultats de la recherche.
3. Pour augmenter la **fiabilité, la consistance et l'imputabilité procédurale**, deux méthodes ont été utilisées :
 - le journal de bord et les notes méthodologiques sur le processus de recherche
 - *skeptical peer review* par le directeur et le codirecteur de thèse qui ont contesté les méthodes, les interprétations et les significations.
4. Pour augmenter la **confirmabilité** (neutralité) trois techniques ont été utilisées :
 - triangulation
 - journal de bord
 - *skeptical peer review*

1. Les critères utilisés se rapprochent du constructivisme mais sans mettre de côté le développement de chaînes logiques (Yin :2009) dans l'étude des thèmes.

4.8 Ethique

Le projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal (12-057-CERES) et par le comité d'éthique de l'Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill (12-035PSY).

5 Les résultats

5.1 Question 1 : Quelles sont les pratiques mises en place par le Bureau de soutien à la transition et comment ont-elles évolué?

Pour évaluer une intervention, il faut commencer par la définir et par établir un modèle logique (Champagne et al, 2009 :57).

Le chapitre suivant est divisé en deux parties soit, la présentation de la mission et les activités du BST et la description d'un des projets du BST. Ce projet est l'harmonisation des pratiques intraveineuses. La présentation des pratiques mises en place par le BST dans le cadre d'un projet précis permet de mieux comprendre l'application de ses pratiques et leur évolution.

5.1.1 Les pratiques du Bureau de soutien à la transition du Centre universitaire de santé McGill

L'amorce de la collecte de données du projet de recherche s'est effectuée en 2013. À ce moment, le BST était non seulement bien implanté dans la structure du CUSM, mais il avait évolué depuis sa création. Pour bien évaluer les changements dans l'implantation du BST et de leurs pratiques, il est donc nécessaire de définir le BST au moment du début de la collecte de données. L'objectif de la présente partie est de présenter les pratiques du BST, soit les principales activités, processus et objectifs du BST telles qu'ils ont été conçus à l'implantation du projet et leur évolution qu'au moment de la collecte de données. Nous serons en mesure de définir le modèle logique du BST qui avait cours au moment de la collecte de données.

Le modèle logique identifie les éléments clés de l'intervention en articulant comment ces éléments sont reliés les uns aux autres (Cooksy et al, 2001). La modélisation permet de conceptualiser les liens entre les structures, les processus et les résultats. Cette idée de comprendre l'articulation logique entre les objectifs, les activités et les ressources d'une intervention provient de trois constats : premièrement, les interventions sociales sont complexes et difficiles à définir car elles incorporent une variété de composantes, d'individus et de procédures (Weiss, 1998), deuxièmement, elle permet d'estimer l'évaluabilité, et finalement d'attribuer les effets à des mécanismes spécifiques (Champagne et al, 2009; Weiss, 1998 : Patton, 2002). Pour Patton (2002), le modèle d'intervention est une étape importante du

processus d'évaluation car il augmente la probabilité que les résultats soient utilisés par les acteurs. Plusieurs termes ont été utilisés par différents chercheurs en évaluation. Le modèle théorique décrit la chaîne logique des causes (immédiates à lointaines) et le modèle opérationnel établit le lien entre les structures et les processus jusqu'au premier résultat (Champagne et al, 2009: 62-63).

Weiss (1998) a établi une distinction entre deux sortes de modèle logiques : le modèle théorique formel et le modèle tacite. Le modèle théorique formel correspond aux théories formelles de l'intervention alors que le modèle théorique tacite n'est pas basé sur des théories scientifiques, mais plutôt sur l'expérience et l'intuition des individus. La plupart des interventions dans le domaine social sont conçues par des professionnels à partir d'éléments appris à l'école, d'expériences personnelles ou autres. Ainsi les programmes sont rarement définis de manière rationnelle avec des activités bien encadrées et une chaîne causale claire. Cependant, ce sont exactement ces questions qui intéressent l'évaluateur (Weiss, 1998).

Les documents et la littérature scientifique sont des sources importantes pour retracer le modèle théorique formel. Pour le modèle tacite, l'évaluateur doit reconstruire le modèle à l'aide d'entrevues, d'observation ou de consultations d'experts.

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour définir le modèle tacite. Champagne et al. (2009) proposent d'utiliser une méthode appelée en planification ARA : active, réactive et adaptative. L'évaluateur construit une première version qui est alors soumise aux acteurs concernés et elle peut être ajustée et modifiée. Ce genre de processus est participatif.

Le modèle opérationnel est la manière dont l'intervention devrait permettre d'atteindre les objectifs : les ressources nécessaires et les processus mis en œuvre pour atteindre les objectifs (qui fait quoi ? quelles sont les ressources investies? quelles sont les activités prévues?).

L'identification du modèle logique du BST a été réalisée à partir d'une analyse des données existantes. Les données sur l'intervention ont été recueillies utilisant trois sources : l'observation, les entretiens et l'analyse documentaire. Cette dernière a été réalisée à l'aide des documents inscrits sur l'intranet du site de McGill et des articles scientifiques écrits en collaboration avec la direction du BST.

Une première version a été présentée pour validation à la directrice du BST. La version qui suit a été ajustée à partir de ses commentaires.

La section suivante raconte l'émergence et la création du BST à partir de sa mise en place jusqu'au 31 mars 2014.

5.1.2 La petite histoire de l'émergence d'une nouvelle structure organisationnelle : le BST

En 2008, le CUSM a mis sur pied une nouvelle structure organisationnelle pour améliorer la coordination afin de faciliter la transition des activités administratives et cliniques vers le nouveau méga hôpital. À partir d'archives et d'entretiens avec des personnes clés du projet, la section suivante rend compte des différentes étapes de l'émergence de cette nouvelle structure organisationnelle. Pour saisir le contexte qui a mené à la création du BST, il faut revenir au stade initial du projet de construction de méga hôpital. En 1997, l'entité administrative du CUSM a vu le jour suite à la fusion de cinq hôpitaux. Les archives et les entretiens ont démontré que la fusion fut d'abord administrative affectant peu la pratique clinique. Au fil des ans, et avec la présence du projet de construction d'un nouveau méga hôpital, certaines unités cliniques ont fusionné leurs pratiques. Cela a donné lieu à des défis importants. En effet, à l'époque, la révision des protocoles cliniques se faisait de manière décentralisée. Les protocoles étaient différents d'un site à l'autre et les comités indépendants.

Quand X a commencé à regarder ça, c'est parce que le développement des protocoles se faisait de façon décentralisée. Les cinq sites — parce qu'il y avait cinq sites à ce moment-là — avaient chacun leur comité. Il y a des protocoles de différents, il y a des médicaments qui ne sont pas offerts dans la même concentration (p. 2)

L'expérience acquise avec la fusion de certaines pratiques cliniques a mis en évidence les défis posés par le redéploiement de 6 sites hospitaliers en 3 sites, affectant près de 14 000 employés hospitaliers, médecins et bénévoles. En effet, en plus de coordonner la construction d'un nouveau site et la rénovation d'un site existant d'une superficie totale de plus de 329,542 m², le projet de redéploiement demande la fusion des équipes cliniques à la culture organisationnelle et aux pratiques différentes. De plus, le projet de redéploiement inclut également des plans cliniques mandatés par le ministère de la Santé et des Services sociaux qui oblige un délestage d'activités moins spécialisées vers la communauté et une plus grande emphase sur les activités surspécialisées.

Mais l'expérience des pratiques cliniques qu'on a eu à développer ne faisait que démontrer qu'un nouvel hôpital, ce n'est même pas juste ça,

c'est tout le reste. Alors ça prenait un modèle. Ce qu'on a réalisé, mais on ne peut pas faire ça sans structure. (P2)

Tout changement organisationnel - comme la transition que va vivre le CUSM - est difficile. Il crée du stress parce qu'il bouscule l'ordre établi et remet en question les routines de travail et les modes de pratiques (P2).

Conscient des défis et la menace de déstabiliser complètement l'organisation (Lavoie-Tremblay et al, 2012), le CUSM entreprend des démarches pour préparer la transition dès 2002. Des visites de sites externes ayant procédé à un redéploiement met en lumière l'importance de miser sur la rétention des ressources humaines (Richer M-C, Marchionni C. (2004) Intranet BST) L'importance de l'aspect humain est confirmé par le rapport de la Commission d'analyse des projets d'implantation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et du Centre universitaire de santé McGill (2004) qui affirme la nécessité, dans un contexte de rareté des ressources humaines, d'avoir un plan spécifique pour ces dernières et d'évaluer les conséquences des bouleversements sur la rétention et le recrutement des ressources spécialisées.

Le département des ressources humaines du CUSM dès 2002, a produit des documents de réflexion sur les besoins de main-d'œuvre pour mobiliser les équipes de travail et assurer une implantation réussie, mais également mettre en place des stratégies organisationnelles sur les processus de travail.

En 2006, des leçons tirées d'une analyse comparative d'un site hospitalier américain ont mis en lumière, entre autres, la nécessité d'avoir une équipe dédiée à la transition afin d'assurer une coordination des activités.

C'est donc riche de ces expériences et d'une réflexion basée sur la littérature sur les changements organisationnels, de l'innovation et du transfert des connaissances, que l'équipe du CUSM a créé le modèle d'un bureau pour le soutien de la transition organisationnelle.

La transition était considérée par certains dirigeants cliniques comme une occasion pour promouvoir l'outil d'harmonisation des pratiques cliniques et pour mener les processus d'utilisation des données probantes à un plan organisationnel. L'utilisation des connaissances devenait donc un des éléments fondamentaux des activités de la nouvelle entité organisationnelle.

À noter qu'un facteur déterminant dans la mise en place de leur projet a été l'intérêt de la direction des ressources humaines qui y a vu une occasion pour consolider sa position dans la gestion du changement. Elle a aussi contribué à solidifier le modèle de transition en établissant des liens avec le projet de transition technologique. Cela allait s'avérer assez stratégique pour bonifier en quelque sorte le projet de transition.

Le directeur des ressources humaines qui faisait partie du groupe de direction a été la première à s'intéresser au projet de transition et à ouvrir les portes de la haute direction au groupe. Cette personne a aussi été instrumentale à incorporer un autre joueur : la transition technologique. Ce groupe avait déjà eu son financement et était déjà engagé dans la transition (P2).

Parce qu'il y avait une transition technologique à faire, lui était comme déjà engagé... Lui, il avait déjà eu son argent pour sa transition technologique (P2)

La direction du CUSM cherchait une manière de gérer la transition vers le méga hôpital. La proposition du BST s'accordait bien avec leurs objectifs. De même, le ministère de Santé et Services sociaux (MSSS) a accepté de mettre à la disposition un budget important de 16 millions de dollars pour l'établissement du BST car le projet rencontrait leurs objectifs d'optimiser les ressources. C'est ainsi que le BST a été créé relevant directement de la haute direction du CUSM tout en restant imputable au MSSS, leur partenaire financier.

5.1.3 Les premières années : 2008-2011

À ses débuts, le BST comprenait outre la directrice, un chargé de projet et un courtier en connaissances qui ont conçu un modèle d'intervention en collaboration avec des champions cliniques du secteur de la pharmacie et du nursing. La définition de la mission et des axes d'intervention s'appuient sur un modèle théorique de changement organisationnel inspiré des travaux de Pettigrew, Ferlie et McKee (1992). Ce modèle de changements de processus organisationnels examine, entre autres, les contextes réceptifs au changement et situe les individus au cœur du modèle. Selon ce modèle, c'est au sein des individus que se situe les habiletés et les compétences et les savoirs de l'organisation (Pettigrew et Whip, 1993 : 1991). Le modèle comprend également l'intégration des processus et des soins comme vecteur de changement et d'assurance qualité.

Ainsi la mission du BST se définit comme suit : 1) appuyer les principaux intervenants dans la coordination générale de la transition organisationnelle afin de maintenir et

d'améliorer les soins aux patients et les services au cours des différentes phases du projet de redéploiement; 2) offrir un appui aux gestionnaires afin d'assurer une utilisation optimale de l'expertise et des ressources pour chaque projet de transition. La mission proposait aussi trois axes d'intervention : Axe 1: Harmonisation et optimisation des pratiques cliniques et administratives • Axe 2: Accompagnement au changement et révision des processus • Axe 3: Évaluation (Richer M-C, Lavoie-Tremblay M., Aubry, M : 2011).

Les aspects liés à la gestion du changement, la révision des processus et l'harmonisation des pratiques ont été intégrés dans une méthodologie de gestion de projet. Une attention particulière est apportée à l'évaluation des résultats et du retour sur l'investissement. Petit à petit, le BST se transforme selon un modèle de Bureau de projet adapté au contexte hospitalier (Aubry, Richer et Lavoie-Tremblay 2014). Avec la concrétisation du projet de redéploiement, le BST prend de l'ampleur et diversifie ses compétences : analyste en processus, expert en évaluation et en changement en 2012.

L'importance accordée aux connaissances se traduit également dans le soutien de projets de recherche, de thèses doctorales et l'accompagnement de stagiaires de toutes les disciplines.

En résumé, à l'aube de la présente évaluation, le BST se présente comme une entité organisationnelle misant sur le soutien aux équipes cliniques grâce à une gestion de projet axée sur l'utilisation des connaissances, des compétences et d'expertise afin d'assurer une coordination des activités de transition et permettre un changement de culture organisationnelle.

5.1.4 Le Bureau de soutien à la transition : octobre 2012 à janvier 2013

Le BST a évolué depuis sa création et s'est enrichi des expériences passées pour adapter son offre de services et ses outils de gestion. Au moment de l'analyse, le BST regroupait une directrice, une directrice adjointe, un expert en évaluation, des courtiers en connaissances, un expert en prise de décisions basées sur les données probantes, des chargés de projets, des analystes en processus, une consultante en pratique clinique, des experts en ressources humaines, un expert en communication et des experts en gestion du changement.

L'analyse des récents documents internes et des articles scientifiques écrits en collaboration avec la direction du BST présente cette structure organisationnelle comme un

outil de soutien au changement. Pour ce faire, le BST mise sur la coordination des fonctions liées à la transition, notamment : les ressources humaines, la planification et les infrastructures, les TI, les finances et la logistique équipement. Le BST se concentre sur les projets (et non pas les opérations) et sur les changements qui en découlent. Les projets sont temporaires car axés sur la transition des activités cliniques et administratives vers le nouveau méga-hôpital, mais pour réussir, ils requièrent l'engagement d'une grande variété de parties prenantes. Le BST centralise certaines fonctions et oriente les actions des multiples parties prenantes vers un objectif commun (Lavoie-Tremblay et al, 2012). Depuis 2009, les documents produits par la direction du BST le présente comme un bureau de projet (Lavoie-Tremblay M. et al, 2012; Lavoie-Tremblay et al. 2013). Le BdP est une entité mise en place au sein de l'organisation afin d'aider les différents acteurs d'un projet (décideurs, gestionnaires de projets, équipes, etc.) à mettre en œuvre les principes, pratiques, méthodes, outils et techniques de gestion de projets (Dai et Wells, 2004). Ainsi la gestion de projet du BST dépasse aujourd'hui l'application pure et simple d'un ensemble d'outils et de techniques, pour s'approcher du plan stratégique de l'organisation (Aubry et al., 2011).

Les entrevues et l'observation réalisées ont permis d'apporter certaines nuances à la définition et au mandat du BST. L'analyse a permis de mettre en lumière cinq grandes activités réalisées par le BST :

1. Coordonner et accompagner les équipes de soins;
2. Soutenir la prise de décisions basées sur les données;
3. Favoriser et soutenir le changement;
4. Documenter et communiquer;
5. Évaluer. Ces fonctions rejoignent la démarche telle que décrite dans les documents.

Tout en reconnaissant que le mandat du BST avait évolué depuis sa création, plusieurs ont noté la difficulté de bien définir un projet de transition et de faire la différence avec un projet organisationnel. Les intervenants ont décrit leur mandat selon un continuum entre une définition claire d'un projet essentiel pour assurer le déménagement des activités et une amélioration des processus cliniques et administratifs.

Donc si on avait à se limiter sur ce qui est obligatoire à la transition, je ne suis pas sûr qu'on remplirait notre mandat complètement. Parce qu'on a comme mélangé deux concepts, améliorer la performance ça n'a rien à voir avec assurer la transition.

L'idée derrière ça, ou la manière dont moi je la comprends, c'est qu'on l'a pris comme opportunité. E1

Les entrevues ont également mis en évidence une pluralité d'objectifs qui modulent les activités du BST : assurer la légitimité du BST, répondre à une priorité organisationnelle, harmoniser les pratiques cliniques et administratives et saisir une occasion.

La prochaine section présente plus en détails les cinq grandes activités du BST.

Coordonner et accompagner

Une des activités du BST clairement exprimée dans les entrevues et l'analyse documentaire est de coordonner et d'accompagner les équipes dans l'harmonisation et l'optimisation des pratiques cliniques et administratives. Ces activités s'apparentent à celles d'un gestionnaire de projet (compte rendu, organisation des réunions, animation, suivi des décisions et suivi financier), mais incluent des tâches de gestion des relations entre les individus pour permettre aux parties prenantes de travailler ensemble tout en ayant une vision commune des projets.

Project manager like an internal consultant. Responsibility is to manage the projects you've been assigned. Get that definition of the project and then to deliver the project in accordance with what's been agreed by those partners and stakeholders. CP6

De relations humaines, par exemple d'avoir des gens qui sont impliqués dans le dossier qui peut-être ne sont pas à leur place, ils n'ont pas l'expertise nécessaire... Quand tu as la bonne personne, qui est motivée, qui est connaisseuse, qui... écoute, ça va très bien. Quand tu ne l'as pas, c'est difficile. CP5

So you have a very steep learning curve there that you have to actually plan. And then there is a third component which is more along kind of the soft skills or the change management component of it, the more emotional intangible stuff, which is... it's a very stressful time for everyone; for the patients, for the staff, for the administration, for everyone. So you also have to deal with that. CP1

Une partie importante des commentaires sur les activités de coordination a porté sur les outils de gestion de projets. Les entretiens ont démontré qu'il existe un double mouvement entre la reconnaissance du besoin d'outils pour gérer et l'impératif de maintenir la flexibilité dans la conduite des projets selon les contextes. La flexibilité et l'adaptation apparaissent comme des valeurs clés pour les chargés de projets. En même temps, la mise en place d'outils comble un besoin évident dans l'organisation.

Soutenir la prise de décision appuyée sur les connaissances

Le soutien des projets en utilisant les connaissances est au coeur même du modèle proposé par le BST et il vise à fournir le soutien nécessaire à une prise de décision éclairée par les données disponibles. Les connaissances sont fournies par les courtiers en connaissances, mais également par les experts en gestion du changement, en évaluation et en communication. Tel qu'inscrit dans les documents internes, les courtiers en connaissances traduisent les connaissances scientifiques afin de les rendre accessibles aux praticiens et administrateurs. Dans les faits, les entrevues ont démontré que la définition de connaissances scientifiques inclut à la fois, les données issues de la recherche scientifique, la littérature grise et même toute information jugée pertinente (benchmarking, scan environnemental, etc).

So the knowledge brokers are asked to do... I would say literature searches, look for best practice, but increasingly they're being asked to do benchmarking work to... not so much benchmarking, like to compare our stats with so and so stats, but actually to do more what I would call an environmental scan. D1

So basically I have acquired a sort of capacity to seek information on a variety of health related topics for project managers and decision makers, not just necessarily the project managers themselves, but their stakeholders who want to know information about what are the best practices in x, y, z. And because I have a background in management, my topics focus a lot on organizational level innovations, not so much on precise clinical practice changes KB2

En général, les courtiers travaillent de concert avec les chargés de projets.

Amélioration et documentation des processus

La documentation des processus se fait par trois activités. Les entretiens et l'observation ont démontré que les courtiers de connaissances effectuent des tâches d'édition et de documentation de l'évolution du BST pour des documents internes, mais aussi dans le cadre de rédaction d'articles scientifiques. Cette volonté de documenter apparaît aussi comme un moyen de justifier et de démontrer son utilité dans un but de pérennité, mais surtout d'enrichir le corpus scientifique en documentant l'évolution d'une innovation organisationnelle dans le domaine de la santé.

Le deuxième bout de mon mandat, c'est d'aider à faire publier l'historique du Bureau de Transition, parce que ce que nous sommes en train de faire, c'est une innovation, l'idée d'avoir un bureau de projet dans un organisme de santé qui est en train de faire un gros projet de

redéveloppement est une innovation, parce que souvent les bureaux de projet en healthcare, KB2

I'm the office editor... Comme n'importe quoi qui doit être publié et qui a besoin d'être... mais dans le non officiel, t'es aussi office editor, «peux-tu me réviser ça, peux-tu me le remettre en page. KB2

Une deuxième tâche porte sur la documentation des processus cliniques et administratifs dans une visée d'amélioration continue. Cette tâche est réalisée par les analystes de processus. Les entrevues ont démontré un consensus des analystes sur leur mandat qu'ils perçoivent plutôt comme un approche.

Pourquoi je ne vois pas ça comme une étape, parce que c'est une approche, c'est une philosophie pour moi, l'amélioration. AP3

On croit beaucoup que pour améliorer les choses, c'est une philosophie, c'est une façon d'être, c'est... juste faire des... ça va souvent à l'encontre de ce qu'on fait je trouve, ici et ailleurs, de faire des cartographies, des mappings et de la documentation, le but nous, c'est de rendre ça le moins bureaucratique possible, de mettre ça le plus simple possible. Donc c'est pas ce qu'on est en train de faire. AP3

L'analyse a démontré un écart entre la manière de concevoir le rôle des analystes et ce que l'on trouvait dans les documents du BST. Pour ces derniers, leur rôle est plus qu'un soutien technique et s'apparente davantage à un agent de changement. Cet écart laisse supposer que leur action avec les équipes de travail est plus vaste que la définition officielle du poste.

Finalement, une troisième activité qui s'est mise en place au cours de l'année 2012 a mis en lumière une fonction importante du BST, celle d'être «rassembleur de tous les projets/vision globale/courroie de transmission entre construction/déménagement et équipes cliniques et administratives. De l'avis même de la directrice, le BST agit comme connecteur entre les différents départements au sein de l'organisation dans le cadre des activités de transition. Pour ce faire, le BST a créé une plateforme interactive sur internet afin de permettre aux usagers de poser des questions et de trouver des informations en lien avec le projet de redéploiement. Cet aspect institue une nouvelle fonction au sein de l'organisation et cherche à améliorer la communication entre les différents départements et différents plans stratégiques de l'organisation.

Gestion du changement

Les entretiens ont démontré que la gestion de changement est une activité réalisée principalement par les experts en gestion des changements et vise à travailler avec les équipes

pour assurer un climat organisationnel positif. L'objectif est d'évaluer les défis liés aux changements et soutenir les équipes projets dans ces changements qui affectent et bouleversent l'organisation du travail. Cette activité a évolué et les entretiens laissent percevoir un changement de perspective au département de ressources humaines et la définition d'une vision plus transversale des projets. Elle sert également à maintenir un lien avec le département des ressources humaines (relations de travail, main d'œuvre, syndicat).

Alors je pense que s'il n'existait pas le Bureau de Transition, il y aurait très peu d'avancées ou en tout cas, ça serait fait, je pense qu'au niveau clinique ici, les gens sont tellement forts, parce que moi j'ai travaillé dans plein plein d'industries, j'ai travaillé partout et ce que j'ai vu, comparé à ici qui est différent, autant au niveau de la complexité, c'est que finalement le travail va se faire, parce que le patient, c'est tellement important, les gens sont tellement professionnels que ça va se faire, le travail. Mais c'est à quel prix. GC1.

Évaluation

Il existe deux aspects à l'évaluation au sein du BST. D'abord dans la gestion de projets, l'analyse documentaire pose clairement l'importance de l'évaluation des impacts des projets du BST. L'observation et les entretiens ont démontré que ce secteur demeure en développement. En effet, Les employés du BST reconnaissent tous son importance, mais dans les faits, l'évaluation ne fait pas automatiquement partie des étapes du projet. D'autre part, le BST doit mesurer l'impact financier et le retour sur l'investissement des activités du BST. À cet égard, le BST s'est doté d'une ressource dédiée à l'évaluation et démontre d'une volonté à mettre en place une culture de la performance qui réponde aux défis de complexité des organisations de santé et de reddition de compte.

J'ai été agréablement surpris, tout le monde pensait que c'était important l'évaluation, mais personne ne le voyait comme une priorité. Mais pour dire la vérité, ils n'ont pas tort. C'est pas une priorité, mais c'est une obligation, il faut quand même le faire. Et on le fait et on essaie de bien la faire et on essaie... parce que l'objectif que le BST devienne le Bureau de projets à terme, il faut que ce soit appuyé sur des faits. E1

L'évolution de l'évaluation s'effectue en partenariat avec l'évolution de la Qualité et performance du CUSM pour l'identification des indicateurs de suivis.

Tableau Modèle Logique du BST (fin du chapitre)

5.1.5 Analyse

Le BST se présente comme une nouvelle structure organisationnelle pour améliorer la coordination en vue de répondre aux défis posés par le projet de redéploiement organisationnel. Le travail de recherche a démontré l'importance accordée à l'échange et à la transmission des connaissances. La question de la prise de décision éclairée par les connaissances a d'ailleurs été un élément fondateur du BST et fait partie du modèle conçu par les dirigeants.

La formation est aussi une partie intégrante de la transmission de connaissances. La formation s'effectue sous forme de supervision directe grâce à l'apport des experts cliniques qui forment d'autres cliniciens. En ce sens, le BST tout en étant une structure de soutien, reprend le mécanisme principal propre aux bureaucraties professionnelles soit la standardisation des compétences. Mais le BST va plus loin dans son action et utilise également un mécanisme d'ajustement mutuel en améliorant les possibilités de communication non seulement entre les employés, mais aussi entre les départements. Cela est manifeste notamment dans la création de la plateforme interactive, mais aussi par le rôle de connecteur rempli par les chargés de projets. Le BST se situe dans les bureaux administratifs du CUSM, mais les employés du BST travaillent dans un même environnement et plusieurs possibilités d'échanges informels existent. L'observation et les entretiens ont démontré une certaine auto-organisation de la part des employés et des relations avec tous les départements de l'organisation.

Le BST cherche aussi à mettre en place une standardisation des résultats au moyen des outils d'évaluation et en se servant des outils de gestion. Le BST s'insère dans une vision managériale de l'organisation des soins et contribue à améliorer la transparence et la reddition de compte.

Le BST par ses activités vise à introduire une nouvelle culture organisationnelle axée sur la collaboration et l'utilisation des connaissances dans les prises de décision. Ainsi, la méthode préconisée dans les projets comprend la mise en valeur d'une vision commune qui doit être acceptée et signée par les participants des projets. Selon Glouberman et Mintzberg (2001), la mise en valeur d'une culture commune (standardisation des normes) permet d'améliorer la coordination des activités. On peut affirmer que le BST tente de mettre en place un système de normes et de valeurs communes qui augmente les chances de développer de nouveaux réseaux de coopération basés sur une compréhension et un respect commun.

Au CUSM, il n'existe pas de structure organisationnelle formelle permettant de coordonner la diversité des services (soins et autres). Le BST cherche à combler ce vide afin d'améliorer la coordination non seulement des soins, mais aussi des activités périphériques de soutien (équipement, services informatiques, etc.). Différents départements et équipes de travail sont appelés à travailler ensemble pour consolider les équipes et harmoniser les pratiques liées aux soins des patients. Étonnamment, considérant la complexité des activités hospitalières, il n'existe pas de système formel de coordination au-delà du mécanisme de standardisation des compétences.

Un des points intéressants du BST est d'agir comme structure de coordination, mais aussi comme connecteur entre les différents départements de l'organisation. La position du BST au sein de l'organisation lui permet de remplir son rôle en gardant un équilibre entre l'opérationnel et le stratégique. Tout en relevant de la haute direction, le BST n'est pas associé à un département ou un groupe d'employés. En ce sens, sa position est unique au sein de l'organisation et lui confère une neutralité relative. De plus, le BST ne possède pas de pouvoir de coercition ou autre. Ce qui pouvait, dans un premier temps, passer pour une faiblesse s'avère un avantage car le BST ne menace pas l'ordre établi et les relations de pouvoir. Par contre, il possède un pouvoir important car il a accès à une abondante information. Le BST est positionné au centre des activités de transition des soins et il a une vision macro qui semble unique au CUSM. Cette vision globale lui permet d'influencer l'agenda de la haute direction et constitue un pouvoir important.

Au moment de la collecte de données le BST semble avoir réussi un tour de force, celui de se positionner au centre des activités de transition tout en maintenant une position de neutralité qui ne menace pas l'ordre établi, mais l'amène à se modifier. En résumé, les pratiques mises en place par le BST peuvent être catégorisées en quatre activités : la gestion et le suivi des projets de transition, le développement de données probantes, l'évaluation des projets et finalement la documentation des projets et activités. Cette description permet de comprendre que le BST a mis sur pied des pratiques qui ont le potentiel de favoriser l'utilisation des connaissances dans les prises de décision. En effet, les ressources humaines allouées au projet indiquent clairement une volonté de fournir des connaissances à différentes phases du projet et de soutenir les équipes projets. De même, la structure de gestion de projet, la documentation et l'évaluation démontrent un souci de conserver de manière formelle des connaissances issues des projets. Finalement, l'évolution des pratiques montre une flexibilité,

une capacité de s'adapter au contexte changeant pour améliorer les processus de gestion et d'utilisation des connaissances.

La prochaine section présente une application des pratiques du BST et leur évolution dans le cadre d'un projet précis: l'harmonisation des pratiques d'administration intraveineuses. Ce projet a été choisi étant donné la richesse d'information qu'il permettait d'acquérir et surtout sa capacité de montrer de manière précise comment les pratiques ont évolué en cours de projet.

5.2 Le projet d'harmonisation des pratiques d'administration intraveineuses

«The moment you begin analysis it will become perfectly clear to you that you're missing the most important pieces of information and that without those pieces of information there is absolutely no hope of making any sense out of what you have....the complete analysis isn't. Analysis finally makes clear what should have been most important to study, if only we had known beforehand.»(Lacolm's Iron Laws of Evaluation Research in Patton, 2002: 431).

Les défis rencontrés lors de l'analyse de processus sociaux sont multiples. Yin dans son guide méthodologique reconnaissait la difficulté d'analyser les données qualitatives car contrairement aux analyses quantitatives, il n'existe pas de recette ou de formule (Yin, 2009). La nature même des données qualitatives demande qu'elles reçoivent une attention particulière. Dans un article intéressant, Langley (1999) définissait quatre caractéristiques des données qualitatives : premièrement elles sont composées de plusieurs événements, leurs unités et niveau d'analyse ont des frontières ambiguës, leur enracinement temporel peut varier en durée, en précision, en pertinence et, finalement, les données sont souvent de nature éclectique ce qui rend difficile leur intégration (Langley, 1999). Ainsi l'analyse de données qualitatives exige de non seulement déterminer des stratégies d'analyse, mais surtout de s'assurer de leur pertinence par rapport aux questions de recherche. En effet chaque stratégie comporte un point d'ancrage qui permettra de structurer le matériel, mais qui signifie également que certains éléments recevront moins d'attention (Langley, 1999).

Dans un premier temps nous utilisons la stratégie narrative afin de raconter l'histoire du phénomène étudié et d'en dégager la chronologie des événements et les multiples détails liés au contexte. Cette stratégie est particulièrement adaptée lorsqu'il y a peu de cas à l'étude.

En utilisant une trame narrative chronologique

La section suivante raconte l'histoire du projet d'harmonisation des pratiques intraveineuses au CUSM. L'analyse se base sur des entretiens, l'analyse de documents

administratifs et des notes de préparation des réunions ainsi que des grilles d'observation des réunions.

Les entretiens ont été réalisés entre le 14 janvier 2013 et le 20 janvier 2014 avec des participants au projet. Les entretiens étaient volontaires, mais encouragés par la gestionnaire de projet. La durée moyenne des entretiens était de 45 minutes. Au total, 17 personnes ont été interviewées. Les entretiens semi-dirigés visaient à avoir des informations sur l'expérience vécue au sein du comité et à déterminer les facteurs ayant facilité ou fait obstacle au processus de décision. Les entretiens visaient à comprendre l'expérience personnelle des participants.

L'analyse de la documentation a permis d'apporter un complément d'information formel et de déterminer la temporalité des événements. Les observations des réunions ont permis de récolter des informations additionnelles sur le processus. Elles étaient prises de manière informelle. Les informations comprises dans les entretiens, la documentation et les observations ont été croisées afin de mettre en lumière des éléments de convergences et ainsi solidifier les résultats d'analyse. La narration vise à raconter l'histoire du projet en marquant la temporalité à partir des décisions et indiquer comment des éléments contextuels sont venus influencer la mise en place du projet. La stratégie d'analyse utilise la narration pour illustrer le cours des événements. La narration vise aussi à comprendre ce qui a été mis en place par le BST dans ce projet pour permettre la réalisation du projet d'harmonisation.

5.2.1 Les débuts

Le projet d'harmonisation des pratiques intraveineuses a débuté le 20 mars 2012 avec une première lettre envoyée aux directions infirmières, aux médecins et aux directeurs des professionnels de la santé pour les inviter à participer au projet. Le Bureau de soutien à la transition était mandataire de ce projet parrainé par les départements de pharmacie et des sciences infirmières. Tel que spécifié dans cette lettre, les objectifs établis étaient les suivants :

1. définir des pratiques fondées (sur les évidences) pour l'administration des IV,
2. sélectionner une technologie qui soutient les meilleures pratiques
3. améliorer la sécurité de l'utilisation des équipements IV
4. optimiser la gestion des pompes IV
5. assurer la mise en place d'un comité décisionnel.

L'importance accordée à la question de l'harmonisation des pratiques IV s'inscrit dans un contexte social précis. En effet, à l'origine du projet, il existait une réelle occasion liée au

redéploiement des hôpitaux du CUSM. Les gestionnaires des départements infirmiers et de pharmacie reconnaissaient le besoin d'harmoniser les pratiques d'administration intraveineuse et de sélectionner la technologie appropriée (pompe) pour favoriser les meilleures pratiques médicales et se préparer au grand déménagement. De plus, le CUSM s'apprêtait à moderniser son parc de pompes volumétriques. Il y avait là, aux dires des dirigeants, une occasion d'arrimer la technologie aux meilleures pratiques cliniques.

L'attention portée aux pratiques IV s'insérait aussi dans le cadre d'une politique provinciale sur le circuit du médicament qui visait à moderniser l'équipement associé au circuit du médicament et l'introduction de l'unidose. C'est dans ce contexte que le projet s'inscrivait dans les priorités de la pharmacie et des sciences infirmières. La modernisation des équipements avait déjà fait l'objet de projets comme la modernisation des charriots de transferts et les charriots de médicaments pour les infirmières. Selon l'avis même de la gestionnaire du projet, ces projets avaient été réalisés avec difficulté pour plusieurs raisons, entre autres, par l'absence d'une équipe dédiée au projet.

Ainsi, le contexte social favorisait la mise en place du projet d'harmonisation des pratiques IV. La gestionnaire de projet ayant déjà été impliquée dans les projets de modernisation du circuit des médicaments, elle possédait une connaissance des enjeux et des défis liés au projet d'harmonisation. Le BST permettait d'offrir une structure de gestion de projet et un soutien aux cliniciens dans la réalisation du projet.

De l'avis même de la gestionnaire de projet, la structure de gestion du projet a été influencée par une méthode utilisée lors d'une formation en leadership et qui mettait l'emphase sur l'utilisation des connaissances dans les prises de décision. Le projet a été conçu selon une structure de gestion de projet avec une emphase mise sur l'importance de l'utilisation des données probantes dans les prises de décisions. L'équipe de projet du BST était composée de la gestionnaire, d'un courtier en connaissance, d'un expert clinique ainsi que d'un expert en évaluation. À ces employés du BST, s'est jointe de manière ponctuelle une experte en changement du département des ressources humaines. Le comité de projet pouvait aussi compter sur du personnel administratif pour faciliter les communications et les rencontres.

La pharmacie et le département des sciences infirmières ont joué un rôle clé dès le début du projet. Suite à l'envoi de l'invitation à participer au projet, un comité

d'harmonisation des pratiques IV a été formé des représentants cliniciens de chaque département. Au total, 17 personnes ont accepté l'invitation de rejoindre le comité d'harmonisation sous la gouverne du BST et du département de pharmacie. La présence aux réunions est restée assez stable avec une légère baisse vers la fin du projet. Le tableau suivant montre le nombre de personnes présentes à chaque réunion.

Tableau 5 Les présences aux réunions

Date	1-06-2012	9-07-2012	2-08-2012	6-08-2012	3-09-2012	1-10-2012	2-10-2012	6-11-2012	9-11-2012	7-11-2012	3-12-2012	9-02-2013	8-03-2013	9-05-2013	8-06-2013	0-07-2013	9-08-2013	1-11-2013
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
# de personnes	7	2	5	3	4	5	2	4	6	5	0	8	0	3	5	0	0	

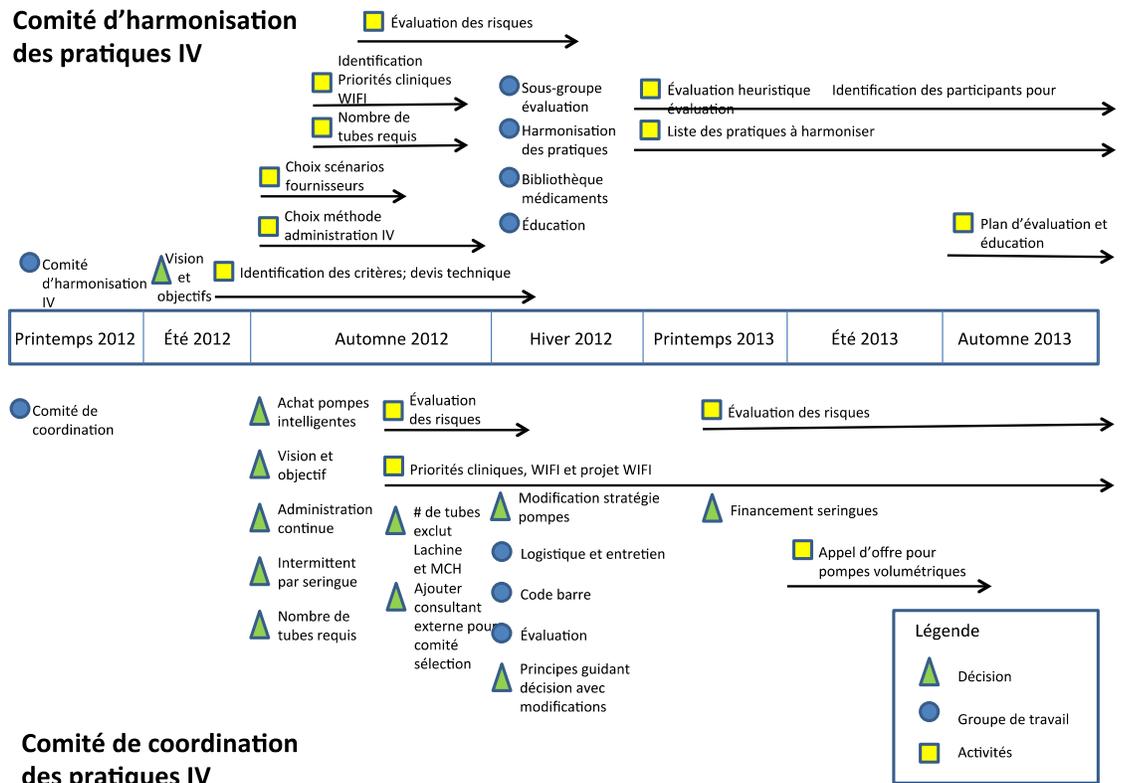
L'équipe du BST a organisé et structuré le fonctionnement du comité d'harmonisation. Dans un premier temps, ils ont demandé l'engagement des participants, c'est-à-dire leur accord à reconnaître la nécessité d'avoir une représentation interprofessionnelle et interdépartementale au sein du comité et d'assurer un engagement continu de chacun durant toutes les étapes du projet.

Les participants ont aussi accepté une procédure de prise de décision qui passait par la création d'un comité de coordination qui aurait le mandat de communiquer et de gérer les différents projets liés à l'harmonisation de pratiques cliniques. Ainsi, le projet d'harmonisation avait deux comités : un formé de cliniciens et de représentants des différents départements et un autre, décisionnel, formé de gestionnaires de haut niveau des différents départements.

Le comité d'harmonisation formé des cliniciens s'est réuni pour la première fois en juin 2012 alors que le comité de coordination formé des hauts gestionnaires a eu sa première rencontre au mois de septembre 2012.

La figure suivante présente la chronologie du projet à partir des prises de décision pour les deux comités soit, le comité clinique d'harmonisation des pratiques IV et le comité stratégique de coordination des pratiques IV.

Figure 2 Activités et des décisions du comité d'harmonisation des pratiques et du comité de coordination



5.2.2 La mise en place des activités du projet d'harmonisation des pratiques cliniques

Les réunions du comité d'harmonisation étaient préparées par la gestionnaire et ses collègues. Pour chaque réunion un agenda était fourni avec les points de discussion et de décision. Lorsque nécessaire, des informations colligées par le courtier en connaissances et l'expert en clinique du BST étaient présentées aux participants. Ces informations servaient à informer les participants sur les enjeux liés au projet. Ainsi, la décision d'opter pour l'achat

d'une pompe intelligente a nécessité un scan environnemental, une recherche sur les pompes intelligentes, une évaluation du parc de pompes au CUSM et une évaluation des risques liés à la mauvaise administration des pompes. La décision a aussi été prise en tenant compte de l'expérience et du vécu des cliniciens avec les pompes du CUSM pour écrire le document : Énoncé des besoins du projet.

L'achat de nouvelles pompes d'administration intraveineuses apparaît, dans l'ordre du jour dès la première réunion. Il est aussi entendu que le projet est organisationnel et que les cliniciens sont impliqués dans chaque étape du choix de la technologie afin de permettre d'avoir une seule pompe d'administration continue au CUSM qui réponde aux meilleures pratiques cliniques. Au début, l'objectif était d'avoir une seule pompe pour l'administration continue et intermittente des médicaments par voies intraveineuses. Une revue de la littérature sur les pompes volumétriques démontrait des avantages pour la sécurité des patients à avoir une seule pompe à deux interfaces pour administration continue et intermittente. Mais des contraintes technologiques du marché des pompes et les exigences légales des appels d'offres ont contraint le comité à réviser éventuellement sa position et à opter pour l'achat de deux pompes distinctes soit, une pompe à administration continue et une pompe à administration intermittente.

Le comité d'harmonisation suite à une analyse des besoins a décidé d'un type de pompe, mais il devait aussi fournir des informations sur le nombre de tubulaires requis pour l'achat de pompes. Il était important pour le comité que ce nombre reflète bien les besoins des cliniciens. Afin de définir les besoins en pompes du CUSM, des experts cliniques ont rencontré l'ensemble des départements utilisant les pompes pour connaître leurs besoins actuels. Un premier chiffre a été présenté et il a été discuté avec différents participants pour approbation. Quelques mois plus tard en octobre 2012, le nombre a été révisé à la hausse suite à de nouvelles informations au sujet des besoins cliniques en fonction de la technologie choisie.

La plus grosse partie du travail du comité dans le processus d'appel d'offres a été d'informer le département des achats et de biomed des besoins cliniques liés à la nouvelle technologie. Ces besoins cliniques devaient être intégrés au devis technique de l'appel d'offres. La signature du devis technique en janvier 2013 fut l'aboutissement de plusieurs

mois de travail pour arrimer les besoins cliniques aux exigences techniques et légales de l'appel d'offres. La première étape fut la détermination des critères cliniques essentiels des pompes.

5.2.3 Choix des critères préférentiels

Le choix des critères essentiels de la pompe a demandé plusieurs réunions afin que tous les cliniciens présents puissent avoir l'aval de leur département et s'entendent entre eux pour proposer une liste qui réponde aux besoins de tous et aux meilleures pratiques. Les critères ont aussi été arrimés à ceux des principaux organismes d'agrément. Le choix des critères fut un long processus qui a aussi été influencé par les obligations légales lors de l'achat des pompes. En effet, les critères cliniques devaient aussi refléter la réalité du marché des pompes. En résumé, il ne servait à rien d'avoir des critères qui ne pouvaient pas être remplis par la technologie existante. Cette méconnaissance de la technologie existante a conduit à l'organisation d'une journée de présentation des différentes pompes disponibles sur le marché. Les produits de chaque compagnie étaient présentés en utilisant trois situations cliniques déterminées par le comité. Cela a permis aux membres du comité d'harmonisation de pouvoir tester les produits par rapport à des besoins spécifiques et de pouvoir comparer les performances. En fin de compte, la liste des critères essentiels s'est arrimée aux besoins émis par le département de biomed. Puis, s'ajoutait à ces contraintes, l'obligation d'avoir au moins trois compagnies qui répondent à l'appel d'offre, ce qui a eu comme résultat le remaniement des critères pour répondre aux exigences légales et politiques.

Aux dires de la gestionnaire et des participants interviewés, le processus de détermination des critères en fut aussi un d'apprentissage sur les processus d'achat et des règles légales les régissant. Un travail de collaboration et de coordination a été nécessaire pour arrimer la partie clinique aux parties technologiques, techniques et légales. La liste des critères a nécessité presque 6 mois de travail.

Le devis technique incluait les exigences essentielles et préférentielles clinique, technologique et du service après-vente. Le document a été incorporé à l'appel d'offres.

5.2.4 Accord sur la méthode d'administration intermittente IV

Parallèlement à la définition de la liste de critères, les participants devaient s'entendre sur la méthode d'administration intermittente des médicaments, soit par mini sacs ou par des pompes à seringue. Au début du processus, ce choix revêtait une importance pour le choix de la pompe. Dans l'optique d'une pompe unique à deux interfaces, il s'agissait de choisir la méthode d'administration intermittente la plus sécuritaire pour les patients. Le courtier en connaissance et un petit groupe formé de l'expert clinique et du directeur de pharmacie ont présenté un document évaluant les risques associés aux différentes options. Une analyse financière de l'option privilégiée a été effectuée par le mentor du département de pharmacie. Le nombre de tubulaires pour l'administration continue reflétait le financement disponible. Ainsi le nombre reçu a été scindé en deux : demande initiale et une demande subséquente. Le comité d'harmonisation prévoyait demander que les deux pompes puissent communiquer entre elles dans une interface commune. Le nombre de pompes et de tubulaires requis devait être soumis pour approbation à l'Agence de santé et des services sociaux. La demande fut envoyée en janvier 2013 à l'Agence de santé et des services sociaux.

5.2.5 Accord sur le processus d'évaluation

Afin d'assurer le respect des procédures de l'appel d'offres et évaluer la facilité d'utilisation de la pompe choisie (évaluation heuristique), le comité a mis en place deux comités d'évaluation.

Le comité d'harmonisation a mis sur pied un sous-groupe d'évaluation formé de cliniciens, de représentants de biomed, des technologies et un secrétaire du groupe des achats afin de s'assurer que le processus correspondait à la loi, tout en maintenant des exigences des différents départements. Pour aider à la composition du groupe, la gestionnaire a présenté un document sur les rôles et les responsabilités des membres. Après plusieurs discussions, les participants se sont entendus sur la structure de représentation et le choix des membres.

Ce sous-groupe était aussi responsable de concevoir un plan pour effectuer une évaluation heuristique. Le courtier en connaissance a rencontré un groupe d'ingénieurs qui possédaient une vaste expérience dans l'utilisation des facteurs humains dans l'évaluation des nouvelles technologies. Ce genre d'évaluation était absent des expertises disponibles au

CUSM. Ainsi, le groupe, sous le leadership de la pharmacie, a décidé d'engager un consultant pour les aider à effectuer une évaluation des facteurs humains et ainsi permettre de mettre en place ce genre d'expertise au sein de l'organisation. Un autre sous-groupe d'évaluation heuristique a été formé avec des représentants cliniques des différents départements.

Finalement, l'implantation des pompes intelligentes nécessitait la mise en place d'une bibliothèque des médicaments. Un troisième sous-comité a été formé ayant comme mandat de mettre à jour la bibliothèque des médicaments sous la gouverne de la pharmacie.

5.2.6 Harmonisation des pratiques cliniques et bibliothèque des médicaments

L'objectif premier du comité au-delà de l'achat de nouvelles pompes avait toujours été l'harmonisation des pratiques d'administration IV au CUSM. Cet objectif a été relégué au second plan le temps de préparer l'appel d'offre pour les nouvelles pompes volumétriques, mais il n'a pas été abandonné. Un sous-groupe de travail sous la gouverne de l'expert clinique et du courtier en connaissance a été formé pour identifier les pratiques qui nécessitaient une harmonisation. L'expert clinique a présenté un document avec une liste de pratiques à harmoniser. Certaines de ces pratiques étaient déjà (ou en voie d'être) harmonisées alors que d'autres demandaient plus de travail de la part du comité.

Les délais dans le dépôt de l'appel d'offres ont nécessairement causé des retards dans l'organisation de la formation du personnel à utiliser les nouvelles pompes intelligentes. La formation a été retardée par les délais dans la signature du contrat. Tant que le contrat n'était pas signé, impossible d'avoir une date pour débuter la préparation d'une bibliothèque. Cette situation jumelée à l'importance d'implanter les pompes avant le début du déménagement a mis beaucoup de stress sur la gestionnaire et les comités.

5.2.7 Une vision organisationnelle de la sécurité des patients

L'appel d'offres pour les pompes volumétriques a été affiché le 5 juillet 2013 après un long processus de collaboration entre les cliniciens et les différentes directions du CUSM. Plus qu'un changement de pompe, le comité d'harmonisation proposait un changement de pratique qui aurait des effets sur les pratiques cliniques, le fonctionnement de la gestion des équipements, des achats, du département de biomed et de celui des technologies de

l'information. En fait, très rapidement il est apparu que le projet de pompe et d'harmonisation des pratiques IV nécessitait une vision organisationnelle.

Le comité de coordination regroupant les directeurs des différents départements a été mis sur pied comme instance décisionnelle porteur d'une vision et d'une coordination organisationnelle. Dès la première rencontre de travail le 21 septembre 2012, les participants se sont entendus sur une vision commune du projet. L'objectif du comité de coordination était d'entériner les décisions du comité d'harmonisation et de faciliter les collaborations à un plan plus stratégique. La gestionnaire du projet et les mentors ont rassemblé les informations nécessaires pour comprendre les enjeux et aider la prise de décisions. Ainsi, le courtier en connaissance a présenté aux membres un résumé des connaissances et des expériences par rapport à l'introduction des pompes intelligentes. La présentation a démontré l'importance pour l'implantation des pompes que le projet soit une partie intégrante d'une politique globale de sécurité des médicaments des patients et qu'elle adopte une approche interdépartementale et interprofessionnelle. La présentation incluait également un rapport des incidents au CUSM liés à la mauvaise utilisation des pompes pour démontrer l'importance de s'attaquer au problème des erreurs d'administration des médicaments avec des pompes traditionnelles.

Finalement, et c'était le point principal de discussion, les informations ont mis en lumière les changements de processus et d'infrastructure inéluctables à l'introduction des pompes intelligentes. En effet, elle nécessite un accès à un réseau sans fil Internet, l'intégration des différents systèmes d'identification (bar code) et un nouveau système de gestion adapté aux nouvelles pompes. Les directeurs membres du comité de coordination ont accepté cette vision et ont accepté de travailler pour pallier à ce qui manque pour assurer une implantation des pompes intelligentes. Or, il s'agissait de trois projets comprenant de nombreux défis. Par exemple, l'installation d'un réseau Internet sans fil dans tout le CUSM était prévue sur une période de plus de cinq ans. Ce qui signifiait qu'il y aurait une disparité dans l'accès et l'utilisation des nouvelles pompes (coût associé à la formation en différents temps, remplacements des pompes, erreurs d'administration de médicaments). Outre un risque sur la sécurité des patients, ce problème menaçait le succès de l'ensemble du projet. Le directeur des technologies de l'information a pris l'engagement de préparer un plan d'affaires et de trouver des méthodes alternatives pour financer l'installation en les jumelant à des besoins d'autres départements.

Afin de considérer l'implantation des pompes volumétriques comme une composante essentielle des systèmes de sécurité des médicaments des patients, le comité a reconnu trois préalables inéluctables; l'importance d'avoir une infrastructure pour 1- mettre à jour les bibliothèques médicamenteuses, 2-le (wifi) pour assurer l'intégration des systèmes clés comme l'identification des patients et 3- assurer une gestion efficiente du parc des pompes.

Les technologies d'identification (bar code)

Un comité stratégique du CUSM a mandaté le BST pour mettre en place un groupe de travail stratégique afin d'évaluer les besoins des différents départements et comprendre comment introduire une technologie d'identification des patients au CUSM qui serait globale pour l'ensemble des installations. Le sous-groupe a d'abord recueilli l'information sur les projets du CUSM qui requièrent une nouvelle technologie d'identification et identifié des éléments qui pourraient être inclus dans une politique organisationnelle.

Gestion des pompes

Un sous-groupe a été formé pour évaluer les aspects de la gestion des pompes volumétriques (entretien, réparation, localisation, etc.). Après discussions et analyses des différentes méthodes de gestion, le sous-groupe a adopté une approche centralisée de la gestion des équipements roulants (rolling stock). Le travail du sous-groupe a été retardé par des changements dans les directions du département de la logistique.

Des précisions sur le processus d'appel d'offres

Le processus d'appel d'offres qui semblait aux participants assez simple au début du projet d'achat de pompes volumétriques s'est compliqué à cause d'une mauvaise connaissance des règles, d'un contexte économique défavorable et des changements dans les règles budgétaires du gouvernement du Québec.

Ainsi, l'appel d'offres qui devait porter sur l'achat d'une pompe volumétrique à double interfaces a finalement dû être scindé en deux appels d'offres pour répondre aux règles gouvernementales (une seule pompe ne permettait pas de faire des économies) et pour s'assurer d'avoir au moins trois soumissionnaires (règles gouvernementales). De plus le financement pour les deux pompes provenant de deux budgets différents, il était plus facile de faire deux appels d'offres. Cette donnée a conduit à la modification des critères dans le devis

technique. Lorsque le devis technique a été complété, il a été envoyé à l'Agence pour révision et acceptation. Alors que l'appel d'offres était prêt à être déposé, les règles de financement ont été modifiées. Pour tout projet de plus de deux millions de dollars, il était maintenant nécessaire d'avoir l'approbation et la signature du conseil d'administration. Cette nouvelle donnée est venue modifier la stratégie, mais a aussi retardé tout le processus d'achat des pompes. Avec la date de déménagement vers le nouvel hôpital qui approchait, ce retard constituait un défi pour le projet. Le responsable des achats a assuré un leadership pour obtenir les informations et mesurer les conséquences pour le projet.

Au même moment, le département de biomédical a informé le groupe que le nombre de pompes était réduit par le département des finances.

Un groupe comprenant les responsables des achats, du biomédical et de la pharmacie ont travaillé à trouver une solution pour obtenir une flexibilité dans l'appel afin d'acheter les pompes manquantes à une date ultérieure. L'approbation du conseil d'administration fut finalement obtenue en juin 2013 pour un affichage le 5 juillet 2013.

En résumé, le projet d'harmonisation des pratiques d'administration intraveineuses a été caractérisé par une gestion de projet solide, un fort leadership stratégique et un contexte social et politique instable.

Ce chapitre a permis de répondre à la question #1 et développer la première séquence du modèle logique soit de définir les ressources et les activités mises en place pour réaliser le projet. L'utilisation d'une trame narrative pour décrire le projet a permis de présenter le projet en utilisant les différentes perspectives des participants et ainsi apporter beaucoup de détails à l'histoire et au déroulement du projet. Néanmoins, pour porter un jugement sur les effets de l'intervention il est important de s'assurer que les cinq activités identifiées par le BST étaient aussi présentes dans le projet étudié. Le tableau suivant présente la manière dont les cinq activités ont été mises en place dans le projet. Il met en lumière l'importance apportée lors du projet au soutien et à la coordination du projet, à l'utilisation des données et l'évaluation pour soutenir une prise de décision éclairée.

Tableau 6 Les 5 activités du projet d'harmonisation des pratiques IV

Les 5 activités du BST	Activités réalisées dans le projet d'harmonisation des pratiques IV
Coordonner et accompagner les équipes de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Une chargée de projet assurait la coordination et le suivi du projet ; • Développement d'une vision commune du projet • Mise sur pied d'une procédure pour prendre les décisions ; • Présentation des rôles et responsabilités des membres • Développement de 3 sous-comités
Soutenir la prise de décision fondée sur les données	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'un courtier de connaissances • Revue de littérature sur les pompes volumétriques • Analyse des besoins cliniques • Développement de critères préférentiels cliniques • Document sur les risques associés aux différentes méthodes d'administration intermittente
Favoriser et soutenir le changement	<ul style="list-style-type: none"> • Appel à une ressource RH, experte en changement
Documenter et communiquer	<ul style="list-style-type: none"> • Documentation des réunions et autres échanges • Présentation du projet au comité stratégique et au comité de direction • Document des critères préférentiels • Rapport d'évaluation heuristique
Évaluer	<ul style="list-style-type: none"> • Mises sur pied de 2 comités d'évaluation • Évaluation des risques • Évaluation heuristique

La deuxième séquence du modèle logique aborde la question 2, soit quels sont les processus qui ont permis la conversion des connaissances et quels sont les facteurs ayant facilité ou empêché la création des connaissances organisationnelles ?

5.3 Question 2 : Quels sont les processus qui ont permis la création des connaissances et quels sont les facteurs ayant facilité ou empêché cette création de connaissances organisationnelles ?

Le chapitre suivant répond à la deuxième question de la recherche. Une première partie analyse les quatre modes du processus de conversion de connaissances au sein du projet d'harmonisation des pratiques d'administration IV. La deuxième partie concerne les facteurs ayant influencé (positivement ou négativement) le processus de création de connaissances.

L'analyse repose sur les données recueillies au cours du projet d'harmonisation des pratiques IV (les entrevues, l'analyse documentaire et l'observation) pour déterminer quels sont les processus et les mécanismes qui ont facilité ou empêché la dissémination et la création de connaissances. L'analyse s'est fait en utilisant le modèle conceptuel basé sur la théorie de création des connaissances de Nonaka et von Krogh (2009). Selon cette théorie, la conversion et la création des connaissances sont des processus qui s'effectuent à partir de l'individu en interaction avec son environnement pour devenir, en fin de compte, organisationnel. Le processus s'articule dans un contexte spécifique par quatre modes de conversion : la socialisation, l'externalisation, la combinaison et l'internalisation. Il s'agit de processus en continu, en forme de spirale. Pour les besoins de l'analyse, les quatre modes sont traités séparément et permettent de saisir comment les échanges sur les connaissances se sont effectués.

5.3.1 Les modes du processus de conversion de connaissances

Socialisation - conversion du savoir tacite qui s'effectue par des activités communes : observations et échanges

Il s'agit d'un processus de conversion des savoirs tacites. Ce mode de conversion s'effectue principalement par des échanges informels ou lorsque les personnes travaillent ensemble. C'est un mode de conversion qui est plus difficile à saisir dans le cadre d'un projet de recherche car il se manifeste hors du cadre formel du projet. Ce mode de conversion existe

et se révèle par la pratique sociale. Il permet un échange des valeurs, des routines et de la culture.

Nous avons donc principalement cherché des indices de la présence de socialisation dans les entrevues et l'observation. Nous cherchions des mentions sur la présence de réseaux d'échanges informels et d'expériences de travail communes passées. Nous avons aussi noté les mentions de présence de langage commun car il reflète la présence de modèle de partages mentaux. Ainsi, nous avons trouvé la présence de socialisation par les équipes de direction. Des directeurs ont rapporté avoir des langages communs qui facilitent les échanges et les projets.

on se parle, on se parle avec un langage de bureau de projet. Donc on a un langage qui est très commun

Certains employés ont également mentionné avoir eu recours à des réseaux d'échanges plus informels qui provenaient d'expériences de travail passées. On peut présumer que ces réseaux d'échanges contenaient une certaine dose de socialisation qui a permis de faire le lien entre l'expérience passée et le présent projet.

Alors elle a dit «ok, si tu connais quelqu'un, tu peux aller leur parler ». Bien ça rentre dans ma description de knowledge broker de linker comme les gestionnaires de projets avec les gens qui pourraient les aider et tout ça.

I was already working closely with her because she's responsible for ambulatory and [S.T] is the director of ambulatory, so I've already worked with her a lot and I'm continuing to work with her on some projects,

we've been working together, so whenever she has a project, she asks me, we have been working together, so whenever she has a project, she asks me.

Finalement, au plan stratégique, certains directeurs ont mentionné leur participation à différents comités comme un élément facilitant les échanges et une compréhension commune des enjeux et des problèmes.

La directrice est membre du comité exécutif de priorisation des ressources informationnelles, et donc on a vraiment des interactions sur certains projets; donc des projets qui sont... quand on parle priorisation des projets, quand on parle de support pour certains projets particuliers

En résumé, l'analyse suggère qu'il y avait eu une certaine dose de conversion des savoirs tacites à partir d'échanges et de collaboration dans les projets. La socialisation était principalement présente à un plan stratégique, mais certaines interventions permettent de suggérer que ce mode de conversion était aussi présent à l'échelle des employés cliniques et de soutien. Néanmoins, on peut affirmer sans se tromper que le phénomène est sous-représenté dans cette recherche. Le processus de socialisation est probablement plus important dans la réalité.

Externalisation – conversion de savoirs tacites en savoirs explicites

Le processus d'externalisation est le processus de transformation du savoir tacite en savoir explicite. Le savoir devient explicite lorsqu'il est inclus dans des communications formelles et permet une compréhension commune pour les membres d'un même groupe. Les idées, les pensées et les connaissances sont partagées avec le reste du groupe. Dans le cas étudié, les membres des comités devaient s'entendre sur une vision commune, des objectifs et signer un engagement. Les observations ont démontré que ces tâches ont conduit à plusieurs discussions sur la vision et les objectifs du projet. Les membres du comité ont par ces échanges, pu exprimer leurs idées et leurs réflexions. Ces discussions ont également permis d'avoir un langage commun entre les participants.

Quand tu commences du début et que t'as tous ces acteurs-là autour de la table, t'as toujours... c'est important d'être curieux, de comprendre. Et c'était d'essayer de comprendre c'était quoi le processus d'appel d'offres, c'était quoi... le langage le langage de... tout le monde utilisait un langage différent, quand on appelle... les exigences essentielles et les exigences préférentielles, ça nous a pris des mois à comprendre et à s'entendre tout le monde... Ça nous a pris... ç'a contribué beaucoup à rajouter aux délais de terminer les critères.

Les participants et membres du comité se sont entendus sur une vision, des objectifs et un calendrier. Un rappel était effectué à presque toutes les réunions par la gestionnaire de projet afin de renforcer l'engagement des membres et lier la vision et les objectifs aux actions.

After a tour de table, the context of the project was described as well as the workgroup's mandate and timeline.

Agreement on the need for guiding principles and the importance of setting guiding principles to guide the work of the clinicians involved, so we keep focused, also to assist in decision making and support the harmonization

of practices needed in setting the drug library for instance. The timing is right to set these guiding principles and they should be set at a senior level, circulated a draft document presenting suggested guiding principles taken from Phelps P.K 2011. Decision: the group reviewed the document and agreed with the guiding principles with the suggested changes.

Les membres du comité représentaient les différents départements ou missions de l'hôpital. L'identification de sponsors au projet visait aussi à assurer une légitimité au projet, mais, surtout à engager les acteurs à s'impliquer dans le projet. À deux reprises, la gestionnaire s'est assurée d'avoir des représentants de l'ensemble des missions ou départements. En plus de la représentation, les membres devaient s'engager à consulter leurs collègues et à représenter leurs points de vue. Ces actions renforçaient en quelque sorte l'engagement des membres envers le projet, du moins elles avaient comme résultat d'officialiser le travail des membres.

the group validated that they represent a particular group (e.g. all of peds) or mission (including more than one site such as MGH and RVH) on this committee and that they were encouraged to consult or validate with their colleagues certain information between meetings. Also that the decisions that were made within this workgroup reflected the group or mission needs. The members present understood this as their role.

Comme marqueur d'externalisation, nous recherchions des occasions où le savoir expert avait été traduit pour le rendre compréhensible au groupe. Une des étapes importantes du processus est la vulgarisation du savoir expert en forme compréhensible pour les membres du groupe. Ainsi, dans les lignes directrices pour la prise de décision du BST, il était clairement mentionné que les décisions devaient se faire de manière éclairée, c'est-à-dire en utilisant les connaissances (scientifique ou autre).

L'analyse a démontré l'utilisation pour les membres du projet de données cliniques et de données scientifiques pour éclairer la décision. Les données probantes étaient colligées par les courtiers en connaissances.

Review of the literature, guidelines to assist in determining what medications should be administered by a flow controlled device

Knowledge broker presented what we have learned from the literature and the experiences from other institutions about introducing smart pump technology. Among other things, she highlighted the requirements for successful implementation: les scans environnementaux,

On a été assister à une demi-journée à Ste-Justine pour savoir quels étaient les enjeux et le rollout de leur pompe volumétrique à leur site pédiatrique à Montréal. Et en tant que tel on a vu qu'il y avait certains enjeux et certains fournisseurs qui ne respectaient pas la langue française au Québec, qui était une exigence quand même pour le CUSM à Lachine

Notre analyse a aussi démontré que le processus de traduction des savoirs tacites en savoirs explicites s'est effectué grâce aux discussions dans les réunions, les questions des membres, la présentation de données, la vulgarisation des savoirs experts, etc.

Les membres du comité sous le leadership de la gestionnaire de projet se sont assurés de faire appel à la personne experte dans chaque domaine.

Alors dans une réunion, s'il y a une problématique qui se soulève, on va se tourner vers la meilleure personne qu'on pense qui pourrait aller chercher l'information ou résoudre.

Les interviewés ont mentionné les nombreux échanges d'information qui s'effectuaient par les discussions entre différentes équipes de travail.

Si on avait... parce qu'on apprend des choses en rencontrant des gens, et on a appris qu'il y avait un appel d'offres cet été pour des pompes, pour des PCA/épidurales. On n'était pas au courant.

The group was informed that a person from Purchasing is willing to organize a session where the vendors could come and show us their product. The group discussed the arguments for and against and then agreed that it would be helpful to have possible vendors but that we would need to be very clear on what we are asking for.

One member shared an interesting information he received at a conference.

Parce qu'il (directeur) va dans toutes ces conférences par rapport aux pompes partout. Il est allé au Jewish, il est allé dans l'ouest du Canada, il est allé dans l'est du Canada, il est allé partout, il est allé chercher ses expertises, il a pris des leçons, ce qu'il faut faire, ce qu'il ne faut pas faire. Il a emmené ça au comité

Quand il partage l'exemple du Jewish, ce qu'ils ont fait, oui, ils ont l'argent, mais ça ne veut pas dire que c'est parfait le processus qu'ils ont mis en place. L'argent Q : D'apprendre de ce que les autres ont fait beaucoup, oui.

R: D'apprendre des erreurs des autres les évaluations de besoins et de risques

L'analyse indique que la gestionnaire s'assurait que le partage de l'information et des connaissances soit effectué auprès de tous les membres des deux comités. De même elle rapportait les décisions du groupe de coordination et ainsi fait circuler l'information entre les différents groupes de travail.

The group was informed that the harmonization of IV practices workgroup has identified the overall needs for the continuous and intermittent IV administration methods based on the literature and the environmental scan

A recap of the discussion and decisions taken at the coordinating committee meeting was giving by the project manager.

The group was informed that the installation of wifi at the MGH has been identified as a priority for IS. A draft business case has been drafted and should be ready for discussion next week.

La question de la communication est fondamentale pour ce mode de conversion. Il s'agit de rendre explicite le savoir qui appartient à chacun. Mais au-delà de la communication, ce mode de conversion nécessite que s'installe un sentiment d'appartenance dans le groupe de travail. L'analyse a démontré que ce sentiment s'est installé du moins pour certains participants à partir du travail en équipe et des discussions.

People were asked to form in 2-3 groups and: Review the selection criteria highlighted in green and yellow and determine if it is a must to have or a nice to have. Once this was done, each item was reviewed and when there was general agreement if it was a must have or nice to have, then an advisor would record on the document.

The workgroup members were asked to pair up, review the list and complete if necessary, prioritize the items that should be part of a rolling stock process. Once done, the workgroup members reported back. A person will compile and circulate for a second validation.

Finalement, l'analyse a démontré que la communication et la traduction des savoirs se faisaient aux plans cliniques et stratégiques et permettaient une compréhension commune entre les partenaires.

J'en ai eu des discussions avec les sous-ministres du Ministère à Québec, par rapport au processus et il n'y avait aucune, aucune question ou doute que notre processus était rigoureux.

Les données démontrent que la gestionnaire adressait des questions au groupe, résumait les enjeux, clarifiait certains points de discussions. Elle s'assurait aussi du respect des objectifs.

The manager reviewed with the members a draft document listing project risks, with possible causes, description of impact. The list of the risks was reviewed and the members felt it was complete.

Il y a aussi toute la gestion des risques. Hier, on a travaillé sur notre document et aujourd'hui je vais en discuter avec le groupe.

En résumé, l'analyse indique une présence importante du processus d'externalisation dans le projet. Le développement d'une vision et des objectifs du projet ainsi que l'engagement des membres à la réalisation du projet ont été des étapes importantes du processus de conversion des savoirs tacites en savoirs explicites. Une attention particulière a été apportée à la représentation des membres des différents groupes afin qu'elle reflète la diversité de l'utilisation des pompes intraveineuses. La présentation et la traduction des différents savoirs étaient au cœur des échanges et des discussions et faisaient partie du processus de prise de décision. On peut sans exagérer affirmer qu'elle était au cœur même du projet d'harmonisation.

Combinaison – reconfiguration et construction de nouveaux savoirs

Le troisième mode de conversion des connaissances porte sur la configuration des connaissances existantes. La communication et la systématisation des connaissances sont des facteurs importants du processus : collecter les connaissances externes, les combiner avec les connaissances existantes, les disséminer à l'aide d'outils formels et finalement éditer les nouvelles connaissances sous forme de documents, rapports ou tableaux.

Dans le projet étudié, nous avons constaté la présence du processus de combinaison et de reconfiguration des données qui se sont traduites par la production de nouveaux documents et de nouveaux rapports par le comité d'harmonisation et celui de coordination sous la gouverne de l'équipe projet du BST.

Based on the risk assessment done, the option that presented less risk overall according to our initial assessment was option 2 -Implementation of pumps as smart everywhere knowing we do not have WIFI everywhere to update library, providing we carry out an extensive pilot in different areas for the library.

Plusieurs actions ont été faites en collaboration pour préparer des documents reconfigurant les connaissances. Les équipes de projets sous la gouverne de la chargée de projet ont sollicité des connaissances expertes externes.

The table outlining the IV tubing was prepared and was circulated to the members for discussion. The requirements were presented for blood transfusion from a clinician and incorporated these in the document.

The business case was developed with the collaboration and input from several departments - collaborative effort from Pharmacy, Nursing, IS, Finance, Biomed, Logistics, Quality risk and performance and the transition support office and in consultation with Dr.

Alors on a retravaillé des heures et des heures et des heures, avec le chargé d'évaluation, et on a fait, basé encore sur la littérature, on s'est informés dans d'autres organisation comment ils avaient fait ça, et là on a présenté un document... et on a préparé le document, on l'a envoyé, au département de qualité, risques et performance, pour avoir leur avis.

on October 7, 2013 where we presented a document that we prepared called risk associated with the decision to decrease the number of infusion pumps identified as meeting the clinical needs at the MUHC. From this meeting, it was said that we needed to look at the cadre financier, describe in more detail how we arrive at the number of pumps required (volumetric and syringe pumps) and how we compare with other institutions. He also asked that there be someone extern to this project to give their recommendations. A document called Renouvellement des parcs de pompes volumétriques et de pousse-seringues au CUSM was prepared by TSO, reviewed by the person external to the process and submitted to board last Thursday.

Le travail effectué pour déterminer les critères essentiels pour l'achat de pompes et pour la production du devis technique a permis de combiner et reconfigurer plusieurs données pour aboutir à un document qui est un très bon exemple de combinaison. Le processus a pris plus de 6 mois.

The group reviewed the wording of the criteria in order to validate the one modified to reflect the ISMP, ECRI or the Accreditation Canada guidelines.

The merging of the selection criteria was done by bio-med and the project manager circulated the debriefing notes and reviewed these with the group asking if there were anything to add, modify, etc.

The document that we have been working on is called the devis technique and groups the exigences essentielles (pass or fail items) and the exigences preferentielles (criteria that have been scored in order of importance, they are not pass or fail). This document will include the clinical aspects, the IT portion, the service apres vente aspects. This document will be incorporated in the call for tender document that is used for any tender according to the law.

A document listed the different parts of this large and complex project. The most updated version of the “devis technique” was reviewed by the group.

Le projet a permis d'augmenter la collaboration et de mettre en place de nouveaux réseaux. L'échange de connaissances s'est fait au-delà du groupe de participants aux deux comités.

Alors on est capable de relier des personnes qui d'habitude ne se parleraient pas.

En résumé, dans le cas étudié l'analyse du processus de combinaison et de reconfiguration des connaissances a démontré le souci des équipes projet de chercher l'expertise et les connaissances externes et de s'assurer de les intégrer aux savoirs existants afin de produire des connaissances tangibles. La présence de documents, de rapports et de tableaux démontre cette volonté de concrétiser le travail par des outils formels afin qu'ils influencent la pratique. L'analyse des comptes rendus montrait clairement les différentes étapes accomplies pour chercher les connaissances pertinentes et prendre les décisions nécessaires pour créer ces nouveaux outils ou procédures.

Internalisation – transformation des connaissances explicites en connaissances tacites

Ce processus de conversion des connaissances transforme les connaissances explicites en connaissance organisationnelle grâce à l'internalisation des connaissances. Ce processus

est mis en application grâce à l'action et à la pratique. C'est un mode très proche de l'apprentissage dans la pratique. Lorsque les individus internalisent les connaissances explicites, elles deviennent tacites. Mais plus encore, l'internalisation nécessite que les connaissances deviennent organisationnelles et donc doit être inscrite dans les routines et façons de faire de l'organisation.

Dans le cadre du projet de recherche et de ses limites, l'internalisation n'a pas pu être observée directement car il aurait fallu plus de temps pour analyser l'après-projet et ses conséquences sur les manières de faire au CUSM. Cependant, nous avons pu constater une amorce d'internalisation qui indique que le travail accompli durant le projet conduira à un changement dans la manière de planifier les projets, de faire les achats et les implantations de technologies.

Un premier changement identifié était en lien avec le travail accompli par les équipes projet. Nos résultats suggèrent des changements organisationnels de deux ordres : d'abord sur les façons de penser des participants et aussi sur certaines pratiques organisationnelles.

Les résultats des entrevues suggèrent un changement dans la mentalité et les connaissances sur la gestion de projet et sur les procédures d'achat et d'implantation des technologies. Des interviewés ont reconnu que le projet avait modifié leur compréhension des enjeux organisationnels liés à l'achat d'une pompe.

Alors je pense que pour le futur, pour nous c'est bon et je pense pour les autres joueurs aussi. Nursing a bien apprécié je pense, pouvoir compter sur une standardisation, une organisation, un plan clair autant au niveau du circuit du médicament que pour le projet de la pompe. On avait un plan de travail, un plan de match, tout le monde s'est enligné dans la même direction plutôt que d'avoir des factions et des clans.

À moins qu'on veuille retourner au vieux modèle, mais je crois qu'ils ne feront jamais ça, parce qu'ils comprennent maintenant, on commence à... quand les gens commencent à se parler et à voir qui fait quoi, it's news, you know, au début c'est un petit peu de « woe! Je ne savais pas que c'est ça qui se passait! », mais ils comprennent l'importance de travailler ensemble plus et d'avoir juste ce temps d'entendre un chef de département parler à l'autre chef et qu'ils se comprennent à cette table, même si c'est une fois par deux mois, au moins ça se fait.

Parce qu'ils ont de l'expérience avec IV pumps, que ça prend... ç'a pris déjà un an et demi pour arriver où ils sont. Et eux, ils ont des échéanciers de trois ou quatre mois et c'était clair pour eux, ils disent on ne peut pas attendre

un an. On ne peut pas. Eux étaient très occupés à acheter des booms et des MRI et tout ce qu'il faut pour Glen, maintenant ils sont rendus aux équipements spécialisés et ça va aller vite. Alors ce sur quoi on a été capables de s'entendre, c'est que nous, on va aller faire un need assessment le plus vite possible, avoir le input des cliniciens et on va leur demander de faire aussi des démos des potentiels... Q : Comme ils ont fait avec IV pumps R : Comme avec les IV pumps, parce qu'ils nous disent que c'est essentiel

The group was informed that this would fall under the replacement of hospital inventory equipment. However before we proceed, a similar exercise was done with the harmonization of IV practices will need to be done and that is, arrive at a common vision that is evidence based, list of practices to harmonize and what the needs are.

Je pense qu'à ce niveau-là... ça va augmenter certainement notre visibilité en termes de présence clinique, on ne deviendra pas juste les gens qui achètent les médicaments et qui les distribuent. (...) ça clarifie notre rôle, et ça nous positionne en termes de leader incontournable.

Ainsi le recours à une évaluation heuristique a été entrepris avec l'objectif clairement identifié d'en faire une activité d'apprentissage afin de pouvoir mettre en valeur les compétences au sein de l'organisation.

The main issue is that we do not have that type of expertise in our institution and getting it will cost money. The Human Factor Engineer is instrumental in evaluating objectively and rigorously (e.g videotaping the user using the pump) the user interface which we know is a crucial element to consider when choosing a pump. The group agreed that we need to pursue this avenue. In addition, it is an opportunity to build capacity within our organization and these methods of evaluation can be used for other instances where health care equipment is used.

De même, le processus d'appel d'offres pour les pompes volumétriques a été perçu par plusieurs participants comme un véritable processus d'apprentissage pour les membres du comité d'harmonisation.

On a fait tellement de sessions d'information avec les fournisseurs, du teaching, du education, deux ans même avant qu'on ne publie l'appel d'offres, ça leur a donné quand même du temps pour préparer... pour améliorer leur pompe, alors il y avait beaucoup de va-et-vient avec les fournisseurs.

Peut-être que pour certaines autres technologies j'aurais pas besoin d'appeler quelqu'un qui est un expert en heuristique, on va pouvoir

prendre un peu les templates de ce qu'ils ont fait et répéter un peu ce modèle expérimental-là pour certains autres projets sans avoir nécessairement à avoir... parce qu'on a eu une formation qui nous permet de faire peut-être certaines affaires de base.

Un 2^e changement était en lien avec des modifications des manières de faire dans l'organisation. Nos résultats suggèrent une certaine dissémination des nouvelles pratiques à d'autres projets. Le changement de pratiques semble toucher principalement la manière de conduire les projets en utilisant différents savoirs et une structure de gestion de projets. Ainsi la méthode de gestion de projet adoptée par le BST semble avoir changé la manière dont les participants conçoivent les projets organisationnels.

Ça touché tellement de départements que ça nécessitait des comités de coordination en tant que tel, mais un dossier qui fera le même effet, je pense que ça sera à reproduire, la stratégie en tant que tel, ça pourrait être différent dépendant du nombre de joueurs sur le marché, mais je pense que c'était quelque chose... au bout de la ligne, (...) ça s'est très bien passé considérant tous les enjeux qu'on avait, on a réussi, c'est avec l'effort de tout le monde, c'est avec l'effort et le support que les cliniciens ont démontré, ils sont venus aux rencontres, ils ont eu leur mot à dire, je pense que c'est un succès global à cause que ça été très bien communiqué. Les gens ont été informés à toutes les étapes.

Certains interviewés ont même mentionné avoir conseillé à d'autres équipes projet d'adopter le modèle de gestion utilisé par le BST.,

Il faut évaluer, là on met des médecins autour de la table avec moi, mais là on a vu, c'est comme ce gars-là, ce qu'il essaie de faire, on va se perdre là-dedans. Et là j'ai dit écoute, il y a un modèle qui est utilisé présentement qui est très efficace, là je l'ai mis en contact avec les gens du Bureau de transition.

En résumé, l'analyse indique la présence de l'amorce d'un processus de conversion des connaissances tacites. Ce mode de conversion est important car c'est véritablement par lui que le changement se concrétise dans la pratique. Certains participants ont parlé d'un changement d'attitude vis-à-vis la gestion des projets organisationnels au sein du CUSM. Certaines pratiques, par exemple pour les achats, ont été modifiées pour adopter les manières de faire lors du projet. L'analyse suggère la présence de changements dans le cercle restreint des

personnes impliquées dans le projet. L'analyse n'a pas pu démontrer un changement au plan organisationnel.

Cette situation est due en partie aux limites de la collecte de données qui n'a pas permis de rendre compte du phénomène dans son ampleur. Pour ce faire, il aurait fallu collecter les données sur une plus longue période. Néanmoins, le cas étudié apporte des modifications dans la compréhension et la manière d'aborder les projets organisationnels. Pour la plupart des participants, l'expérience du projet d'harmonisation des pratiques intraveineuses a permis un apprentissage non seulement des procédures d'achat de technologies, mais également de gestion de projet.

5.3.2 Facteurs ayant influencé le processus de conversion des connaissances

L'analyse indique la présence des quatre modes de conversion dans l'expérience du projet d'harmonisation des pratiques IV. Selon le modèle conceptuel, certains facteurs devaient faciliter la conversion des connaissances. Le modèle identifiait : les systèmes de technologie des communications, les outils de gestion, la culture organisationnelle ainsi que le leadership. L'analyse a également permis d'identifier de nouveaux facteurs : ressources financières, climat relationnel, manque de communication, manque de connaissances, qualité et compétences. Ces facteurs ont pu faciliter ou empêcher le processus de conversion des connaissances. Afin de faciliter l'analyse, les facteurs ont été organisés sous trois catégories : les ressources organisationnelles, la communication et la culture organisationnelle (voir tableau VI, p.108)

Les ressources organisationnelles

Systèmes de technologie des communications

Un des premiers facteurs influençant le processus de conversion des savoirs explicites est la présence d'un système de technologie des communications. Cette structure est importante pour l'échange d'information à un plus grand nombre de personnes. Elle permet aussi de laisser les traces écrites des projets. Les résultats ont démontré que le BST avait mis à disposition des équipes de projets des outils de communication comme l'intranet, qui a

favorisé l'échange de documents et d'informations entre les participants. Ils ont permis de stocker l'information et de le communiquer aux participants et aux partenaires externes au projet. Les employés du CUSM avaient aussi accès aux ressources des bibliothèques de l'université McGill ce qui a grandement facilité la recherche de données probantes. L'existence d'un système de technologie de communication a été un facteur déterminant dans les processus d'externalisation et de combinaison et dans une moindre mesure, dans le mode d'internalisation. Il était moins important dans le processus de conversion des savoirs tacites, mais pourrait avoir un effet à plus long terme en permettant de conserver l'historique des activités, des objectifs et des visions organisationnelles. La direction du BST a par ailleurs documenté l'historique de cette structure organisationnelle de deux façons : par les comptes rendus et en produisant un document interne sur la naissance et la mise en place du BST. La publication d'articles scientifiques sur le BST a contribué également à nourrir un savoir organisationnel. Dans le cas présent, le projet d'harmonisation des pompes a été documenté à l'aide de comptes rendus détaillés sur la démarche les objectifs, la vision du projet ainsi que les décisions. Le système de communication a facilité la conversion des savoirs explicites et permis à un plus grand nombre de participants de s'appropriier les savoirs liés au projet. Dans une moindre mesure, il a influencé l'internalisation.

Les outils de gestion de projet

L'analyse a identifié les outils de gestion comme autre facteur ayant influencé sur le processus de conversion des connaissances. En effet, le BST a adopté une structure de gestion de projet qui comprenait des outils formels de gestion et de suivi des projets. De l'aveu même des participants, cette structure était un facteur important de la réussite du projet. Les outils de gestion ont permis de structurer les réunions, de permettre une qualité d'échanges et d'assurer les suivis des activités. La gestion de projet a aussi facilité l'avènement d'une vision et d'un langage commun car ces éléments faisaient partie intégrante de la démarche de gestion. Ainsi, la structure de gestion de projet adoptée par le BST a facilité les modes de conversion des savoirs explicites, mais également dans une moindre mesure les savoirs tacites.

Donc en imposant du moins en suggérant une structure, avec un rapport, des outils on voit vraiment que ça les aide à s'assurer que le travail soit fait.

Les résultats ont démontré que la structure de gestion de projet a aussi permis le développement d'une vision organisationnelle du projet (avec l'obligation de signer un engagement sur les objectifs et les responsabilités de chacun) ce qui a renforcé directement le processus de conversion des savoirs tacites en savoirs explicites. Les outils de gestion ont permis de faciliter les échanges, principalement pour les deux modes de conversion : l'externalisation et la combinaison et dans une moindre mesure l'internalisation (lors de la formation et de l'implantation des pompes).

Structure de gestion de projet

La prise en charge de tâches de gestion de projet est un élément important de la conduite des projets, mais aussi de sa réussite. En effet, elle permettait de s'assurer d'avoir une vision et des objectifs communs et d'engager les partenaires formellement dans le projet. De plus, elle fournissait une structure de suivi avec responsabilités définies et des calendriers pour les activités. La structure de projet a aussi fourni des informations et des connaissances qui ont permis de prendre des décisions éclairées.

Le manque de temps est souvent perçu comme un obstacle important dans des projets. Dans le cas présenté, la présence d'un gestionnaire de projet ainsi que d'une structure de projet a été un facilitant pour la réussite du projet.

Deux interviewés ont noté que la flexibilité dans la gestion de projet était un élément important de succès.

Je pense que l'adaptabilité est liée au facteur de succès.

C'est majeur comme changement parce qu'au lieu de se fier sur strictement des managers...ou en tout cas des gens qui ont des postes de gestion et qui doivent gérer les RH., gérer leur quotidien, gérer...le BST, ce que ça amène, avoir un gestionnaire de projet et les consultants qui viennent avec, ça permet de libérer les gestionnaires, donc les gestionnaires ne sont plus obligés d'organiser les agendas de toutes ces rencontres-là. De gérer le projet en plus de gérer leur popote, leur quotidien.

L'analyse des données a démontré une influence positive du processus de gestion de projet sur l'externalisation, la combinaison et l'internalisation.

Valorisation d'une compréhension et d'un langage communs

La structure de gestion de projet comportait des étapes pour assurer la valorisation d'une vision commune et d'assurer un engagement formel des participants. Ce facteur qui représentait une étape formelle du processus de gestion de projet a influencé positivement l'externalisation. Cependant, malgré les efforts mis pour valoriser une vision commune, plusieurs interviewés ont soulevé comme contrainte le temps requis pour mettre en place un langage commun et pour arriver à des consensus sur les objectifs et la vision du projet.

Deux interviewés ont mentionné la difficulté d'avoir l'engagement de tous les membres du comité. De même, le fait de ne pas prendre connaissance des comptes rendus ou d'être absent des réunions a ralenti le fonctionnement du comité (car il fallait répéter les informations et revenir sur les décisions prises précédemment).

I think upper management is...the way they are, is a lot of people don't really know how it works, especially including the employees that work here; they are not really aware of who is in what position and what their roles are, because there's so many divisions.

Ainsi, l'influence positive de la présence d'une gestion de projet et d'une démarche formelle a été modérée quelque peu par la lourdeur apportée à l'ensemble de la démarche. Il s'agissait d'un irritant pour quelques-uns.

Néanmoins malgré le succès de cette étape, certains ont rapporté que le processus avait pris du temps à cause du contexte organisationnel différent pour certains membres des comités.

C'était très difficile d'avoir une vision globale parce que moi, étant fusionné, c'était une chose, mais souvent on était avec des partenaires qui n'étaient pas nécessairement fusionnés.

Ainsi, malgré une bonne structure de gestion de projet, il semblerait que l'effet sur la conversion des connaissances a été diminué par le contexte organisationnel différent de certains membres des comités.

Utilisation de données probantes

Un des objectifs formels de la démarche adoptée par le BST était l'utilisation des données probantes dans les prises de décision. L'analyse a démontré que l'utilisation des données probantes dans les discussions a été perçue par plusieurs comme un élément facilitant

les discussions et les prises de décision. Les données probantes ont été utilisées pour informer les participants des enjeux et des défis liés à l'implantation des pompes volumétriques.

On a réussi parce que notre processus, notre façon de monter un dossier a été bien fait je pense, c'est basé sur les meilleures données probantes.

Les infirmières je pense que ça été apprécié de voir, bon ok, il y a des données probantes là-dessus, on va arrêter de discuter de qu'est-ce qui est la meilleure idée

L'utilisation des données probantes a permis d'informer les participants et a aussi eu un effet médiateur dans les discussions et les échanges. Elle a permis d'ajouter une certaine neutralité aux débats et de sortir de l'émotif et de l'intuition. En ce sens, elle fut un facilitant pour les modes de conversion des savoirs explicites : l'externalisation et la combinaison. Elle a été importante pour la traduction des savoirs experts et pour chercher des données externes essentielles au projet de pompes. Ce facteur n'a pas eu d'influence sur les modes de conversion des savoirs tacites.

Données probantes incomplètes

La plupart des participants ont reconnu l'importance de l'utilisation des données probantes dans les prises de décision du projet. Cependant, cette utilisation a parfois eu des effets négatifs sur la gestion du projet. Certains interviewés ont dénoncé la lenteur des présentations lors des réunions. Les connaissances présentées prenaient beaucoup de temps à organiser et certaines informations n'étaient pas complètes lors des présentations/rapports.

Il y a eu plusieurs questions soulevées (par les courtiers en connaissances et les analystes de processus) par rapport à la fiabilité des données présentées lors des réunions.

So often it looked at quality in the evidence, its very, it's not an...often through case studies, it's often through white papers, it hasn't been published or in order to get to answer the actual specific question. In some cases, there is no answer.

What do you mean by model, what do you mean by governance because even though the literature...its confusing in the literature and then they dont' even know what they want.

Par ailleurs, les courtiers en connaissance et les analystes de processus ont dénoncé le manque de temps pour faire leurs recherches, mais surtout l'absence de suivi dans leur travail. En effet, les demandes manquaient parfois d'éléments contextuels ce qui rendait le travail peu utile.

Ces éléments ont eu comme conséquence de discréditer à quelques occasions le processus d'utilisation des connaissances. Ainsi l'influence de ce facteur sur le processus de conversion a été tempérée par ces critiques et nécessairement a agi comme frein au processus d'externalisation.

Apprentissage et ajustement du processus de gestion

Le processus de gestion de projet se faisait pour la première fois et a occasionné plusieurs ajustements. Certains interviewés ont reconnu qu'il y avait eu un apprentissage à faire dans le processus et que cela avait occasionné des pertes de temps.

Au début ce n'était pas évident. Il y avait de l'ajustement. Comme je peux te dire, vu que c'était la première fois qu'eux faisaient ça, eux autres aussi il y a ajustement à faire qui a ajouté dans le projet, tu comprends ? Un ajustement une réorganisation, réévaluation du plan qu'ils avaient et ç'a pris du temps, ç'a trainé un peu.

L'analyse des données a démontré que le processus de gestion a nécessité des apprentissages, mais également des ajustements en cours de projet. Cette souplesse dans la gestion des activités a contribué à faciliter trois des modes de conversion des connaissances soit l'externalisation, la combinaison et l'internalisation. Ce facteur démontre que la gestion de projet et les outils de gestion doivent permettre les ajustements et la souplesse afin de faciliter les processus de conversion des savoirs explicites.

Ressources financières

Dans le cadre du projet d'harmonisation des pompes, le BST a fourni des ressources financières au projet. Outre l'utilisation des locaux et des ressources administratives et professionnelles du BST, le projet a bénéficié d'une petite enveloppe budgétaire qui a pu être utilisée à certaines étapes du projet pour faciliter le fonctionnement. Ainsi, lors des évaluations heuristiques, des infirmières ont pu être libérées pour participer aux évaluations.

It was reiterated that the nurse that are liberated for the four hours will be paid as decided by Nursing Executive Committee.

J'avais fait une demande pour monter la librairie. Il faut libérer un pharmacien six mois pour le faire. Donc cette enveloppe-là était pour payer le remplacement pour une personne.

L'existence des ressources financières a facilité des aspects logistiques du projet et a permis la réalisation d'activités. Par exemple, sans l'argent du BST, il n'y aurait pas eu de libération d'employés pour participer à l'évaluation heuristique. Ce fut un facteur déterminant pour cette activité. Dans le cadre du projet les ressources financières ont facilité les processus d'externalisation, de combinaison et d'internalisation (mise en pratique).

Communication

Manque de communication entre le projet et certains partenaires

Certains partenaires ont fait des actions sans consulter l'équipe de gestion de projet du BST et cela a entraîné des changements dans le projet. Ces actions ont été perçues par l'équipe de projet comme de l'opposition, de la résistance aux actions proposées par le BST. Ainsi, le nombre de pompes requises a été modifié pour l'appel d'offres sans que les participants des comités d'harmonisation des pompes soient avertis.

Je pense que ce qui fait la différence c'est quand c'est arrivé pour les pousse-seringue, il fallait valider le financement pour préparer le comité de coordination où d'ailleurs il devait être là, et il ne s'est pas présenté, il nous a envoyé un petit tableau et c'est là qu'on a vu que le financement pour les pompes volumétriques qui avait été présenté au conseil d'administration, le montant avait baissé. Or pour les cliniciens le nombre de pompes était un critère absolu.

Le nombre de pompes c'était quelque chose que les cliniciens ont jugé nécessaire, essentiel, que le nombre de pompes ne bouge pas.

Un des partenaires importants pour le projet d'achat des pompes a démontré une résistance au processus mis en place par le BST et a, par le fait même, peu participé. Cela a occasionné des manques dans les connaissances échangées. Ce facteur qui a été nommé par les plusieurs membres du comité d'harmonisation des pratiques cliniques, a nui au processus d'externalisation et de combinaison. L'analyse des données a démontré un manque de vision commune du projet avec un partenaire important pour les achats. Ce partenaire a également

montré de la résistance par rapport au processus de détermination des critères cliniques qu'il jugeait trop fastidieux. Cette situation a entraîné beaucoup de frustration, mais a également retardé le projet de plusieurs mois.

Manque de connaissance des processus et des règles de partenaires externes

Le manque de connaissance de l'équipe projet des processus et des règles budgétaires des partenaires externes a occasionné des délais et des changements de stratégies du projet. (achat, règles budgétaires du gouvernement, processus bio-med, etc.). Ainsi le comité d'harmonisation des pratiques IV a dû retravailler la sélection des critères cliniques après avoir appris les processus légaux pour les achats. Ce délai aurait pu être évité si les informations avaient été disponibles au bon moment.

Since the November 27th meeting new information has come our way that will impact on how we prepare the devis technique.

En résumé les données ont démontré que le manque de connaissances des processus logistiques et légaux a influencé négativement le processus d'externalisation c'est-à-dire il a diminué la force de ce mode de conversion des connaissances.

Climat relationnel entre les participants

L'analyse a démontré que la structure de gestion de projet a facilité les échanges et permis d'instaurer un climat de travail sain et respectueux. A cet effet, un interviewé a mentionné le respect qui existait entre les membres des différents comités et qui a permis même lors de désaccord de maintenir un bon climat d'échanges.

Donc c'est toujours la confrontation des deux mondes dans ce temps-là. Tandis qu'avec le directeur on n'a pas cette confrontation-là, parce qu'on a le même langage.

Comme même s'ils ne s'entendent pas parfaitement tout le temps, il y a toujours du respect

L'existence d'un climat de travail respectueux et sain a sans aucun doute facilité les quatre modes de conversion des connaissances, mais principalement pour les modes conversion des connaissances explicites.

Culture organisationnelle

Ouverture aux nouvelles idées

La culture organisationnelle est un facteur important du processus de conversion des connaissances. Une culture qui favorise l'appréciation des différences, la sécurité psychologique et l'ouverture aux nouvelles idées et valeurs est perçue comme favorable à la conversion.

Les résultats ont démontré une bonne propension de la culture organisationnelle à accepter et à valoriser les nouvelles idées.

That's what I find the TSO is really good at, you're not defined and stuck in one little role. If you're interested and you want to do more, then (X) is very open to you doing more, she's going to help you.

Donc la qualité et performance, c'est un département relativement nouveau, donc on essaie de honnêtement innover ensemble, d'innover et de développer les capacités du CUSM.

Les interviewés reconnaissaient aussi que le processus permettait l'erreur et l'apprentissage.

Je peux dire qu'il y a une leçon que le CUSM a apprise par exemple, que c'était pas parfait, le processus qui a été fait. J'étais très impliqué là-dedans et je peux te dire que j'ai appris par mes erreurs aussi.

En résumé, la présence d'une culture organisationnelle permettant aux nouvelles idées d'émerger et favorisant l'apprentissage par l'erreur sont des facteurs facilitants du processus de conversion des connaissances. Ces éléments ont favorisé les modes de conversion des savoirs explicites, mais surtout l'internalisation (apprentissage).

Présence d'une culture professionnelle d'autonomie

L'analyse des données a démontré la présence d'une culture professionnelle favorisant une grande autonomie des individus. Cet élément est une caractéristique des bureaucraties professionnelles comme le CUSM. Dans le cadre du projet, ce facteur a influencé le processus de conversion des connaissances de deux façons : d'abord en facilitant la reconnaissance des expertises et compétences de chacun et en agissant comme frein à l'engagement des participants (n'aime pas se faire dire quoi faire).

Bien justement, c'est la grosse problématique, c'est qu'on n'est pas habitués à travailler avec des tables comme ça. Tout le monde travaille dans leur silo.

We're very independent in terms of planning out our schedule and we know when we have to do

L'analyse des données a démontré que ce facteur a pu jouer contre la collaboration. Par exemple les médecins invités à participer au comité d'harmonisation ont été peu présents. Selon les données recueillies dans les entrevues, la culture d'autonomie professionnelle a contribué à leur faible niveau d'engagement dans le projet et son processus de gestion. Par conséquent, ce facteur a influencé négativement les processus de conversion des savoirs explicites. On peut aussi supposer qu'il impactera sur le mode d'internalisation (mise en pratique).

Leadership

Un des facteurs importants d'influence des modes de conversion est la présence de leadership au sein des équipes de travail. Les activités de leadership sont importantes car elles permettent de lier le contexte du projet, les ressources organisationnelles et le processus de conversion. Le modèle identifiait deux catégories d'activités de leadership : centralisées et distribuées.

Les résultats démontrent une forte présence des activités centralisées, c'est-à-dire des activités formelles de l'organisation. Ces activités centralisées étaient réalisées principalement par trois personnes : la directrice du BST, la gestionnaire de projet avec appui du directeur du département de pharmacie et de l'experte clinicienne. La gestionnaire de projet a utilisé les outils de gestion ainsi que les moyens de communication comme l'intranet pour organiser les réunions, assurer un suivi des activités. Elle a travaillé à valoriser une vision et des objectifs communs pour les deux comités. Elle a contribué à faciliter les quatre modes de conversion.

Le directeur du département de pharmacie a joué un rôle pivot dans le projet : il a fourni des informations sur les pompes, l'administration des médicaments. Son département a payé l'évaluation heuristique. Son leadership a influencé les modes de conversion des savoirs explicites (externalisation et combinaison), mais également l'internalisation. En effet, le département de pharmacie est central dans la bonne gestion des pompes et leur utilisation

adéquate. En faisant preuve de leadership, le directeur de pharmacie et la gestionnaire du projet ont permis de lier le contexte du projet au contexte organisationnel. Ils ont agi comme courroie de transmission vers les instances organisationnelles.

Le leadership de l'experte clinique a été un peu différent. Elle a contribué grandement à la production de connaissances et la traduction de savoirs experts. Elle était reconnue pour sa compétence clinique et cette crédibilité a facilité l'adhésion des participants aux connaissances qu'elle amenait. Dans une culture organisationnelle d'autonomie professionnelle, cet élément a été important pour le projet. Elle a facilité principalement les modes de conversion des savoirs explicites.

Finalement, le leadership de la directrice du BST (soutenu par la gestionnaire de projet) a aussi influencé le processus de conversion des connaissances en permettant aux connaissances générées par le projet d'être apportées à un plan organisationnel et vice-versa. Les résultats démontrent que l'existence de communications entre les plans organisationnels a permis aux connaissances explicites d'être amplifiées à un niveau qu'il aurait été impossible d'atteindre sans le leadership de la directrice. Son apport a facilité les modes de conversion des connaissances avec une importance plus accrue pour la combinaison et l'internalisation.

Le leadership distribué est défini par les activités informelles qui permettent d'utiliser les ressources organisationnelles pour effectuer le travail. Il est caractérisé par l'émergence spontanée de collaboration entre des individus. Dans le cadre de cette étude, les entrevues ont fourni de l'information sur certaines activités plus informelles qui se sont déroulées en marge du projet formel d'harmonisation des pratiques IV, mais qui ont eu des retombées sur les activités formelles. Ainsi, les résultats des entrevues démontrent la présence d'activités de leadership informelles, mais visant à établir un consensus sur les valeurs et les objectifs communs avec le plan stratégique. Des conversations et des rencontres informelles ont permis à la gestionnaire du BST et la gestionnaire du projet de faire connaître les objectifs et les enjeux du projet et de rallier d'autres partenaires stratégiques au projet. Les entrevues font également mention de collaborations informelles entre les membres du projet. Ce fut le cas pour la question de l'évaluation heuristique. Des conversations informelles en marge du projet ont mené à l'engagement du département de la pharmacie dans le projet. Le leadership distribué permet de nourrir le processus des savoirs tacites comme la socialisation et ainsi prépare le terrain pour l'échange des connaissances explicites. L'analyse a permis de rendre

compte de certaines activités informelles, mais on peut affirmer que cet élément était probablement plus important que ce que l'analyse a démontré.

Qualité et compétence des personnes impliquées dans le projet

Plusieurs interviewés ont mentionné que la compétence et l'expérience de la gestionnaire de projet avaient été déterminantes dans la réussite du projet. Certaines personnes ont aussi mentionné la présence d'acteurs-clés dans les comités de travail. Par acteur-clé on entendait les personnes ayant des pouvoirs de décision et qui avaient par le fait même permis de dénouer des impasses et de faire avancer le projet.

D'autres aussi ont reconnu la compétence et l'expertise de certains acteurs et les ont associés à la réussite du projet.

J'ai vraiment été impressionné de la qualité des gens qu'on a ici.

Quand tu nous parles des acteurs clés, bien les achats ont été un acteur clé à aider à pousser ce dossier-là.

Tu vois comme Dr X c'est parfait, parce que lui utilise beaucoup les pompes c'est un anesthésiste. Si je vais mettre un intensiviste autour de la table, il va perdre son temps

Ce facteur a amélioré la conversion des connaissances pour les quatre modes de conversion : pour la conversion des savoirs tacites, la reconnaissance de la compétence des acteurs a favorisé un sentiment de confiance et un climat professionnel. La compétence des acteurs clés et la crédibilité qu'ils avaient auprès de leurs pairs a facilité les processus de conversion des connaissances en favorisant l'adhésion des membres au projet et en aidant la reconnaissance de l'expertise de chacun. Pour la conversion des savoirs explicites, cette reconnaissance de la compétence et de l'expertise a amélioré les échanges car les participants savaient « qui savaient quoi ».

Le tableau suivant reprend l'ensemble des facteurs ayant influencé le processus de conversion des connaissances dans le cas du projet étudié. Les facteurs sont organisés selon 4 catégories : les ressources organisationnelles, la communication, la culture organisationnelle et le leadership. L'influence positive ou négative de chaque facteur est présentée selon les 4 modes de conversion des connaissances.

Tableau 7 Récapitulatif des facteurs influençant le processus de conversion des connaissances

Facteurs	Mode de conversion des connaissances			
	Socialisation	Externalisation	Combinaison	Internalisation
Ressources organisationnelles				
Système de technologie des communications		+++	+++	+
Outils de gestion		+++	+++	+
Structure de gestion		+++	+++	+++
Compréhension et langage communs	+	+++	++	++
Utilisation de données probantes		+++	++	
Apprentissage et ajustement du processus de gestion		+	+	+
Ressources financières		++	++	++
Communication				
Manque de communication entre certaines partenaires		---	---	--
Manque de connaissance sur les processus		---	---	
Climat sain entre les participants	++	+++	+++	+
Culture organisationnelle		+++	+++	++
Ouverture aux nouvelles idées	+	+++	+++	++
Autonomie professionnelle	+	--	--	--
Leadership	+++	+++	+++	+++
Qualité et compétences des participants	++	+++	++	++

Conclusion sur l'analyse des modes de conversion des connaissances

Que pouvons-nous conclure de l'analyse des quatre modes de conversion des connaissances ? Nous cherchions à évaluer si les processus mis en place par l'équipe projet du BST pour le projet d'harmonisation des pratiques intraveineuses permettaient, par les interactions entre les connaissances tacites et explicites de créer de nouvelles connaissances et ainsi apporter un changement dans les pratiques organisationnelles. Nous voulions rendre

compte de l'interaction entre les quatre modes de conversion au sein du projet pour une période donnée. En effet, le mouvement de conversion étant illimité, les modes de conversion mis en évidence lors de l'analyse représentaient une partie du phénomène. Les résultats ont démontré une grande présence des modes d'externalisation et de combinaison et, dans une moindre mesure, quelques éléments de socialisation et d'internalisation. La structure de projet mise en place ainsi que l'importance accordée aux connaissances ont sans aucun doute contribué à solidifier les modes d'externalisation et de combinaison. Il est évident aussi que le calendrier de collecte de données a favorisé ces deux modes de conversion car la période à l'étude comprenait principalement le travail pour récolter les connaissances et les combiner. Dans une moindre mesure, les modes de socialisation et d'internalisation sont présents et probablement, en partie, sous-représentés. Ce qui ne signifie pas qu'ils étaient faibles, c'est-à-dire qu'ils étaient absents, mais que l'analyse n'a probablement pas réussi à rendre compte de l'ampleur des deux modes.

L'importance de la présence d'une conversion de savoirs explicites confirme que les connaissances ont été partagées et validées par les participants. Les participants ont dialogué et échangé des informations, mais plus encore grâce aux interactions, les connaissances ont été « justifiées » par le groupe. Cette notion de justification des connaissances est importante car elle confirme que le processus n'est pas seulement un échange d'information, mais bien un processus social qui résulte par la reconnaissance des connaissances, en les définissant comme valides. Cette reconnaissance (*justified true belief*) est modelée par les expériences passées et les schèmes mentaux des participants. L'idée ici n'est pas de savoir si les connaissances sont vraies dans le sens ultime du mot, mais bien si elles sont reconnues comme valides par le groupe et si elles favorisent la décision et l'action (Nonaka et Von Krogh, 2009 :640). Les connaissances subjectives individuelles sont validées, synthétisées et connectées aux schèmes de connaissances des autres membres. L'analyse a démontré que les échanges pilotés par la chargée de projet sur la vision les objectifs ont facilité la mise en place d'une vision commune tout en reconnaissant les spécificités des connaissances de chacun. Ainsi, le processus de conversion des connaissances explicites a influencé les individus à deux niveaux cognitifs : le partage de modèles mentaux et la mémoire transactive. Nonaka, Von Krogh et Voelpel (2006) et Nonaka et Von Krogh (2009) expliquent que ces deux mouvements doivent être présents pour permettre l'amplification des connaissances et leur

passage du niveau individuel à celui de groupe dans le but d'améliorer la capacité d'agir. L'analyse a démontré que les différentes étapes du projet et le modèle de gestion adopté (utilisation des connaissances) ont facilité le développement des modes de conversion des connaissances explicites.

L'analyse des facteurs ayant influencé le processus de conversion des connaissances a mis en évidence l'importance de l'utilisation des ressources organisationnelles pour favoriser le partage de connaissances explicites. Elles deviennent un incontournable pour faciliter l'échange d'information, mais aussi pour permettre un échange à un grand nombre de participants et ainsi amplifier les modes de conversion des savoirs explicites.

L'analyse a également démontré l'importance de la structure de gestion pour améliorer les modes de conversion des savoirs explicites, notamment pour la mise en place d'une vision commune et pour améliorer l'utilisation de données probantes dans les prises de décision. Néanmoins cette structure de projet ne devait pas être rigide pour favoriser la conversion des connaissances car elle devait pouvoir s'ajuster. Cette caractéristique qui a été révélée par l'analyse confirme l'importance de la flexibilité et de l'ajustement des processus dans la création de connaissances.

Par ailleurs, l'analyse a révélé la présence d'un facteur qui s'avère important au processus de création de connaissances, l'existence d'un climat sain et respectueux entre les participants. Cet élément est identifié dans la littérature comme une des conditions favorisant le processus de création de connaissances (Von Krogh, 1998; Zarraga et Bonache, 2005; Nonaka, von Krogh et Voelpel, 2006). Les études ont démontré que la présence de relations empreinte de confiance et de respect améliorerait le processus de transfert et de création des connaissances (Zarraga et Bonache, 2005).

Dans la présente étude, l'existence d'un lien de confiance et d'un respect mutuel entre les participants est incluse dans la définition d'un « climat de travail sain ». Même si l'analyse des données n'a pu rendre compte de la présence de ces caractéristiques dans le processus de socialisation, on peut présumer que c'était le cas car pour pouvoir s'exprimer dans les modes de conversion des savoirs explicites, elles doivent être présentes dans le processus d'échanges tacites.

D'autre part, la culture organisationnelle d'autonomie et de valorisation de nouvelles idées a contribué dans un premier temps positivement aux processus de transfert et de

création des connaissances. Ces caractéristiques, reconnues dans la littérature sur l'apprentissage organisationnel (Garvin, Edmondson et Gino, 2008), sont partie intégrante d'un environnement qui favorise la collaboration et les échanges. Dans le cas présent, ces caractéristiques ont renforcé le processus de conversion des savoirs explicites. Néanmoins, la culture d'autonomie professionnelle, si elle favorise la reconnaissance des compétences et de l'expertise de chacun, a aussi contribué à faire obstacle à la collaboration et la coordination entre les médecins et les autres professionnels. Leur faible participation a eu un effet de barrière pour la conversion des savoirs explicites.

En dernier lieu, l'analyse a démontré l'importance du leadership dans le processus de dissémination et de création des connaissances. Dans le cas présent, le leadership s'est révélé à plusieurs étapes tant de manière formelle qu'informelle. Selon la théorie de la création de connaissances, ces formes de leadership favorisent le processus de conversion des connaissances en assurant que la vision et les valeurs sur les connaissances des gestionnaires de haut niveau soient intégrées dans les activités des comités pour avoir une résonance sur les activités terrain. Les leaders favorisent la coordination et la collaboration entre différentes échelles décisionnelles (Nonaka, von Krogh et Voelpel, 2006). Dans la présente étude, l'analyse a démontré l'importance du leadership pour assurer une cohérence entre la vision et les actions, mais aussi pour augmenter la coordination et la collaboration au sein des équipes de travail et entre les différents comités.

En terminant, les quatre modes de conversion sont nécessaires pour assurer une création de connaissances et donc de changement, mais le processus de création de connaissances reste fragile. Pour se stabiliser, il nécessite que les connaissances combinées soient intégrées au système de connaissances de l'organisation, c'est-à-dire que les connaissances générées par le projet puissent être captées par l'organisation. Dans le modèle de création de connaissances les auteurs reconnaissent que la redondance et la complexité caractérisent le système de connaissances organisationnelles (Nonaka et von Krogh (2009). Dans le cadre de ce projet, l'analyse a démontré la présence d'éléments de redondance notamment avec les répétitions sur la vision et les objectifs et le travail sur les critères essentiels. De même le projet comprenait des éléments de complexités liés aux différentes échelles organisationnelles nécessaires à la réalisation du projet.

La prochaine section présente les résultats liés à la question 3, les éléments contextuels qui ont influencé les effets obtenus par l'intervention du BST.

5.4 Question 3 : Quels sont les éléments contextuels qui ont influencé les effets obtenus par l'intervention du BST?

L'analyse des modes de conversion a permis de démontrer que plusieurs facteurs avaient facilité ou empêché le processus de conversion des connaissances. Ils ont mis en évidence la complexité du processus de conversion. Le chapitre suivant porte sur la troisième question du projet de recherche et analyse l'influence des éléments contextuels sur les effets obtenus par les interventions mises en place par le BST pour la création de nouvelles connaissances.

Par définition, les connaissances sont dépendantes du contexte ou du moins elles sont sensibles à celui-ci et les résultats obtenus s'expliquent en partie à l'aide du contexte. Chaque intervention a un contexte qui lui est propre et ce dernier explique en partie les résultats. Il est important de le différencier des facteurs qui ont influencé le processus de conversion afin de pouvoir expliquer les effets obtenus par l'intervention et ainsi faire la distinction entre les facteurs influençant le processus de conversion (et qui pourraient être répliqués) et les éléments contextuels propres au projet.

Le modèle conceptuel identifiait des déterminants contextuels liés aux environnements historique, social et politique. Les éléments contextuels proviennent de l'analyse des données, principalement, de l'analyse documentaire et des entrevues. Dans une moindre mesure, les données de l'observation ont confirmé certains éléments contextuels propres au projet. Une attention particulière a été apportée aux données dans les entretiens afin de révéler les éléments contextuels importants aux yeux des participants. Ainsi, l'analyse suivante ne se veut pas une analyse historique ou politique du CUSM, mais bien une analyse des éléments contextuels ayant influencé les résultats en mettant l'emphase sur la compréhension des acteurs impliqués dans le projet.

5.4.1 Contexte politique/économique

Construction et redéploiement des activités cliniques et administratives

Le projet d'harmonisation des pompes a évolué dans un contexte particulier, celui de la construction d'un méga hôpital et le redéploiement de ses activités cliniques et administratives. Ce projet ambitieux constitue la toile de fonds du contexte politique et organisationnel au sein duquel les activités du BST se sont déployées.

L'analyse des données a mis en évidence que les contraintes liées au projet de déménagement vers le nouveau méga hôpital ont été une réalité pour l'ensemble des projets du BST. Le travail des gestionnaires de projet du BST devait tenir compte des impératifs du déménagement. Ce facteur a naturellement eu un effet structurant sur l'agenda (time frame) des projets d'harmonisation. Par exemple, dans le cas du projet étudié, le calendrier du déménagement a eu comme conséquence la modification de la planification pour l'implantation des pompes. En effet, aucun changement n'a été accepté après décembre 2014 afin de faciliter le début du processus de déménagement.

By December 2014 we need to have completed as much as possible of the work within this project because after that date and for several months no new changes will be implemented to permit the move to the Glen and the consolidation.

Ainsi, dans le cadre du projet d'harmonisation des pratiques intraveineuses, les retards dans le dépôt de l'appel d'offres a signifié que le temps imparti pour l'implantation était réduit pour ne pas dire compressé afin de répondre au calendrier du déménagement.

Finalement, le contexte de la construction du méga hôpital et des impératifs liés aux contrats et échéanciers ont mis beaucoup de pression sur les équipes de travail pour accélérer la réalisation des projets d'harmonisation et d'optimisation. L'échéancier de la construction et du déménagement structurait l'agenda des équipes de travail.

La difficulté c'est le temps, il y a un gros stress de temps avec ce département.

En résumé, ce déterminant contextuel a influencé la manière dont se sont déroulées les activités du BST et en particulier celles du projet d'harmonisation des pratiques intraveineuses. L'importance du projet, les défis associés et l'urgence d'agir ont été des

facteurs mobilisateurs pour amener les équipes de travail à travailler avec le BST. L'aspect extraordinaire du projet a favorisé la collaboration.

Ce déterminant contextuel a eu une influence incontournable dans la création du projet car il a constitué un terrain fertile pour favoriser la collaboration auprès de participants ayant des processus de travail autonomes.

Situation budgétaire précaire du CUSM

Au-delà des contraintes liées au projet de construction et de redéploiement des activités cliniques et administratives, le projet d'achat de pompes intraveineuses s'inscrivait dans un contexte organisationnel particulier : le scandale financier lié à la construction du méga hôpital⁵. Les conséquences du scandale sur les participants et les employés du CUSM ont été révélées par les propos des participants lors des entrevues, mais également par l'observation en réunion et de manière informelle au sein du BST. Le scandale financier a augmenté la pression sur les finances de l'organisation déjà impactée par la construction du méga hôpital et le contexte général des finances publiques du gouvernement du Québec. Cette situation a sans aucun doute eu un effet sur les projets organisationnels. Si la plupart des enveloppes budgétaires étaient déjà allouées, le suivi comptable des projets s'est intensifié et par le fait même le contrôle sur les gestionnaires de projet.

Cependant, les entrevues ont révélé que la conséquence directe du scandale financier et du resserrement budgétaire a été l'atteinte à la réputation du CUSM. Les employés, fiers de la compétence et de l'excellence de leur organisation, ont ressenti de la honte face au scandale. La situation a créé de l'incertitude au sein des équipes de travail face aux coupures éventuelles de certaines activités et des postes de travail.

Je dirais on a été frappés coup sur coup avec toute la mauvaise presse avec le DG, mais aussi la crise financière où on a reçu un accompagnateur du Ministère pour nous suivre pas à pas dans les projets de redressement budgétaire. Donc ça, ç'a été dur pour l'organisation dans le sens qu'on n'était pas en tutelle, mais presque, c'était une forme de tutelle, donc les gens

⁵ Ce scandale financier représente une des plus grandes fraudes financières au Canada. Elle a impliqué le directeur général de l'époque et le consortium pour la construction du méga hôpital. Une des conséquences a été la quasi- mise sous tutelle du CUSM par le gouvernement du Québec.

avaient perdu comme leur fierté dans l'organisation à cause de ce qui s'est passé avec le DG et là, de savoir qu'on était surveillés parce qu'on n'avait pas bien géré les finances, c'est quelque chose.

Dans le contexte du projet d'harmonisation des pratiques intraveineuses, la situation particulière du CUSM a sans aucun doute motivé les participants à adopter des pratiques rigoureuses de gestion afin de justifier les décisions et de s'assurer qu'elles étaient prises dans le meilleur intérêt de l'organisation, mais aussi des patients. Ainsi les coûts liés à l'achat et l'implantation des pompes ont été formellement justifiés dans des documents d'évaluation économique.

Là les liens entre le clinique et l'administratif, oublie ça, c'était... ça n'a pas été une période facile. Donc le focus s'est fait vraiment là. Et là on est revenus je dirais... et nous, au BST, on devait continuer notre travail, parce que ça n'arrête pas là, le déménagement arrive.

Ainsi dans le contexte du scandale financier et du projet de redéploiement, la structure de gestion de projet a permis d'assurer une certaine rigueur aux processus de changements des activités cliniques et administratives. Aussi difficile que pouvait être cette situation, elle est devenue un contexte intéressant pour l'adhésion des équipes de travail à la méthode BST.

Modification de règles budgétaires

Le CUSM est un centre universitaire de santé publique ce qui signifie que son budget est alloué par le gouvernement selon des règles budgétaires et des ententes précises. Ainsi le processus d'achat de pompes d'administration intraveineuses était soumis aux règles budgétaires pour l'achat d'équipement. Or, ces règles budgétaires ont été modifiées en cours de projet occasionnant un délai dans l'achat des pompes.

Entre le mois de décembre et le mois de juillet, c'est sûr qu'il y avait toute la question d'approbation et ça, ç'a été très compliqué. Et il a fallu... en tout cas, il a fallu plusieurs appels téléphoniques, même des rencontres pour essayer de comprendre, essayer de voir les échéanciers, ... tu sais qu'il y avait aussi l'organisation qui était dans un...moment de crise, alors tout ça a fait en sorte qu'il ne fallait pas lâcher le morceau, parce que les délais étaient longs, tu comprends? (...) et aussi en haut au niveau des achats, eux avaient toute une nouvelle façon de faire, il fallait qu'ils s'habituent, le document, il y avait des choses qu'ils voulaient mettre à l'intérieur du document, c'est la première fois qu'ils mettaient, que c'est des conditions plus encadrées... et être beaucoup

plus spécifiques par rapport à nos attentes pour le fournisseur dans l'appel d'offres.

Ces changements résultaient par une enveloppe budgétaire moins importante et donc l'achat d'un nombre de pompes réduit. Ce qui était inacceptable pour les cliniciens. Cette situation a demandé un travail de collaboration avec les départements des achats et du bio-médicale pour trouver une solution. Il a été décidé de scinder l'achat en deux appels d'offres distincts : d'abord les pompes intraveineuses et ensuite les poussettes seringue.

De même, les nouvelles règles nécessitaient une nouvelle étape d'approbation pour l'achat des pompes. Le projet devait maintenant obtenir l'aval du conseil d'administration. Cette situation a retardé le dépôt de l'appel d'offres, en plus d'occasionner un stress aux comités de travail du projet.

Ces changements des règles budgétaires durant le projet ont causé des délais qui ont eu des effets sur le processus d'implantation.

Donc il y avait des changements au niveau de la façon de faire les appels d'offres, il y avait tout le niveau d'approbation qui a complètement changé et il fallait maintenant amener tout au conseil d'administration, ce qui alourdissait le processus.

J'ai jamais vu un marché changer aussi vite. Peut-être que c'était juste le manque de chance d'un côté de certains fournisseurs ou une mauvaise décision de D'autres.

Il y a eu beaucoup de délais en terme de clarté administrative sur est-ce qu'on a le feu vert, est-ce qu'on n'a pas le feu vert. Est-ce qu'on a le budget, on n'a pas le budget. Il y a eu tellement de temps qui s'est perdu avec ça.

En conclusion, l'analyse des données a démontré que cette modification aux règles budgétaires avait occasionné un surplus de travail, un stress pour la gestionnaire de projet dans la réalisation de son mandat et un retard important pour le dépôt d'achat des pompes. Ce retard a nui à la préparation pour l'implantation des pompes et la préparation d'une bibliothèque médicamenteuse. Mais plus encore, dans un contexte où l'achat de nouvelles pompes répondait à un besoin clinique urgent, ce délai signifiait qu'il y avait des risques potentiels pour les patients. Finalement, l'observation a démontré que les changements et les délais

occasionnés par la modification des règles budgétaires ont eu un effet démotivant pour les équipes de travail. Ainsi, c'est tout le processus qui a été affecté par ce changement.

5.4 2 Contexte organisationnel

Complexité du Centre universitaire de santé de l'Université McGill

Le CUSM est par nature une organisation complexe c'est-à-dire qu'elle se caractérise par la présence de réseaux de production interdépendants, par la présence d'acteurs ayant des marges d'autonomie importantes et qui interagissent en suivant des logiques d'interactions différentes. Ainsi, tout changement au sein de l'organisation nécessite de tenir compte de la nature complexe de l'organisation et donc d'avoir des mécanismes pour tenter de concilier les différents sous-systèmes de l'organisation.

Le niveau de complexité avec un changement clinique est énorme. Il y a comme des tentacules qui s'en vont partout. C'est pas juste un département c'est plein de monde, bio med, logistique, purchasing, Axor.

L'analyse des données a démontré que le projet d'harmonisation des pompes et la structure de gestion de projet représentaient une réponse à cette complexité. Elles ont certainement aidé à atténuer la lourdeur des processus de décision et à améliorer l'interaction entre différents acteurs. En tentant d'impliquer le plus de participants de départements, la gestionnaire de projet tentait de rendre compte de cette complexité dans l'objectif de faciliter les échanges et les collaborations. Cependant, les nombreux imprévus et les délais occasionnés par les turbulences du contexte ont démontré que l'approche avait des limites et que la gestion de projet s'est butée aux imprévus du contexte organisationnel.

Changement de l'organigramme organisationnel (acteur-clé)

Le projet de redéploiement des activités cliniques et administratives ainsi que les contraintes budgétaires ont conduit à de nombreux changements dans l'organisation des départements. Ainsi dans le cadre du projet des pompes, des changements à l'organigramme du CUSM durant les projets ont causé des délais. À cet effet, le projet de révision de la gestion de l'équipement roulant du comité de coordination a subi de longs délais par manque de sponsor du département de logistique. Une période de flottement a suivi le transfert du responsable des équipements roulants à de nouvelles tâches. La réorganisation du département

de logistique a pris un certain temps car les rôles et les responsabilités de chacun ont été révisés. Or le responsable des équipements roulants représentait un acteur clé pour la mise en place d'une gestion actualisée et améliorée des pompes d'administration des pompes intraveineuses.

Il était très impliqué avec tous ses joueurs, Ça allait bien, et là, il n'est plus directeur de logistique, même ils prennent certaines parties de logistique, envoient ça sous finances ...alors moi, tout de suite quand c'est arrivé, on a eu une rencontre avec (x) et là j'ai dit moi... qui va être le sponsor? J'ai besoin d'un sponsor. Après ça, on a eu quelques rencontres, mais tu voyais qu'il manquait le sponsor. Et moi, j'ai dit est-ce que je veux mettre tout ce temps et cette énergie-là en sachant peut-être que ça ne marchera pas. Et entretemps, on a commencé à avoir des rencontres pour faire le business case. (...) ç'a pris cinq mois. Et suite à ça, ont eu une discussion entre eux deux et ils m'ont communiqué que x était le sponsor dorénavant.

En résumé, l'exemple met en évidence la vulnérabilité des deux comités face aux changements organisationnels. Dans le cas présenté, le changement d'organigramme et la confusion dans les rôles et fonctions a retardé le projet de plusieurs mois. Cette situation a eu un effet démotivant pour le comité de coordination, mais surtout elle a retardé la mise en place d'une nouvelle gestion de l'équipement roulant. Cet élément était considéré par la gestionnaire et les sponsors au projet comme un facteur déterminant pour une implantation réussie des nouvelles pompes intelligentes. Les processus de gestion des équipements jugés inefficaces menaçaient la réussite du projet d'implantation des nouvelles pompes et la sécurité des patients.

Manque de contrôle sur la structure organisationnelle du CUSM/wifi

Une deuxième contrainte liée au contexte organisationnel a été la question de l'implantation d'un réseau wifi dans les hôpitaux du CUSM. En effet, le réseau wifi était considéré par les participants du comité d'harmonisation comme un incontournable pour la réussite de l'implantation et l'utilisation d'une pompe intelligente. Mais cet élément faisait partie du contexte organisationnel du CUSM. L'implantation du wifi était inégale d'un site à l'autre. La problématique dépassait largement la question de l'implantation des pompes.

Donc ça n'a pas été vendu pour le fait qu'il y a du monde qui tripent technologie et qui veulent avoir un réseau wifi parce que c'est ben le fun d'avoir du wifi, (...)Non, c'est pas ça, c'est qu'on a besoin d'avoir des

équipements cliniques, et pour fonctionner de façon efficace et éviter des erreurs, dont des problématiques cliniques, on a besoin d'une technologie qui est disponible d'un bord et qui n'est pas disponible de l'autre. Donc on donnerait des meilleurs services d'un bord que l'autre du point de vue clinique. C'est un peu comme ça que c'est vendu.

Cette contrainte liée au contexte organisationnel a demandé un travail important de la part du comité de coordination, mais également de la direction du BST. La décision passait par le niveau stratégique du CUSM au niveau des directions. Elle a demandé à la gestionnaire de projet avec la collaboration de ses partenaires et de la direction du BST de faire une analyse de rentabilité.

Écoute, on a réussi... écoute là, on a réussi à ce que le DG dise le wifi au Général, c'est une priorité et ça doit être en place pour l'implantation des pompes. C'est pas une mince affaire. (...) il y a plusieurs facteurs pourquoi on a réussi. On a réussi parce que notre processus, notre façon de monter le dossier a été bien fait je pense, on avait... quand c'est basé sur les meilleures données probantes, on avait des arguments... mais en plus, il y avait le burning platform, dans le sens qu'on s'en va vers le Glen, et le Glen va avoir du wifi, le patient qui s'en va au Glen, lui va avoir une belle pompe intelligente avec tout l'aspect de sécurité, et quand il va aller au Général... Il n'aura pas ça? Alors il y avait... le timing était... le timing était pour le dossier des pompes et dans la littérature, il y a des organisations qui ont réussi à installer du wifi avec l'introduction des pompes, des pompes Smart. Alors ... la collaboration incroyable qu'on a eue pour faire le business case, on avait quelqu'un des Finances qui était intéressé et on a eu tous les acteurs, on a eu logistique, on a eu biomed, on a eu... on a eu tout le monde. Ok? Et après ça, c'est... stratégiquement, qui l'a emmené tous les morceaux.

La question de l'implantation du wifi dans tous les sites du CUSM a occasionné des délais supplémentaires au projet d'implantation des pompes. Il s'agissait d'un facteur important qui aurait remis en question l'achat de pompes intelligentes. Par ailleurs, le travail effectué pour faire une analyse de rentabilité et le travail effectué au plan stratégique a contribué à tisser les liens entre les directions et à faire circuler l'information à un plan stratégique de l'organisation.

En résumé, le contexte organisationnel du CUSM avec le déploiement inégal du wifi selon les sites aurait pu avoir des conséquences importantes sur le choix du modèle de pompes

et donc sur les soins des patients. Dans le cadre du projet des pompes, c'est la vision même du projet et de la sécurité aux patients qui auraient pu être remis en cause.

Position stratégique du BST

Le BST représente un organe particulier au sein de l'organisation du CUSM. Il relève directement de la direction, mais il ne possède pas de pouvoirs décisionnels. Néanmoins, il travaille des projets organisationnels qui lui confèrent une vision transversale unique dans l'organisation. L'analyse des données contextuelles et des entrevues ont démontré que par son statut d'organe non décisionnel, le BST offrait un endroit en marge des tensions organisationnelles et qu'il s'était positionné comme un leader pour le suivi de projets interdépartementaux et interprofessionnels. Par sa nature et ses mandats, le BST avait une vision transversale et travaillait avec la plupart des départements. Il était perçu par plusieurs comme un espace « a politique » dans la conduite des projets et donc un facilitant contre les tensions historiques organisationnelles.

Le fait que c'est à l'extérieur, ça peut avoir une vision un petit peu plus transversale... parce que si tu le fais sur ton unité, il y a l'influence de tes propres besoins qui va être toujours là. Tandis que si t'es à l'extérieur t'as quelqu'un de neutre en train de gérer ça.

Cette position particulière au sein du CUSM a été reconnue par le ministère et par l'Agence et a contribué à le positionner comme un acteur-clé dans le suivi des projets organisationnels du CUSM.

Il y a eu une rencontre avec la sous-ministre (x) avec des gens du CUSM ici, et nos accompagnateurs qui représentent l'Agence, le Ministère, et aussi avec une personne qui représente les finances on... parlait de développer un calendrier collectif; d'avoir un calendrier commun sur les enjeux à régler et les décisions à prendre au niveau de l'organisation.

... il y a eu cette demande-là, donc moi j'ai pris le leadership là-dessus, ils m'ont demandé de prendre le leadership, d'avoir... parce qu'on est un bureau de projet, donc ça c'est de gérer un portefeuille de projet dans l'organisation, et de voir qui est responsable de quoi, qui prend la décision par rapport à quoi, dans quel moment, c'est de la gestion de projet. Mais à haut niveau.

Dans le cadre de la conduite du projet d'harmonisation cette position reconnue à la fois par les cliniciens et les administrateurs a facilité la collaboration avec d'autres partenaires stratégiques (bio-med, logistique, achat, finance).

*Summary notes_harmonization IV practices coordinating committee.
The director answered that a another source of financing will be found because our DG views this as a priority.*

Le fait d'avoir le BST autour de la table, ça nous a permis d'amener tous les gens autour de la table.

L'analyse des données a, par contre, démontré l'absence d'un acteur important dans les partenaires du BST et c'est le consortium pour la construction du nouvel hôpital. Il semblerait qu'il s'agisse d'une décision émanant de la direction du CUSM et motivée par le caractère public-privé du consortium.

Je te dirais, le lien entre le groupe qui doit avancer à une vitesse folle avec le PPP, qui fait un volet du projet de redéploiement — c'est comme le building. Puis les interrelations de communication d'information Ça c'est un défi! Parce que... là, ils ont leur contrat, ils ont leur mandat, c'est un PPP, ils vont de l'avant, mais entre-temps, ils prennent des décisions que... il va falloir vivre avec! Et tu sais...Mais pas être intégré, là. Il y a eu aussi un gros défi... Exclus!

Cette situation sans nuire directement au projet a eu un impact sur l'échange de connaissances entre les constructeurs et l'équipe du BST. Ce fut notamment le cas pour le travail sur l'entretien et la logistique des pompes. Les plans de construction étaient finaux et ont représenté une contrainte majeure à la mise sur pied d'un processus de gestion qui tienne compte des besoins cliniques.

En résumé, la nature *a politique* et non décisionnelle du BST semble avoir facilité la collaboration entre les différents départements. Dans le contexte de tensions historiques entre les différents hôpitaux malgré une fusion administrative, cet élément contextuel a favorisé le projet. Mais la nature non décisionnelle du BST comportait en fait un élément décisionnel, le droit du BST de refuser des projets. Le refus représentait pour la haute direction une indication de l'existence de problèmes dans les équipes de projets en vue du redéploiement. C'était donc un levier intéressant pour le BST. Il permettait au BST d'exercer un certain pouvoir sur les équipes de travail.

Le tableau XI illustre les caractéristiques contextuelles et leur influence (positive ou négative) sur les effets du projet d'harmonisation des pratiques IV.

Tableau 8 Déterminants contextuels

Déterminants contextuels	Facilitants	Contraintes
Contexte politique/économique		
Construction et redéploiement	<ul style="list-style-type: none"> Force la collaboration et la coordination entre les différents acteurs Enjeux communs Effet mobilisateur (sentiment d'urgence) 	<ul style="list-style-type: none"> Stress important lié au manque de temps Information insuffisante pour coordonner Décision ne tenant pas compte des besoins cliniciens
Précarité financière	<ul style="list-style-type: none"> Motivation à utiliser des processus rigoureux de gestion 	<ul style="list-style-type: none"> Insécurité sur l'avenir au sein des équipes de travail Moyens financiers limités dans un contexte de changement important
Modification des règles budgétaires	<ul style="list-style-type: none"> Force la coordination et la collaboration entre les différents acteurs 	<ul style="list-style-type: none"> Délai dans l'implantation Insécurité des équipes par rapport à l'ampleur du changement demandé
Contexte organisationnel		
Complexité	<ul style="list-style-type: none"> Équipes s'adaptent et s'ajustent aux nouvelles situations. Organisation possède des expertises et des compétences diverses Équipes habituées à travailler dans un environnement turbulent 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre élevé d'acteurs nécessaire pour faire un changement Processus de décision diffus Coexistence de plusieurs logiques organisationnelles
Changement organigramme		<ul style="list-style-type: none"> Confusion sur les rôles et responsabilités de chacun Délai dans le projet d'optimisation de la gestion de l'équipement roulant Perte de temps à récolter l'information pertinente Baisse de la motivation des participants
Structure organisationnelle (wifi)	<ul style="list-style-type: none"> Développement d'un projet organisationnel d'implantation du wifi Développement de nouveaux réseaux de collaboration Engagement du niveau stratégique 	<ul style="list-style-type: none"> Manque de contrôle sur un aspect essentiel du projet de pompe. Délai dans le projet Déploiement inégal du wifi signifie pratique clinique différente selon les lieux et donc risque de sécurité du patient.
Position stratégique du BST	<ul style="list-style-type: none"> Leadership dans des projets transversaux organisationnels Maitrise les tensions historiques Favorise la collaboration et la coopération 	<ul style="list-style-type: none"> Non décisionnel donc ne peut obliger les acteurs à participer. Absence d'interactions avec le consortium=manque d'information
Culture d'autonomie professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> Reconnaissance des compétences et des expertises de chacun 	<ul style="list-style-type: none"> Peu de coopération et de collaboration Relations d'autorité diffuses rendant difficiles les changements de pratiques

6 Discussion

L'analyse des déterminants contextuels a démontré comment l'implantation du projet d'harmonisation des pratiques intraveineuses avait été influencée par les caractéristiques propres au contexte du CUSM. L'analyse a mis en évidence deux grandes catégories de déterminants contextuels : une liée au contexte historique, politique et économique et une deuxième portant sur les caractéristiques organisationnelles.

L'analyse a démontré que le BST oeuvrait dans un contexte politique et économique très particulier. En effet, le projet de construction d'un méga hôpital et le redéploiement des activités cliniques et administratives constituaient un contexte particulier qui a influencé positivement, mais aussi négativement, la mise en place du projet d'harmonisation des pratiques intraveineuses. Ce contexte extraordinaire a eu un effet mobilisateur pour forcer les différents acteurs à collaborer et coordonner leurs activités autour d'enjeux communs. Cependant, la logique de construction et la logique clinique/administratives n'évoluaient pas nécessairement dans le même sens. La préséance de la logique de construction a signifié que les projets étaient dépendants des décisions du premier. Les impératifs du projet de construction n'étaient pas nécessairement arrimés au travail l'optimisation et d'harmonisation des pratiques et les conceptions particulières ont résulté par des manques d'information, décisions allant à l'encontre des besoins cliniques et finalement un grand niveau de stress pour les gestionnaires et les participants.

Les conséquences du scandale financier ont influencé le projet de plusieurs façons : d'abord en imposant une compression des dépenses et donc en limitant les moyens financiers pour réaliser les projets. Dans le cas étudié, le contrôle financier et l'obligation de justifier les coûts s'est intensifié. Le scandale a eu un effet démotivant pour certains, mais a aussi stimulé les équipes de travail à améliorer les processus de gestion et la rigueur. Ainsi l'effet de cette variable contextuelle a augmenté la pression sur les équipes pour mettre en place des processus de gestion et de contrôle des coûts. La méthode de gestion mise en place par le BST répondait donc parfaitement à ce besoin.

L'analyse des données contextuelles a aussi révélé le contexte particulier des prises de décision dans une organisation publique. En effet, la prise de décision dans le domaine de la santé se fait à de multiples niveaux : les décideurs dans les organisations de santé se trouvent

autant au sein de l'organisation qu'à l'extérieur de celle-ci, c'est-à-dire dans la sphère politique. Ainsi l'organisation publique de santé est dépendante des décisions prises par le gouvernement. Elle n'a que très peu de contrôle sur les décisions prises à un plan politique et elle doit faire preuve de flexibilité et d'adaptation. Dans le cas étudié, les modifications aux règles budgétaires ont contraint l'équipe de travail à réviser sa stratégie d'achat et d'implantation. La modification a causé plusieurs mois de délais. Cependant, cette situation difficile a eu comme effet d'établir une collaboration entre différents acteurs au plan stratégique. Il y a eu un échange d'information entre différents acteurs stratégiques.

Finalement, l'analyse des données a révélé la présence de déterminants contextuels liés aux caractéristiques même de l'organisation. Ainsi, plusieurs contraintes se rapportaient à la nature complexe de l'organisation. La présence d'un processus de décision diffus a, à plusieurs reprises, demandé à la gestionnaire de projet de chercher qui pouvait prendre la décision et de valider les décisions du comité de travail. En fait, l'instauration d'un comité de coordination composé de décideurs se voulait une réponse à la complexité des processus de décision au sein de l'organisation. Cette caractéristique, même si elle a causé des délais, a tout de même forcé la collaboration entre différents acteurs stratégiques. Ainsi elle a contribué de manière indirecte à améliorer la coordination. Outre la prise de décision diffuse, l'organisation se caractérise par la coexistence de plusieurs logiques organisationnelles (professionnelle, managériale, communautaire) qui possèdent chacune leurs intérêts, leur compréhension des buts de l'organisation et des processus de travail différent. L'analyse des données a démontré que ces caractéristiques de l'organisation sont aussi porteuses de forces. En effet, les acteurs ont une capacité d'adaptation et d'ajustements aux nouvelles situations, ils savent travailler dans un environnement turbulent et ils sont composés de professionnels compétents avec une expertise pertinente. Bref, l'analyse des données a démontré que parce qu'il y avait présence d'enjeux communs, la caractéristique de complexité a facilité la collaboration et la coordination entre les acteurs. Néanmoins, les acteurs du projet étaient tributaires de décision prise hors de leur sphère d'influence comme ce fut le cas du changement dans l'organigramme ayant occasionné cinq mois de retard dans le projet pour l'optimisation de la gestion des équipements roulants.

L'absence d'un réseau wifi dans les hôpitaux du CUSM a aussi représenté un enjeu majeur pour le projet dans un contexte où le comité de travail n'avait pas de voix sur cette

caractéristique organisationnelle. Ce déploiement inégal du wifi avait des conséquences directes sur le choix des pompes et donc sur les risques associés à la sécurité des patients. Cet aspect est devenu un enjeu organisationnel qui a demandé un travail de collaboration important entre les équipes cliniques, de gestion et de l'informatique. Mais c'est également ce genre de situation qui demande une réponse organisationnelle qui a permis d'augmenter les interactions à un plan plus stratégique et par le fait même amplifié l'échange des connaissances entre le projet et le reste de l'organisation.

Finalement, un aspect intéressant de l'analyse est la position particulière du BST dans l'organigramme du CUSM. Si, à première vue, la nature non décisionnelle pouvait être perçue comme une faiblesse, les données recueillies ont démontré que dans le contexte des tensions historiques entre les différents hôpitaux du CUSM, cette position a facilité l'adhésion des acteurs au projet et le travail de collaboration. Cette place non menaçante a aussi permis au BST de se positionner comme leader dans les suivis de projets transversaux. La position a-politique du BST a contribué à atténuer les désavantages de la culture d'autonomie professionnelle en offrant un lieu plus neutre et des buts communs pour faciliter la collaboration et la coordination.

6.1 Quelle conclusion tirer des résultats ? Une contribution à la pratique

Au-delà des explications contextuelles, quelle conclusion peut-on tirer des résultats de cette recherche ? Le principal objectif de cette recherche était d'étudier comment une structure organisationnelle visant la mobilisation des connaissances pouvait contribuer à améliorer la coordination des activités cliniques et administratives. Pour ce faire, nous avons utilisé un cadre conceptuel de création des connaissances et d'utilisation des connaissances qui a eu l'avantage de fournir un éclairage novateur sur effets obtenus par le BST. En effet, même si le BST a fait l'objet de plusieurs publications (Lavoie-Tremblay et al, 2012, 2013, Aubry, Richer et Lavoie-Tremblay, 2011, 2013, Richer et al., 2013), aucune recherche a étudié en détail les processus de mobilisation, d'utilisation et de création des connaissances au sein d'une structure comme le BST. Les publications sur le BST sont principalement axées sur la gestion et la performance organisationnelle et la question de l'utilisation des évidences est considérée

comme un moyen de soutenir les décisions. Les résultats de notre évaluation ont apporté une compréhension différente du processus d'utilisation des connaissances et de ces effets. En effet, les résultats démontrent que le processus nécessite la contribution de toute la structure organisationnelle et pas seulement quelques ressources (par exemple un courtier en connaissance). Dans le cas étudié, un amalgame de stratégies adoptées par le BST semble avoir été particulièrement pertinent pour permettre une mobilisation des connaissances. En voici quelques-uns : une structure organisationnelle alliant la gestion et des stratégies d'utilisation des connaissances, des espaces neutres dédiés aux échanges, des stratégies pour favoriser le réseautage et, finalement, des stratégies de leadership centralisé et distribué.

6.1.1 Une utilisation des connaissances intégrée à la gestion de projet

Cette alliance entre la gestion de projet et l'utilisation des connaissances était bien ancrée car elle venait de la direction même du BST. D'ailleurs, la présence de ressources dédiées aux connaissances comme les courtiers en connaissance, les analystes de processus et l'inclusion d'un processus pour favoriser la prise de décision basée sur les connaissances sont des éléments qui démontraient l'importance de cette question au sein du BST. Le positionnement stratégique du BST sur cette question a été sans aucun doute un levier pour favoriser la mobilisation des connaissances.

6.1.2 Des espaces pour favoriser le processus de conversion des connaissances

Les résultats l'ont démontré, la structure de gestion de projet et l'utilisation des connaissances ont favorisé davantage les processus d'échanges de savoirs explicites. Sans surprise car il s'agit du mode privilégié par les organisations de santé dans la transmission des connaissances. Mais, la conversion des connaissances demande des échanges de savoirs tacites. En effet, utiliser seulement les connaissances explicites ne permet pas de gérer le changement (Nonaka, 2011). Tel que démontré dans la recension des écrits, le processus est dépendant du contexte et en ce sens, il dépend aussi des valeurs, des objectifs, de la compréhension des individus ainsi que des relations de pouvoirs. Par conséquent, le défi demeure pour une organisation d'aussi favoriser l'échange de savoirs tacites. Il existe des occasions d'échanges informelles, mais dans une organisation caractérisée par le travail en

silos, elles sont limitées à l'univers immédiat de travail ou aux relations historiques entre d'anciens collègues de travail.

Notre recherche a démontré que le BST a fourni un nouvel espace d'échanges entre professionnels qui habituellement ne travaillent pas ensemble et qui a permis le développement de réseaux. En fait, une des caractéristiques du comité clinique a été la présence d'une mixité de professionnels qui se connaissaient, alors que d'autres non. Ainsi, on retrouvait un équilibre entre de nouvelles relations et des personnes qui avaient déjà des relations déjà établies. Cette situation a permis d'élargir les réseaux de chacun, mais surtout d'assurer une certaine base commune pour travailler. Cette mixité de réseaux nous a semblé un élément important pour le processus de création de connaissances en permettant de construire sur les réseaux existants pour en créer de nouveaux. Ainsi, on se retrouve avec des participants qui ont une connaissance et culture communes tout en assurant la diversité des perspectives. L'organisation a donc joué un rôle en mettant en place des stratégies pour la composition des équipes qui permettent d'atteindre un équilibre dans la représentation de différents microréseaux afin d'obtenir un amalgame entre réseau existant et nouveau réseau.

Cette question de microréseau a été traitée par Nonaka et Von Krogh (2000) dans un article sur les conditions favorisant le processus de création des connaissances. Les auteurs mentionnent justement l'importance de la présence des microcommunautés dans l'échange des savoirs tacites. Tels que définis par les auteurs, les microcommunautés ou microréseaux permettent de créer un contexte propice aux échanges sur les valeurs, croyances, etc. nécessaires au processus de création de connaissances. Ainsi, une composition stratégique des équipes remplit deux rôles : celui de permettre un échange tacite à petite échelle et celui d'assurer la présence de différentes perspectives et expertises au sein des équipes. Par la suite, les membres des équipes deviennent des agents de propagation auprès d'autres réseaux assurant une amplification des nouvelles connaissances au sein de l'organisation.

L'organisation a comme rôle de favoriser le développement de contextes qui permettent la mise en place du processus de création de connaissances et le BST a réussi à le faire. Si la plupart des organisations admettent l'importance d'instaurer une culture qui valorise l'apprentissage, dans les faits les organisations ont souvent traduit leur intérêt par un contrôle accru des procédures en mettant l'accent sur des technologies des communications et les outils d'évaluation (Nonaka et Von Krogh, 2000). Or, les processus sociaux sont

difficiles à quantifier et à contrôler. Le rôle de l'organisation est plutôt de soutenir le processus en mettant en place des stratégies pour favoriser la communication et les interactions. Ainsi, l'organisation doit créer des espaces d'échanges, assurer une composition des groupes qui permettent un bon amalgame entre réseaux existants et nouveaux réseaux. Finalement, l'organisation doit avoir des stratégies pour soutenir l'amplification des connaissances au-delà du processus réalisé au sein d'un groupe en particulier.

6.1.3 Le leadership

Le leadership est un facteur important dans le processus de création de connaissances. Dans l'exemple étudié, le leadership a influencé le processus de création de connaissance. Le leadership s'est manifesté sous plusieurs formes, à différents échelons de l'organisation et dans différentes situations. Reprenant la catégorisation de VonKrogh et Nonaka (2011), les activités de leadership ont été centralisées (contrôlées par une autorité centrale) ou distribuées au sein des membres des équipes. Ainsi, au niveau du groupe les activités de leadership ont été réalisées en partie par la gestionnaire pour, par exemple, encadrer les interactions, favoriser un climat sain et soutenir la mise en place d'une vision et d'objectifs communs. Le leadership a aussi facilité l'échange et la production de connaissances. Mais au sein du groupe même, certaines personnes ont réalisé des activités de leadership en prenant des responsabilités. En fait, on peut affirmer que le leadership (centralisé ou distribué) constitue plus qu'un facteur influençant le processus, il est une composante essentielle du processus de création des connaissances. Si on reconnaît habituellement les qualités du leadership centralisé, on en connaît beaucoup moins sur l'importance du leadership distribué dans le processus de conversion. Or, on pose comme hypothèse que les activités de leadership distribué constituent en quelque sorte ce qui assure une cohérence au groupe, ce qui lui permet de lier les différents membres dans un processus commun. Ils sont le reflet d'un engagement de la part de certains membres du groupe et ces activités permettent aussi d'avoir une direction commune pour agir sur les problématiques. Ainsi, il semble important de développer des stratégies précises pour permettre l'expression de cette forme de leadership qui s'apparente à un engagement et une implication accrue de la part de certains participants.

6.1.4 La dissémination des connaissances au-delà du projet

L'analyse a démontré qu'il y avait eu un processus de conversion des connaissances et une création de nouvelles connaissances du moins pour deux comités impliqués dans le projet. La création de connaissances se situait proche de la pratique. Cependant, les résultats n'ont pas démontré que ces connaissances avaient été disséminées au-delà du projet. Nous avons déjà nommé les limites de l'étude pour expliquer en partie ce résultat. Mais certaines considérations nous forcent à penser que ces limites ne peuvent à elles seules expliquer le résultat. Ainsi, la présence de systèmes d'information et d'outils de diffusion électronique est considérée comme un facilitant de la diffusion des savoirs explicites, mais ces systèmes ne sont pas suffisants pour permettre une dissémination des connaissances au plan organisationnel. Le projet a réussi à instaurer une vision du projet, à gérer les échanges, à mobiliser les agents de connaissances, et à créer un contexte propice à l'échange de connaissances. Le projet semble avoir eu plus de difficulté à permettre à ces connaissances d'être captées par le système de connaissances organisationnel et donc de concrétiser au niveau organisationnel, les connaissances créées par le projet.

En effet, les connaissances doivent être récupérées et être rattachées en quelque sorte au reste de l'organisation. Le modèle parle d'amplification en spirale, c'est-à-dire que les connaissances créées par le groupe deviennent un nouveau contexte à la création de nouvelles connaissances. La dissémination s'effectue à partir de deux voies : les leaders qui deviennent des acteurs de propagation dans leurs réseaux respectifs et le leadership centralisé qui met en place une vision pour synchroniser l'organisation. Les stratégies organisationnelles doivent créer des espaces d'échanges et travailler à faciliter les interactions non seulement entre les personnes, mais entre les différents réseaux. Les interactions doivent aussi permettre une redondance, c'est-à-dire un chevauchement intentionnel dans les connaissances et les réseaux (Nonaka, Toyama et Konno, 2000).

Qu'est-ce qui a manqué pour permettre aux nouvelles connaissances d'être incorporées dans l'organisation ? Le partage au-delà des frontières du projet semble supposer des structures et des ressources différentes. Le modèle conceptuel pose comme hypothèse que l'organisation doit permettre des processus de conversion de savoirs en continu. Donc, les connaissances du projet sont captées à l'aide d'un autre processus de conversion et ainsi

jusqu'à l'infini. Dans le cadre du projet, l'analyse n'a pas permis de rendre compte du processus au-delà du projet. L'absence au plan organisationnel d'une vision semblable au BST et d'une volonté organisationnelle de soutenir sur la gestion des connaissances laisse supposer que la dissémination des connaissances aurait été limitée.

6.1.5 Un nécessaire équilibre

Finalement, les résultats ont démontré que le processus de conversion des connaissances dépend en grande partie des facteurs facilitants et contraignants pour permettre aux savoirs d'être échangés, modifiés, créés et disséminés.

La présence d'outils et de procédure de gestion des projets est apparue comme un facteur facilitant pour le projet. Néanmoins, il s'agit d'une lame à double tranchant. S'il est vrai que les procédures permettent une meilleure coordination et une amélioration de l'efficacité, elles peuvent aussi empêcher la création de nouvelles connaissances en figeant les possibilités d'action, surtout s'il y a impossibilité de questionner ces procédures. En résumé, les procédures apparaissent facilitantes, mais elles doivent demeurer souples et en lien avec le contexte spécifique du projet. Dans le cas contraire, elles agissent comme une barrière à la conversion et à la création de connaissances. L'obsession de certaines organisations de quantifier et de mesurer les connaissances conduit parfois l'établissement à adopter des procédures rigides. Il est à noter que les connaissances telles que définies dans ce projet de recherche sont le résultat d'un processus social d'échanges qui comprend aussi des valeurs, des visions du monde, etc. Or, ces valeurs ne peuvent pas être entreposées et transférées électroniquement dans le reste de l'organisation. Les informations peuvent l'être, mais pas les connaissances.

Dans le cas présent, le BST étant en développement et relativement récent, les procédures et outils de gestion ont été des facilitants, mais la vitesse à laquelle les procédures se sont mises en place et la pression extérieure des bailleurs de fonds pourrait conduire à la rigidité des procédures et transformer un facilitant en barrière.

6.2 Un modèle conceptuel révisé d'utilisation des connaissances

La contribution théorique principale de cette recherche est d'avoir mis en évidence une manière plus complète de conceptualiser l'utilisation des connaissances dans le processus de création des connaissances en différenciant le processus d'apprentissage du résultat (la nouvelle connaissance). Nous avons proposé cette perspective en souhaitant élargir la discussion sur la manière dont les processus d'apprentissage (création de connaissances) et l'utilisation des connaissances se différencient et se chevauchent dans les pratiques des organismes. Cette manière de conceptualiser a des implications sur la compréhension du rôle des connaissances dans le processus de conversion des connaissances, sur les stratégies nécessaires au développement de connaissances organisationnelles et également sur l'utilisation des connaissances dans les prises de décision.

Le modèle conceptuel initial incluait deux formes d'utilisation des connaissances : une première utilisation résultant du processus de conversion des connaissances et une deuxième dérivée de l'utilisation de données empiriques dans les prises de décisions. Intuitivement et fondé sur les résultats de la recension des écrits, il semblait nécessaire de faire une distinction entre les deux afin de rendre compte du processus social tout en mettant en évidence la stratégie du BST d'utilisation des données probantes dans les prises de décision et de l'importance de cette utilisation dans la coordination des soins et des services de santé. Nous avons conclu que la distinction entre les deux formes serait tout de même poreuse car le processus social de conversion des connaissances inclut aussi l'utilisation des connaissances dans les prises de décision. Dans les faits, les résultats ont démontré que l'utilisation de connaissances dans les prises de décision contribue positivement au processus de conversion et à la création de nouvelles connaissances.

Cependant, la manière dont l'utilisation des connaissances dans les prises de décision renforce le processus de création des connaissances est différente de ce que le modèle conceptuel initial proposait. Ainsi, dans la typologie retenue, le cadre de référence d'analyse et d'optimisation de l'utilisation des connaissances dans les prises de décision (Champagne et Lemieux-Charles, 2004), les trois types d'utilisation, instrumentale, non instrumentale et naturaliste étaient liés de la manière suivante : les utilisations non instrumentale et naturaliste

modulaient l'utilisation instrumentale des évidences dans les prises de décisions. Par exemple, une plus grande utilisation non instrumentale et naturaliste diminuait l'utilisation instrumentale c'est-à-dire l'utilisation directe d'une donnée empirique dans la prise de décision. De même, et c'est une faiblesse de notre modèle conceptuel initial, il n'était pas clair comment cette utilisation de la connaissance s'insérait dans le processus de création des connaissances.

Dans le cas que nous avons étudié, nous avons pu observer la présence des trois modèles d'utilisation, cependant le mécanisme de fonctionnement entre les trois s'est avéré différent que ce que nous avons déduit suite à la recension des écrits.

En effet, et c'est là une contribution intéressante de la thèse, l'étude de l'utilisation des connaissances dans les prises de décision a mis en évidence des rôles différents pour les trois modèles d'utilisation. Nous avons trouvé que l'utilisation instrumentale était, à chaque occasion, intégrée grâce aux échanges, à une utilisation naturaliste pour permettre de la prise de décision. La prise de décision se basait sur des connaissances empiriques (données issues de la recherche benchmarking, expertise externe), mais elle était aussi le résultat d'un processus d'échanges et d'interactions entre les participants au projet. Les données empiriques étaient le véhicule à partir duquel les échanges étaient possibles. L'utilisation instrumentale a promu une sorte de rationalité collective, essentielle dans le contexte de tensions professionnelles.

Mais la présentation des données empiriques seules n'était pas suffisante pour prendre une décision. Les résultats ont démontré que les interactions et les discussions autour des données empiriques faisaient intervenir un autre type d'utilisation dit naturaliste. C'est à travers le prisme de leur expérience et de leur expertise que les participants échangeaient et prenaient une décision. Ainsi, les utilisations instrumentale et naturaliste étaient intimement liées dans un même processus social. Le résultat (la décision) devenait la combinaison des connaissances formelles et scientifiques avec l'expertise et l'expérience. Mais plus encore le processus semble avoir favorisé le développement un *sensemaking* commun qui a contribué à faciliter la prise de décision.

Il appert que la littérature dans les domaines de la gestion et le transfert des connaissances sur l'utilisation des connaissances a sous-estimé cet aspect essentiel de l'utilisation dans les prises de décisions, celui de créer, par un processus social, un

sensemaking⁶. Or, cette question de sensemaking est un élément essentiel du processus la création des connaissances (Nonaka et von Krogh :2006).

Par ailleurs, s'il est vrai que les utilisations instrumentale et naturaliste favorisent le développement d'un sensemaking et favorise la prise de décision, notons que l'utilisation non instrumentale (indirecte, politique et tactique) semble viser une autre finalité. La recherche a démontré que l'utilisation politique ou tactique avait permis de faire connaître les décisions à des partenaires externes au projet ou de légitimer des décisions avec d'autres secteurs de l'organisation. Dans le cas étudié, l'utilisation non instrumentale était une voie de communication claire pour les décideurs de l'organisation utilisant un langage de gestion pour assurer une rigueur et une légitimité à la position présentée.

La finalité était différente, mais tout aussi importante pour permettre une dissémination des connaissances à d'autres sphères de l'organisation. On peut supposer que par sa fonction de légitimer les décisions, l'utilisation non instrumentale a orienté l'action au plan stratégique de l'organisation. Cette finalité s'apparente à une stratégie de transfert de connaissances ayant pour but d'apporter les décisions d'un groupe à un plan plus stratégique pour qu'elles y soient légitimées. Cette utilisation des connaissances a d'ailleurs octroyé un certain pouvoir aux équipes cliniques qui contrôlaient l'information.

En résumé, l'utilisation des connaissances dans les prises de décision est un élément important du processus de conversion des connaissances. La recherche a pu démontrer comment ces différents modèles s'étaient alliés pour favoriser un sens commun auprès des participants et pour permettre de communiquer et de légitimer les décisions auprès des instances stratégiques de l'organisation. Les résultats nous amènent à réviser le modèle de création de connaissances pour y inclure un modèle d'utilisation des connaissances dans les prises de décisions qui interagit avec le processus pour deux modes du processus de conversion : l'externalisation et la combinaison. Ces deux modes de conversion de savoirs

⁶ Dans leur revue systématique sur les processus d'échanges des connaissances, Contandriopoulos et al (2010) listent des articles qui mentionnent que l'utilisation des connaissances est dépendante de processus sociaux comme le sensemaking. Dans notre étude, le sensemaking n'est pas un facteur influençant l'utilisation, il est le résultat de l'utilisation.

explicites utilisent de manière formelle les connaissances empiriques en les transformant à l'aide du processus social de conversion. Cet enrichissement du modèle de création de connaissances rejoint les préoccupations formulées par certains auteurs et mises en évidence dans la recension des écrits, de la nécessité de faire la différence entre la connaissance et le processus d'apprentissage. Tel que souligné dans la recension des écrits, les connaissances sont le résultat d'un processus social et la non-différenciation des deux concepts contribue à présenter une vision statique des processus où le résultat et le processus sont confondus dans une même analyse (Kozlowski et Chao, 2013). Notre analyse a permis d'étudier le processus de conversion des connaissances tout en rendant compte de l'information qui avait été intégrée durant le processus. Ce nouveau cadre d'analyse de l'utilisation des connaissances dans les prises de décision supporte l'idée de développer des stratégies formelles d'utilisation des connaissances pour soutenir la prise de décision dans les organisations. Il permet aussi préciser comment s'effectue l'utilisation des connaissances au sein du processus de conversion des connaissances.

7 Recherches futures

Les résultats de ce projet de thèse ont mis en évidence des besoins de recherches futures pour améliorer les connaissances sur la gestion et la création des connaissances dans les organisations de santé.

7.1 Une nouvelle typologie de l'utilisation des connaissances

Une première piste de recherche porte sur les modèles d'utilisation des connaissances. Des recherches empiriques supplémentaires seraient nécessaires pour étudier le modèle d'utilisation des connaissances proposé dans cette thèse dans d'autres contextes organisationnels et également pour mieux comprendre comment l'utilisation non instrumentale peut modifier ou influencer les relations de pouvoir au sein de l'organisation.

7.2 Le leadership distribué, le leadership et les relations de pouvoir

L'étude du leadership a démontré l'importance du leadership distribué dans le processus de création de connaissances. Des recherches futures devraient porter sur la manière dont les activités de leadership distribuées contribuent au processus de création de connaissances. De plus, des connaissances sont requises pour mieux comprendre la nature et le rôle des activités de leadership comme composante intégrante du processus de création⁷. Quelle forme doit prendre la cohabitation entre les deux formes de leadership. Nous faisons l'hypothèse qu'un équilibre est requis et que les deux sont nécessaires, mais on ne connaît pas la manière dont les deux formes agissent sur le processus. Des recherches sont nécessaires pour mieux comprendre comment chaque forme de leadership agit, dans quelle situation et à quelle échelle de l'organisation (locale, stratégique etc..).

⁷ Von Krogh et Nonaka (2011) dans un article sur le leadership dans le processus de création des connaissances arrivent à un constat similaire : la nécessité de mieux comprendre l'apport du leadership dans le processus de création de connaissance.

Une troisième piste de recherche touche à la question du leadership qui devrait être étudiée sous son rapport au pouvoir. Des critiques du modèle de création de connaissances ont dénoncé le fait que cette question soit évacuée du modèle de création de connaissances organisationnelles. Selon Gourlay (2006) le modèle donne un pouvoir indu aux leaders dans la définition des connaissances. On a reproché au modèle de sous-estimer l'influence des leaders à définir les connaissances qui seront acceptées par le groupe et donc à laisser entre les mains de quelques-uns le contrôle de l'information nécessaire au processus de création de connaissances. Selon les auteurs Von Krogh, Nonak et Rechsteiner, 2012 cette situation est évitée car les connaissances doivent être justifiées par le groupe en tenant compte des conditions de l'environnement. Cependant, cette réponse semble peu convaincante eu égard à la littérature sur le fonctionnement des équipes (Salas, Fiore et Letsky : 2013). Une question demeure : quel est le rôle du producteur de la connaissance dans l'orientation du « sensemaking » et éventuellement de la prise de décision ? En général, la question des relations de pouvoirs, pourtant centrales aux interactions au sein d'un groupe, est peu étudiée dans le modèle de création de connaissances organisationnelles. On reconnaît la présence nécessaire des différentes perspectives et des conflits, mais sans expliquer comment les conflits, les relations de pouvoirs et les agendas cachés peuvent influencer le processus de création de connaissances et surtout le dénaturer. Il y a un aspect idéalisé dans le modèle qui représente les interactions comme des discussions ouvertes entre des participants qui ont tous le même pouvoir au sein du groupe. Or, la réalité est souvent autre et la littérature est abondante sur les relations interpersonnelles non fonctionnelles. De plus, reprenant notre définition des connaissances, ces dernières sont le résultat d'un processus d'interaction dynamique entre les membres d'un groupe. Elles sont donc le résultat de processus de cognition où l'expertise, l'expérience et les connaissances de chacun sont reconnues et réinvesties dans le groupe. Or, la question d'une vision commune, d'un langage commun ne peut s'effectuer en marge de la question des relations de pouvoirs entre les participants. Nécessairement, elles interviennent dans la reconnaissance de l'expertise et des connaissances de chacun. Des recherches sont nécessaires pour aborder cette question des relations de pouvoir et pour éventuellement enrichir le modèle de création de connaissance. Dans le contexte des organisations de santé cette question est d'autant plus pertinente que les relations

entre les professionnels sont souvent hiérarchiques et teintées par la perception d'expertise différente.

7.3 Les processus et conditions nécessaires à la dissémination des connaissances au-delà du projet

Une quatrième piste de recherche porte sur les processus et les conditions qui sont nécessaires pour permettre une dissémination des nouvelles connaissances au-delà du rayonnement des projets. Des recherches de processus en temps réel seraient nécessaires pour mieux comprendre les processus qui permettent aux connaissances créées par les groupes d'être captées par l'organisation pour devenir un nouveau contexte organisationnel.

7.4 Limites de la recherche

Les limites de cette recherche ont trait à la méthode de sélection du cas étudié, aux contraintes de la période de la collecte de données et aux biais associés à la méthode de collecte de données par observation. La sélection du cas étudié s'est faite selon un critère d'opportunité et à l'origine deux à trois cas devaient être étudiés pour assurer une plus grande représentativité des pratiques du BST et ainsi permettre une plus grande capacité de généralisation (Yin : 2005). Cependant, le contexte du BS, au moment de la collecte de données, n'ont pas permis de sélectionner plus d'un cas. Le cas étudié a été choisi par opportunité et en collaboration avec la direction du BST. L'importance et l'amplitude du cas étudié justifiaient qu'il devienne l'objet d'étude, mais il n'était pas représentatif de toutes les pratiques du BST. Cette stratégie de sélection du cas étudié n'a pas permis de savoir si le cas étudié était typique, divergent ou extrême. Ainsi, cette situation influe surtout sur notre capacité de généraliser les résultats à l'ensemble des pratiques du BST. Par contre, cette limite de diminue pas la capacité de généralisation des résultats à d'autres cas ayant les caractéristiques décrites dans l'analyse.

La deuxième limite à cette recherche a été déjà été abordée en partie dans l'analyse. Elle concerne la période de collecte de données. Elle s'est échelonnée sur plus de quinze mois. Cette période n'était pas suffisante pour rendre compte du dernier mode de conversion (internalisation) et par conséquent cette limite a diminué notre capacité à parler des effets.

Enfin, une troisième limite de la recherche a trait à la méthode de la collecte de données par l'observation directe. Le biais de l'observateur correspond à la tendance de l'observateur à favoriser les données liées à la grille d'analyse au détriment d'autres données. Ce biais peut mener à orienter les données pour correspondre aux attentes de l'observateur. De plus, les réunions n'ont pas été enregistrées, ce qui a empêché d'avoir recours aux citations directes. Pour contrer ces tendances, une grille d'observation a été utilisée ainsi qu'un journal de bord sous forme de notes personnelles. Mais malgré ces précautions, certaines données ont pu être ignorées par l'évaluateur.

8 Conclusion

Notre étude visait à évaluer comment la structure organisationnelle du BST et ses pratiques visant la mobilisation et l'utilisation des connaissances avaient contribué à améliorer la coordination des soins et des services de santé dans le cadre de redéploiement des activités cliniques du CUSM. Pour guider la recherche, nous avons utilisé un cadre conceptuel de création des connaissances organisationnelles, inspiré des travaux de Nonaka et Von Krogh (2006) et du cadre d'analyse et d'optimisation de l'utilisation des évidences dans les prises de décision (Champagne et Lemieux-Charles : 2004).

Notre modèle conceptuel initial posait comme hypothèse que l'amélioration de la coordination passait par un processus de création de connaissance et une utilisation de connaissances pour la prise de décision. Nos résultats ont démontré que l'utilisation des connaissances s'est avérée un facteur important dans le processus et elle a joué différents rôles : celui de médiateur dans les échanges, de facilitateur du sensemaking, en plus de servir un rôle politique pour appuyer les décisions au plan stratégique. Ces résultats nous ont amenés à modifier le modèle conceptuel afin de refléter la manière dont les connaissances sont utilisées dans les prises de décision et leur influence sur le processus de création de connaissances.

Finalement, le cas étudié a démontré que la création de connaissances est un processus fragile qui demande une capacité d'adaptation et une flexibilité des pratiques pour s'adapter à des contextes changeants.

Notre recherche reposait sur l'étude de la mise en œuvre d'un cas précis. Nos résultats ont répondu à trois questions :

- 1- Nous avons démontré que les pratiques mises en place par le BST pour coordonner les activités cliniques et administratives avaient permis de créer de nouvelles connaissances. Ces pratiques reposaient sur trois piliers : une structure de gestion de projet, une utilisation des connaissances pour éclairer les décisions et une vision stratégique du partage des connaissances au sein de l'organisation. La structure de projet a permis d'encadrer le projet, d'assurer une vision et un langage communs. De même que l'intérêt porté à

la composition des équipes a été important pour assurer une diversité de perspectives et d'intérêts.

2- Nous avons démontré la présence des quatre modes de conversion des connaissances dans le cas étudié avec une importance accrue pour les modes de conversion des savoirs explicites. La création des connaissances signifie qu'il y a eu création de modèles mentaux collectifs c'est-à-dire à la fois de modèles mentaux partagés (compréhension et valeurs similaires), mais aussi d'une mémoire transactive (reconnaissance de l'expertise de chacun). Ces deux mouvements cognitifs existent sur un même continuum et demandent un équilibre entre les deux. Les stratégies adoptées par le BST ont permis de développer les deux formes de cognitions. Les outils de gestion ont soutenu le processus sans le contrôler. Finalement, nous avons mis en évidence la présence de plusieurs facteurs ayant influencé le processus de conversion des connaissances. Retenons que la culture d'autonomie et de valorisation organisationnelle a facilité les interactions et les échanges. Et que la présence d'activités de leadership centralisées et distribuées a favorisé la coordination et la collaboration entre les différentes instances décisionnelles en plus d'assurer une cohérence entre la vision et les actions.

3- Dans un troisième temps, l'analyse des éléments contextuels a démontré l'importance d'analyser le contexte dans lequel évaluent les pratiques afin de comprendre comment les éléments contextuels (historique, social et politique) ont influencé les résultats obtenus. Nous retenons que le projet étudié s'inscrivait dans un contexte particulier de redéploiement des activités de l'organisation et que l'urgence de la situation a contribué à augmenter les effets observés.

En conclusion, les résultats de cette recherche informent les gestionnaires de la santé sur l'intérêt de développer une structure organisationnelle interne fondée sur la pratique clinique et des soins, incluant une gestion de projets et des stratégies d'utilisation des connaissances dans les prises de décision. Il s'agit d'une structure atypique dans les

organisations publiques de santé et qui possède le potentiel de favoriser la coordination des soins tout en respectant l'autonomie et l'expertise professionnelle.

Nos résultats enrichissent aussi le corpus scientifique en contribuant, avec une étude empirique, à la compréhension des processus permettant la création de connaissances organisationnelles et des facteurs influençant et empêchant ces processus. Les résultats de cette recherche mettent en évidence la nécessité d'étudier plus spécifiquement le rôle des connaissances dans les prises de décision et leur impact sur le processus de conversion. Notre modèle conceptuel révisé peut servir de point de départ pour mieux comprendre l'articulation entre les processus de création connaissances (apprentissage) et leur résultat (connaissance).

Pour conclure, les organisations publiques de santé sont caractérisées par un haut niveau de complexité qui nécessite de développer des solutions flexibles, ancrées dans un contexte précis et qui tiennent compte de l'expertise et de l'autonomie professionnelles du personnel clinique et des soins. Les résultats de cette recherche confirment la nécessité d'utiliser les connaissances pour améliorer la coordination des soins et services.

Bibliographie

- Alavi M, Leidner D. Review: Knowledge management and knowledge management systems: Conceptual foundations and research issues. *MIS quarterly*. 2001:107-36.
- Alavi M, Tiwana A. Knowledge management: The information technology dimension. *The Blackwell handbook of organizational learning and knowledge management*. 2003:104-21.
- Argyris C, Schon D. *Organizational Learning: A theory of action approach*. Reading, MA: Addison Wesley. 1978.
- Aubry M. *La contribution organisationnelle des bureaux de projet: une analyse intersectorielle*. Montréal: Université du Québec à Montréal; 2007.
- Aubry M, Richer M-C, Lavoie-Tremblay M. Governance performance in complex environment: The case of a major transformation in a university hospital. *International Journal of Project Management*. 2014;32(8):1333-45.
- Aubry M, Richer MC, Lavoie-Tremblay M, Cyr G. Pluralism in PMO performance: The case of a PMO dedicated to a major organizational transformation. *Project Management Journal*. 2011;42(6):60-77.
- Baker GR, Ginsburg L, Langley A. An organizational science perspective on information, knowledge, evidence, and organizational decision-making. *Using Knowledge and Evidence in Health Care: Multidisciplinary Perspectives on Evidence-Based Decision-Making in Health Care*. 2004:86-114.
- Barette J, Lemyre L, Corneil W, Beauregard N. Organizational learning facilitators in the Canadian public sector. *International Journal of Public Administration*. 2012;35(2):137-49.
- Bell M, Albu M. Knowledge systems and technological dynamism in industrial clusters in developing countries. *World Development*. 1999;27(9):1715-34.
- Beyer JM, Trice HM. The utilization process: A conceptual framework and synthesis of empirical findings. *Administrative Science Quarterly*. 1982:591-622.
- Biron A, Vézina M, St-Hilaire C, Lavoie-Tremblay M, Richer M. Role of Performance Measurement in a Major Redevelopment Project: The Case of the McGill University Health Centre Transition Support Office. *Healthcare Quarterly*, 012;15(1).
- Blackler F, Crump N, McDonald S. Organizing processes in complex activity networks. *Organization*. 2000;7(2):277-300.
- Borowski HZ, Brehaut J, Hailey D, Juzwishin D, Hummingbird C, Lomas J, et al. Linking evidence from health technology assessments to policy and decision making: the Alberta model. *International journal of technology assessment in health care*. 2007;23(2):155-61.
- Bourdieu P. *Le capital social*. Actes de la recherche en sciences sociales 1980.
- Burns T, Stalker. *The management of innovation*. London Tavistock, 1961.

- Canada Adspd. Les principaux déterminants. Services de santé Agence de santé publique du Canada 2011
- Cannon-Bowers, J. A., Salas, E., & Converse, S. A. (1993). Shared mental models in expert team decision making. In N. J. Castellan, Jr. (Ed.), *Current issues in individual and group decision making* : 221–246.
- Cannon-Bowers JA, Salas E. Reflections on shared cognition. *Journal of Organizational Behavior*. 2001;22(2):195-202.
- Carroll J, Edmondson A. Leading organisational learning in health care. *Quality and Safety in Health Care*. 2002;11(1):51-6.
- Champagne F. Technocratie et recherche: la chimère de la prise de décisions fondées sur des données probantes. *Ruptures*. 1996 (3):114-6.
- Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos A, Denis J. L'analyse de l'implantation. *L'évaluation: Concepts et méthodes*. 2009:225-50.
- Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos A, Denis J. Modéliser les interventions. *L'évaluation: concepts et méthodes*. 2009:57-70.
- Champagne F, Lemieux-Charles L. *Using knowledge and evidence in health care: multidisciplinary perspectives*: University of Toronto Press; 2004.
- Champagne F, Lemieux-Charles L. *Knowledge Creation in Healthcare Organizations as a result of Individuals' Participation in the EXTRA and SEARCH Programs*. Montreal: Université de Montréal, 2011.
- Contandriopoulos A-P, Denis J-L, Touati N, Rodriguez R. Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. *Ruptures*. 2001;8(2):38-52.
- Contandriopoulos D, Lemire M, Denis JL, Tremblay E. Knowledge exchange processes in organizations and policy arenas: a narrative systematic review of the literature. *Milbank Quarterly*. 2010;88(4):444-83.
- Cooke NJ, Salas E, Cannon-Bowers JA, Stout RJ. Measuring team knowledge. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*. 2000;42(1):151-73.
- Coryn C, Lindsay A., Noakes A., Westine C., Schröter, D. A systematic review of theory-driven evaluation practice from 1990 to 2009. *American Journal of Evaluation*, (Rds)sage Publications, 2011 : 32(2) : 199-226.
- Crozier M, Friedberg E. *L'acteur et le système*. 1977.
- Dai CX, Wells WG. An exploration of project management office features and their relationship to project performance. *International Journal of Project Management*. 2004;22(7):523-32.
- DeChurch LA, Mesmer-Magnus JR. The cognitive underpinnings of effective teamwork: a meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*. 2010;95(1):32.
- Delarue J, Naudet J-D, Sauvat V. Les évaluations sont-elles utiles? *Revue de littérature sur connaissances et décisions*. In: recherche Ddl, editor. Paris: Agence française de développement; 2009. p. 38.

- Denis J-L, Lamothe L, Langley A, Valette A. The struggle to redefine boundaries in health care systems. *Restructuring the professional organisation* London: Routledge. 1999:105-30.
- Denis J-L, Langley A, Sergi V. Leadership in the plural. *The Academy of Management Annals*. 2012;6(1):211-83.
- Denis J-L, Lehoux P, Champagne F. A knowledge utilization perspective on fine-tuning dissemination and contextualizing knowledge. *Using knowledge and evidence in health care: Multidisciplinary perspectives*. 2004:18-40.
- Denis JL, Hebert Y, Langley A, Lozeau D, Trottier LH. Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. *Health Care Management Review*. 2002;27(3):60.
- Drucker P. *The principles of management*. New York. 1954.
- Engestrom Y. Activity theory as a framework for analyzing and redesigning work. *Ergonomics*. 2000;43(7):960-74.
- Engeström Y, Mietinen R. *Perspectives on activity theory*: Cambridge University press; 1999.
- Essers J, Schreinemakers J. Nonaka's subjectivist conception of knowledge in corporate knowledge management. *Knowledge Organization*. 1997;24(1):24-32.
- Estabrooks CA, Scott-Findlay S, Winther C. 10 A Nursing and Allied Health Sciences Perspective on Knowledge Utilization. *Using knowledge and evidence in health care: Multidisciplinary perspectives*. 2004:242.
- Gagnon F, Turgeon J, Michaud M, Dallaire C. L'adoption de politiques publiques favorables à la santé : Rapport final. GÉPPS. 2011:50.
- Farand L, Arocha J. A cognitive science perspective on evidence-based decision-making in medicine. *Using knowledge and evidence in health care*. 2004:172-98.
- Felin T, Hesterly WS. The knowledge-based view, nested heterogeneity, and new value creation: Philosophical considerations on the locus of knowledge. *Academy of Management Review*. 2007;32(1):195-218.
- Fiore SM, Rosen MA, Smith-Jentsch K, Salas E, Letsky M, Warner N. Toward an understanding of macrocognition in teams: predicting processes in complex collaborative contexts. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*. 2010.
- Fiss PC, Zajac EJ. The symbolic management of strategic change: Sensegiving via framing and decoupling. *Academy of Management Journal*. 2006;49(6):1173-93.
- Foundation CHSR. *Annual report 2005*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2005.
- French WL, Bell CH, Cecil H. *Organization development: Behavioral science interventions for organization improvement*: Prentice Hall Upper Saddle River, NJ; 1999.
- Garvin DA, Edmondson AC, Gino F. Is yours a learning organization? *Harvard Business Review*. 2008;86(3):109.
- Giddens A. *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*: Univ of California Press; 1984.

- Gill AS, Flaschner AB, Shachar M. Mitigating stress and burnout by implementing transformational-leadership. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*. 2006;18(6):469-81.
- Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease—Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*. 2001;26(1):56-69.
- Goh SC. Managing effective knowledge transfer: an integrative framework and some practice implications. *Journal of Knowledge Management*. 2002;6(1):23-30.
- Gourlay S. The SECI model of knowledge creation: some empirical shortcomings. 2003.
- Gourlay S. Conceptualizing Knowledge Creation: A Critique of Nonaka's Theory. *Journal of Management Studies*. 2006;43(7):1415-36.
- Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2006;26(1):13-24.
- Grant RM. Toward a knowledge-based theory of the firm. *Strategic Management Journal*. 1996;17(S2):109-22.
- Greenhalgh T. What is this knowledge that We seek to exchange ? *Milbank Quarterly*. 2010;88(4):492-9.
- Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*. 2004;82(4):581-629.
- Grimshaw J, Thomas R, MacLennan G, Fraser C, Ramsay C, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*. 2004;8(6):iii - iv.
- Grimshaw JM, Eccles MP, Walker AE, Thomas RE. Changing physicians' behavior: what works and thoughts on getting more things to work. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2002;22(4):237-43.
- Guyatt G, Cook D, Haynes B. Evidence based medicine has come a long way. *Bmj*. 2004;329(7473):990-1.
- Hargadon A, Fanelli A. Action and possibility: Reconciling dual perspectives of knowledge in organizations. *Organization Science*. 2002;13(3):290-302.
- Havelock RG. *Planning for innovation*. Ann Arbor: Center for Research on Utilization of Scientific Knowledge, University of Michigan. 1969.
- Haynes RB, Wilczynski NL. Optimal search strategies for retrieving scientifically strong studies of diagnosis from Medline: analytical survey. *Bmj*. 2004;328(7447):1040.
- Hollingshead AB, Gupta N, Yoon K, Brandon DP. Transactive memory theory and teams: Past, present, and future. *Theories of team cognition: Cross-disciplinary perspectives*. 2011:421-55.
- Klein GA, Orasanu J, Calderwood R, Zsombok CE. *Decision making in action: Models and methods*: Ablex Pub.; 1993.

- Klimoski R, Mohammed S. Team mental model: Construct or metaphor? *Journal of Management*. 1994;20(2):403-37.
- Kozlowski SW, Bell BS. Team learning, development, and adaptation. In *Group learning*. Sessa & M London (Eds) 2008:15-44.
- Kozlowski SW, Chao GT. Macrocognition, team learning, and team knowledge: Origins, Emergence, and Measurement. 2012:19-48.
- Kozlowski SW, Chao GT, Grand JA, Braun MT, Kuljanin G. Advancing multilevel research design capturing the dynamics of emergence. *Organizational Research Methods*. 2013
- Kozlowski SW, Ilgen DR. Enhancing the effectiveness of work groups and teams. *Psychological Science in the Public Interest*. 2006;7(3):77-124.
- Kozlowski SW, Klein KJ. A multilevel approach to theory and research in organizations: Contextual, temporal, and emergent processes. 2000.
- Lamothe L. La structure professionnelle clinique de facto d'un hôpital de soins ultraspécialisé, 1996.
- Lamothe L, Dufour Y. Systems of interdependency and core orchestrating themes at health care unit level: a configurational approach. *Public Management Review*. 2007;9(1):67-85.
- Langley A. Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management review*. 1999:691-710.
- Langley A. Studying processes in and around organizations. *The Sage Handbook of Organizational Research Methods*. 2009:409-29.
- Langley A, Mintzberg H, Pitcher P, Posada E, Saint-Macary J. Opening up decision making: The view from the black stool. *Organization Science*. 1995:260-79.
- Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. Support Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). *Health Research Policy and Systems*. 2009;7(Suppl 1):I1.
- Lavis JN, Robertson D, Woodside JM, McLeod CB, Abelson J, Grp KTS. How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Quarterly*. 2003;81(2):221-+.
- Lavoie-Tremblay M, Richer MC, Marchionni C, Cyr G, Biron AD, Aubry M, et al. Implementation of Evidence-Based Practices in the Context of a Redevelopment Project in a Canadian Healthcare Organization. *Journal of Nursing Scholarship*. 2012;44(4):418-27.
- Lemieux-Charles L. Using knowledge and evidence in health care 2004.
- Leont'ev AA, James CV. *Psychology and the language learning process*: Pergamon; 1981.
- Lomas J. Diffusion, dissemination, and implementation: who should do what? *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1993;703(1):226-37.
- Lomas J, McCutcheon C. Evidence and the deliberative process. Vancouver: Canadian Health Services Research Foundation; 2006. p. 23.
- Mathieu JE, Heffner TS, Goodwin GF, Salas E, Cannon-Bowers JA. The influence of shared mental models on team process and performance. *Journal of Applied Psychology*. 2000;85(2):273.

- Merton RK. The normative structure of science: *Sociology of Science Theoretical and Empirical Investigations*; 1942.
- Mintzberg H. An emerging strategy of "direct" research. *Administrative Science Quarterly*. 1979;24(4):582-9.
- Mintzberg H. Managing government, governing management. *Harvard Business Review*. 1996;74(3):75-&.
- Mintzberg H, Raisinghani D, Theoret A. The structure of "unstructured" decision processes. *Administrative Science Quarterly*. 1976:246-75.
- Mintzberg H, Sager P. *Le pouvoir dans les organisations: Les éditions d'organisation*; 1986.
- Mitton C, Adair CE, McKenzie E, Patten SB, Perry BW. Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. *Milbank Quarterly*. 2007;85(4):729-68.
- Mohammed S, Dumville BC. Team mental models in a team knowledge framework: Expanding theory and measurement across disciplinary boundaries. *Journal of Organizational Behavior*. 2001;22(2):89-106.
- Murase T, Carter DR, DeChurch LA, Marks MA. Mind the gap: The role of leadership in multiteam system collective cognition. *The Leadership Quarterly*. 2014;25(5):972-86.
- Nonaka I. A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. *Organization Science*. 1994;5(1):14-37.
- Nonaka I. *The knowledge-creating company*: Harvard Business Review Press; 2008.
- Nonaka I, Konno N. The concept of "ba": Building a foundation for knowledge creation. *California management review*. 1998;40(3):40-54..
- Nonaka I, Takeuchi H. *The knowledge-creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation*: Oxford University Press, USA; 1995.
- Nonaka I, Toyama R, Konno N. SECI, Ba and leadership: a unified model of dynamic knowledge creation. *Long range planning*. 2000;33(1):5-34.
- Nonaka I, Von Krogh G. Perspective-tacit knowledge and knowledge conversion: Controversy and advancement in organizational knowledge creation theory. *Organization science*. 2009;20(3):635-52.
- Nonaka I, von Krogh G, Voelpel S. Organizational knowledge creation theory: Evolutionary paths and future advances. *Organization Studies*. 2006;27(8):1179-208.
- Orasanu J, Connolly T. *The reinvention of decision making*: Ablex Publishing; 1993.
- Organization WH. *The world health report 2000: health systems: improving performance*: World Health Organization; 2000.
- Parsons T, Shils E, Smelser NJ. *Toward a general theory of action: Theoretical foundations for the social sciences*: Transaction Pub; 2001.
- Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*: Sage Publications, 2002.
- Pemsel S, Wiewiora A. Project management office a knowledge broker in project-based organisations. *International Journal of Project Management*. 2013;31(1):31-42.
- Pettigrew A, Ferlie E, McKee L. Shaping strategic change-The case of the NHS in the 1980s. *Public Money & Management*. 1992;12(3):27-31.

- Pettigrew A, Whipp R. *Managing change for competitive success*: Wiley-Blackwell; 1993.
- Pettigrew AM. *The politics of organizational decision-making*: Tavistock London; 1973.
- Plesk PE, T G. The challenge of complexity in health care. *BMJ*. 2001;323:625-8.
- Polanyi K, MacIver RM. *The great transformation*: Beacon Press Boston; 1957.
- Poole MS. *Systems theory*. *The Sage handbook of organizational communication*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2014.
- Putnam H. *Reason, truth and history*: Cambridge University Press; 1981.
- Rashman L, Withers E, Hartley J. Organizational learning and knowledge in public service organizations: A systematic review of the literature. *International Journal of Management Reviews*. 2009;11(4):463-94.
- Richer M-C, Marchionni C, Lavoie-Tremblay M, Aubry M. *The project management office: transforming healthcare in the context of a hospital redevelopment project*. *Healthcare Management Forum*; 2013: SAGE Publications.
- Rogers, PJ. Program theory evaluation: Not whether programs work but how they work. In D.L. Stufflebeam, G.F. Madaus, & T. Kellaghan (Eds), *Evaluation models: viewpoints on educational and human services evaluation*, Boston, MA: Kluwer, 2000: 209-232
- Salas E, Fiore SM, Letsky MP. *Theories of team cognition: Cross-disciplinary perspectives*: Routledge; 2013.
- Shaw SE, Rosen R. Fragmentation: a wicked problem with an integrated solution? *Journal of Health services Research & Policy*. 2013;18(1):61-4.
- Simon HA. *Theories of decision-making in economics and behavioral science*. *The American Economic Review*. 1959;49(3):253-83.
- Simon HA. Bounded rationality and organizational learning. *Organization Science*. 1991;2(1):125-34.
- Simon HA, Barnard CI. *Administrative behavior*: Cambridge Univ Press; 1976.
- Smythe WE, Jorna RJ. *The Signs We Live by The Relationship between Semiotics and Psychology*. *Theory & Psychology*. 1998;8(6):723-30.
- Sonesh S, Rico R, Salas E. *Team Decision Making in Naturalistic Environments: A Framework for and Introduction to Illusory Shared Cognition*. *Judgment and Decision Making at Work*. 2013:199-227.
- Spillane JP. *Distributed leadership*: John Wiley & Sons; 2012.
- Stange KC. The paradox of the parts and the whole in understanding and improving general practice. *International Journal for Quality in Health Care*. 2002;14(4):267-8.
- Stange KC. The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *The Annals of Family Medicine*. 2009;7(2):100-3.
- Stasser G, Stewart DD, Wittenbaum GM. Expert roles and information exchange during discussion: The importance of knowing who knows what. *Journal of Experimental Social Psychology*. 1995;31(3):244-65.
- Straus SE, Tetroe J, Graham ID. *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*: Wiley-Blackwell; 2009.

- Tindale RS, Meisenhelder HM, Dykema-Engblade AA, Hogg MA. Shared cognition in small groups. *Blackwell Handbook of Social Psychology: Group processes*. 2001:1-30.
- Tsoukas H, Knudsen C. *The Oxford handbook of organization theory*: Oxford University Press, USA; 2005.
- Tsoukas H, Vladimirova E. What is organizational knowledge? *Journal of Management Studies*. 2001;38(7):973-93.
- Van de Ven AH. Suggestions for studying strategy process: A research note. *Strategic Management Journal*. 1992;13(5):169-88.
- Van de Ven AH, Schomaker MS. Commentary: The rhetoric of evidence-based medicine. *Health Care Management Review*. 2002;27(3):89.
- Van Knippenberg D, van Ginkel WP, Homan AC. Diversity mindsets and the performance of diverse teams. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 2013;121(2):183-93.
- Von Krogh G. Care in knowledge creation. *California Management Review*. 1998;40(3):133-53.
- Von Krogh G, Ichijo K, Nonaka I. *Enabling knowledge creation: How to unlock the mystery of tacit knowledge and release the power of innovation*: Oxford University Press; 2000.
- Von Krogh G, Nonaka I, Aben M. Making the most of your company's knowledge: a strategic framework. *Long Range Planning*. 2001;34(4):421-39.
- Von Krogh G, Nonaka I, Rechsteiner L. Leadership in organizational knowledge creation: a review and framework. *Journal of Management Studies*. 2012;49(1):240-77.
- Wagner RK. Tacit knowledge in everyday intelligent behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987;52(6):1236.
- Weiss CH. The many meanings of research utilization. *Public Administration Review*. 1979;39(5):426-31.
- Weiss CH. *Research and policy-making: a limited partnership. The use and abuse of social science* London, Sagepublications. 1986.
- Weiss CH. *Methods for studying programs and policies*. Weiss, London, Prentice Hall. 1998.
- Yin RK. *Case study research: Design and methods*: Sage publications, INC; 2009.
- Zárraga C, Bonache J. The impact of team atmosphere on knowledge outcomes in self-managed teams. *Organization Studies*. 2005;26(5):661-81.

Bibliographie de page Web

- Richer, M.-C., Lavoie-Tremblay, M., Aubry M. (page consultée le 23 octobre 2012). *Comment se préparer à une transformation majeure: le défi du bureau de soutien à la transition du CUSM*, présentation dans le cadre des activités scientifiques du centre FERASI, 17 mai 2011 [Intranet BST].
- Richer M-C, Marchionni, C. (page consultée le 23 juillet 2012) *Transition Support Office: a brief history of a PMO in healthcare* [Intranet BST].
- Champagne F. (page consultée le 12 mai 2015) *Acétates # 24 du cours évaluation d'implantation ASA-6178 H15* [Studium. Intranet Université de Montréal]

Annexe 1 - Grille d'entrevue : Direction et chargé de projet

Introduction

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce projet de recherche. L'objectif de ma recherche est d'étudier le Bureau de soutien à la transition du CUSM et particulièrement comment se fait l'utilisation des connaissances dans le processus d'harmonisation des pratiques cliniques. L'entrevue est confidentielle et dura au maximum 90 minutes. Conformément aux règles d'éthiques, je dois solliciter votre consentement avant de débiter l'entrevue (*voir formulaire de consentement*).

Questions

1. Quel est le titre de votre poste au CUSM ? Depuis comment de temps? Parlez moi de vos expériences antérieures de travail.

Niveau hiérarchique

Je suis vraiment intéressée par votre rôle au sein du Bureau de soutien à la transition.

Les prochaines questions porteront sur votre travail.

2. Comment définissez-vous votre rôle au sein du (*nom du projet d'harmonisation des pratiques*) ?

2.1. Quelles sont les responsabilités ?

2.2. Quels sont les objectifs ?

3. Qu'est-ce que vous trouvez le plus important dans votre travail ?

Attitude sur les connaissances scientifiques ?

4. Quelles sont les conditions qui rendent possible votre travail ? Est-ce que vous utilisez des outils ou des ressources pour faire votre travail ? Considérez-vous ces outils importants ? Essentiels ? Pourquoi ?

4.1 ressources humaines, matérielles

4.2 TI

facteurs organisationnels, environnementaux, climat organisationnel

5. Qu'est-ce que vous trouvez le plus difficile dans votre travail ?

5.1 au niveau organisationnel, des interactions, des caractéristiques du projet

Barrières :

Les prochaines questions portent l'utilisation des connaissances dans le processus d'harmonisation des pratiques cliniques.

6. Que veut dire pour vous « utilisation des évidences scientifiques » ? Expliquez comment vous les évidences scientifiques font partie de votre travail ?

6.1 définition colloquiale ou scientifique ?

6.2 accessibilité, validité, timing, communicabilité

6.3 utilisation instrumentale, non instrumentale ou naturaliste.

7. Quels mécanismes ont été mis en place pour favoriser l'utilisation des connaissances scientifiques ?

Stratégies organisationnelles, outil de transfert des connaissances, culture organisationnelle

8. Quels sont les défis rencontrés dans l'utilisation des connaissances scientifiques ?

8.1. Structure et culture organisationnelle, caractéristique de l'objet de décision, caractéristique personnelle des participants, climat.

9. Quelle est votre opinion sur le rôle des évidences scientifiques dans votre travail?

Attitude, compréhension, leadership

10. Selon vous, quelle est la position de l'organisation sur l'utilisation des évidences scientifiques dans les prises de décision ? Pouvez-vous me donner des exemples?

Support organisationnel, institutionnalisation de l'utilisation

J'aimerais maintenant que vous me parliez d'une expérience d'harmonisation de pratique clinique en particulier. Je suis intéressée de comprendre comment le processus s'est déroulé c'est-à-dire quels sont mécanismes mis en place et la nature des interactions entre les participants.

12. Pouvez-vous me décrire une expérience d'harmonisation clinique auquel vous avez participé ? Qui a fait la demande ? Pourquoi ?

nature de la demande : pertinence, importance, complexité

13. Comment sont structurées les rencontres ?

processus formel, informel, activités

14. Outre, les rencontres, est-ce que vous avez utilisé d'autres moyens de communication

socialisation (face à face, rencontre informelle, externalisation (présentation, workshop, article)

15. En vous référant à cette expérience, parlez nous des connaissances scientifiques.

15.1 Accessibilité, validité ?

nature des connaissances scientifiques

16. les connaissances scientifiques ne sont pas les seules informations pertinentes prises en compte dans une décision. Pouvez-vous me parler des autres formes de connaissances utilisées ? Comment ont-elles été intégrées ?

externalisation (développement d'une compréhension commune).

17. Avez-vous rencontrés des difficultés dans l'intégration ? Pourquoi ? Est-ce qu'il y a eu des facteurs facilitant ?

externalisation (développement d'une compréhension commune)

barrières et facilitateurs à l'externalisation (caractéristiques de l'organisation, nature des interactions, leadership, attitudes, compétences des participants)

18. Selon vous, quel est le rôle des connaissances scientifiques dans les résultats du projet?

Influence la combinaison reconfiguration de nouvelles connaissances? Utilisation non instrumentale, instrumentale ?

19. En général, comment qualifiez-vous l'utilisation qui a été faite des connaissances scientifiques dans ce projet ?

Internalisation : instrumentale, non instrumentale, naturaliste

20. Quelles caractéristiques ont influencé ce processus d'harmonisation ?

caractéristiques liées à l'objet de la décision, aux attitudes et aux compétences de participants, aux climat de confiance ou méfiance des participants

21. Selon vous, est-ce que ce projet a modifié la pratique dans votre organisation ? Si oui, de quelle façon ?

impact organisationnel

C'était la dernière question. Est-ce que vous aimeriez ajouter de l'information ou bien poser une question sur le projet de recherche ?

Je vous remercie pour votre collaboration

Annexe 2 – Grille d’entrevue – Courtiers en connaissances et analystes de processus

Introduction

Je vous remercie d’avoir accepté de participer à ce projet de recherche. L’objectif de ma recherche est d’étudier le Bureau de soutien à la transition du CUSM et particulièrement comment se fait l’utilisation des connaissances dans le processus d’harmonisation des pratiques cliniques.

Questions

1. Quel est le titre de votre poste aujourd’hui au CUSM ? Depuis comment de temps? Parlez moi de vos expériences antérieures de travail.

Je suis vraiment intéressée par votre rôle au sein du Bureau de soutien à la transition. Les prochaines questions porteront sur votre travail.

2. Comment définissez-vous votre rôle au sein du (*nom du projet d’harmonisation des pratiques*) ?

- a. Quelles sont les responsabilités ?
- b. Quels sont les objectifs ?

3. Qu’est-ce que vous trouvez le plus important dans votre travail ?

4. Quelles sont les conditions qui rendent possible votre travail ? Est-ce que vous utilisez des outils ou des ressources pour faire votre travail ? Considérez-vous ces outils importants ? essentiels ? Pourquoi ?

4.1 ressources humaines, matérielles

4.2 TI

5. Qu'est-ce que vous trouvez le plus difficile dans votre travail ?
5.1 au niveau organisationnel, des interactions, des caractéristiques du projet

Les prochaines questions portent l'utilisation des données probantes dans le processus d'harmonisation des pratiques cliniques.

6. Que veut dire pour vous « utilisation des connaissances » ? Expliquez comment vous utiliser les données probantes de votre travail ?
6.1 définition colloquiale ou scientifique ?
6.2 accessibilité, validité, timing, communicabilité
6.3 utilisation instrumentale, non instrumentale ou naturaliste.

7. Quel mécanisme ont été mis en place pour favoriser l'utilisation des connaissances ?

8. Quels ont été les défis rencontrés dans l'utilisation des connaissances?
a. Structure et culture organisationnelle, caractéristique de l'objet de décision, caractéristique personnelle des participants, climat.

C'était la dernière question. Est-ce que vous aimeriez ajouter de l'information ou bien poser une question sur le projet de recherche ?

Je vous remercie pour votre collaboration.

Annexe 3 – Grille d’entrevue – Chargé de projet- Projet intraveineuse

Introduction

Je vous remercie d’avoir accepté de participer à ce projet de recherche. L’objectif de ma recherche est d’étudier le Bureau de soutien à la transition du CUSM et particulièrement comment se fait l’utilisation des connaissances dans le processus d’harmonisation des pratiques cliniques. L’entrevue est confidentielle et dura au maximum 90 minutes. Conformément aux règles d’éthiques, je dois solliciter votre consentement avant de débiter l’entrevue (*voir formulaire de consentement*).

Questions

1 Quel est le titre de votre poste au CUSM ? Depuis comment de temps? Parlez moi de vos expériences antérieures de travail.

Niveau hiérarchique

Je suis vraiment intéressée par votre rôle au sein du Bureau de soutien à la transition.

Les prochaines questions porteront sur votre travail.

2 Comment définissez-vous votre rôle au sein du (*nom du projet d’harmonisation des pratiques*) ?

2.1 Quelles sont les responsabilités ?

2.2 Quels sont les objectifs ?

3 Qu’est-ce que vous trouvez le plus important dans votre travail ?

Attitude sur les connaissances scientifiques ?

4 Quelles sont les conditions qui rendent possible votre travail ? Est-ce que vous utilisez des outils ou des ressources pour faire votre travail ? Considérez-vous ces outils importants ? essentiels ? Pourquoi ?

4.1 ressources humaines, matérielles

4.2 TI

facteurs organisationnels, environnementaux, climat organisationnel

5 Qu'est-ce que vous trouvez le plus difficile dans votre travail ?
5.1 au niveau organisationnel, des interactions, des caractéristiques du projet

Barrières :

Les prochaines questions portent l'utilisation des connaissances dans le processus d'harmonisation des pratiques cliniques.

6 Que veut dire pour vous « utilisation des évidences scientifiques » ? Expliquez comment vous les évidences scientifiques font partie de votre travail ?
6.1 définition colloquiale ou scientifique ?
6.2 accessibilité, validité, timing, communicabilité
6.3 utilisation instrumentale, non instrumentale ou naturaliste.

7 Dans le cadre de vos projets, est-ce que vous faites appel au courtier de connaissance ? aux analystes de processus ? Dans quel cas ?

Stratégies organisationnelles, outil de transfert des connaissances, culture organisationnelle

8 Quels sont les défis rencontrés pour fournir les données aux équipes ?
a. Structure et culture organisationnelle, caractéristique de l'objet de décision, caractéristique personnelle des participants, climat.

9 Quelle est votre opinion sur le rôle des évidences scientifiques dans votre travail?

Attitude, compréhension, leadership

10 Selon vous, quelle est la position de l'organisation sur l'utilisation des évidences scientifiques dans les prises de décision ? Pouvez-vous me donner des exemples?

Support organisationnel, institutionnalisation de l'utilisation

Annexe 4 – Grille d’entrevue – Participants projet IV

Introduction

Je vous remercie d’avoir accepté de participer à ce projet de recherche. L’objectif de ma recherche est d’étudier le Bureau de soutien à la transition du CUSM et particulièrement comment se fait l’utilisation des connaissances dans le processus d’harmonisation des pratiques cliniques. L’entrevue est confidentielle et dura au maximum 90 minutes. Conformément aux règles d’éthiques, je dois solliciter votre consentement avant de débiter l’entrevue (*voir formulaire de consentement*).

Questions

1. Quel est le titre de votre poste au CUSM ? Depuis comment de temps? Parlez-moi de vos expériences antérieures de travail.

Niveau hiérarchique

Je suis vraiment intéressée par votre rôle au sein du Bureau de soutien à la transition.

Les prochaines questions porteront sur votre travail.

2. Comment définissez-vous votre rôle au sein du (*nom du projet d’harmonisation des pratiques*) ?
 - a. Quelles sont les responsabilités ?
 - b. Quels sont les objectifs ?

3. Qu’est-ce que vous trouvez le plus important dans votre travail ?

Attitude sur les connaissances scientifiques ?

4. Quelles sont les conditions qui rendent possible votre travail ? Est-ce que vous utilisez des outils ou des ressources pour faire votre travail ? Considérez-vous ces outils importants ? essentiels ? Pourquoi ?

4.1 ressources humaines, matérielles

4.2 TI

facteurs organisationnels, environnementaux, climat organisationnel

5. Qu'est-ce que vous trouvez le plus difficile dans votre travail au sein du comité ?

5.1 au niveau organisationnel, des interactions, des caractéristiques du projet

Barrières :

Les prochaines questions portent l'utilisation des connaissances dans le processus d'harmonisation des pratiques cliniques.

6. Que veut dire pour vous « utilisation connaissances » ? Expliquez quelles connaissances partie de votre travail ?

6.1 définition colloquiale ou scientifique ?

6.2 accessibilité, validité, timing, communicabilité

6.3 utilisation instrumentale, non instrumentale ou naturaliste.

7. Dans le cadre du projet, quelles sont les connaissances qui ont été utilisées ?

Données probantes, littérature grise, expertise.

8. Quels sont les défis rencontrés dans le projet d'harmonisation ?

a. Structure et culture organisationnelle, caractéristique de l'objet de décision, caractéristique personnelle des participants, climat.

9. Quelle est votre opinion sur le rôle du BST dans le projet d'harmonisation ?

Attitude, compréhension, leadership, coordination

10. Selon vous, comment l'organisation supporte l'utilisation des connaissances dans les prises de décision ?

Support organisationnel, institutionnalisation de l'utilisation