

Université de Montréal

Perception des professionnels de la santé par rapport à l'introduction d'une plateforme Web
2.0 dans leur pratique

par

Isabelle David

École de réadaptation

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté de mémoire
en vue de l'obtention du grade de maîtrise en sciences (M.Sc.)
en sciences biomédicales
option réadaptation

janvier 2012

© Isabelle David, 2012

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :
Perception des professionnels de la santé par rapport à l'introduction d'une plateforme Web
2.0 dans leur pratique

Présenté par :
Isabelle David

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Pierre-Yves Therriault, président-rapporteur
Lise Poissant, directrice de recherche
Annie Rochette, co-directrice
Marie-Josée Levert, membre du jury

Résumé

Introduction : Les pressions sont fortes envers les professionnels de la santé pour qu'ils appliquent une pratique factuelle. Toutefois, un écart important demeure entre les résultats des recherches et la réalité clinique. Par son aspect interactif, le Web 2.0 peut contribuer à l'application des données probantes en facilitant l'accès et l'échange de connaissances. **Objectif :** Ce projet de recherche s'inscrit dans une étude visant à élaborer une plateforme informatisée pour les professionnels travaillant avec la clientèle ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC). L'objectif de la présente étude est de décrire la perception des professionnels de la santé face à l'introduction du Web 2.0 dans leur pratique. **Méthode :** Un devis de recherche qualitatif avec une approche phénoménologique a été utilisé. Des entrevues individuelles semi-structurées ont été menées auprès de 24 professionnels et gestionnaires. **Résultats :** Les personnes interviewées étaient toutes des femmes avec un âge moyen de 45 ans (± 18). Le transfert des connaissances est l'utilité du Web 2.0 qui émerge des participants comme étant la plus importante. Les répondants ont également exprimé avoir besoin d'une plateforme conviviale. Les résultats soulignent également un paradoxe lié au temps. En effet, les répondants estiment que le Web 2.0 pourrait leur permettre de sauver du temps, cependant ils affirment qu'ils n'auront pas le temps de l'utiliser. **Conclusion :** Bien que le Web 2.0 demeure un outil de transfert de connaissances peu intégré dans la pratique, les professionnels travaillant avec la clientèle AVC perçoivent généralement positivement son introduction dans leur pratique.

Mots-clés : Pratique basée sur des données probantes, transfert de connaissances, professionnels de la santé, Internet, recherche qualitative

Abstract

Introduction: Health professionals are increasingly encouraged to adopt an evidence-based practice. However, gaps continue to be observed between scientific evidence and practice. Through its interactive capabilities, Web 2.0 can contribute to an evidence-based practice by improving exchange of relevant clinical and scientific information's. **Objective:** This study is a part of a project that wants to design a Web 2.0 platform for health professionals working with stroke patients. The aim is to gain a better understanding of professionals' perceptions of Web 2.0 before platform development. **Methods:** A qualitative study following the phenomenological approach was chosen. We conducted individual semi-structured interviews with 24 clinicians and managers. **Results:** Interviewed people were all women with a mean age of 45 years (± 18). Knowledge transfer was identified to be the most useful outcome of a Web 2.0 platform. Respondents also expressed their need for a user-friendly platform. Results also highlight a time paradox. Clinicians feel that the Web 2.0 will help them save time while they argue that they will not have time to use it. **Conclusion:** While Web 2.0 remains a knowledge transfer tool not yet integrated in clinical practice, professionals working with stroke patients generally receive its implementation positively.

Keywords: Evidence-Based Practice, Information Dissemination, Health Professionals, Internet, Qualitative Research

Table des matières

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION.....	1
1.1 Introduction.....	1
1.2 Contexte de l'étude.....	3
1.2.1 Accident vasculaire cérébral.....	3
1.2.2 Réseau montréalais pour les AVC.....	5
1.3 Organisation du mémoire.....	6
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS.....	8
2.1 Pratique basée sur les données probantes et transfert de connaissances.....	8
2.1.1 Historique et définitions.....	8
2.1.2 Modèles conceptuels.....	14
2.1.3 Pratique basée sur les données probantes et AVC.....	16
2.2 Stratégies de transfert de connaissances.....	18
2.2.1 Stratégies traditionnelles de transfert de connaissances.....	19
2.2.2 Barrières et facilitateurs.....	23
2.2.2.1 Liées aux connaissances.....	23
2.2.2.2 Liées aux utilisateurs de connaissances.....	24
2.2.2.3 Liées à l'environnement.....	25
2.2.3 Stratégies novatrices de transfert de connaissances.....	26
2.2.3.1 Communautés de pratique.....	26
2.2.3.2 Technologies de l'information et des communications (TIC) et Web 2.0...	30
2.2.3.3 Communauté de pratique virtuelle.....	36
2.2.3.4 Autres stratégies novatrices.....	40
CHAPITRE 3 : OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	41
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE.....	42
4.1 Devis de l'étude.....	42
4.2 Population.....	43

4.3 Recrutement	44
4.4 Collecte de données.....	44
4.5 Analyse des données	45
4.6 Stratégies pour assurer la rigueur	46
4.6.1 Crédibilité.....	47
4.6.2 Transférabilité	48
4.6.3 Fiabilité	48
4.6.4 Confirmation	48
4.7 Considérations éthiques	48
CHAPITRE 5 : MANUSCRIT.....	50
5.1 Understanding clinicians’ perspective of a Web 2.0 platform on stroke best practices: A qualitative study	50
Abstract	52
Introduction.....	53
Methods.....	55
Design	55
Population	55
Recruitment.....	55
Data Collection Method	56
Data analysis	56
Ethics Approval.....	57
Results.....	57
1. Sample Description	57
2. Results of objective 1: Health professionals’ perception.....	60
2.1 External Variables.....	61
2.2 Perceived Usefulness	65
2.3 Perceived Ease of Use.....	67
2.4 Time availability	67

2.5 Behavioural Intention to Use	67
3. Results of objective 2: Group Differences	68
Discussion	68
Limitations	72
Conclusion.....	73
CHAPITRE 6 : RÉSULTATS SUPPLÉMENTAIRES	78
6.1 Pratique basée sur les données probantes.....	78
6.1.1 Niveau de connaissances.....	78
6.1.2 Accès	79
6.1.3 Application.....	79
6.1.4 Impact.....	81
CHAPITRE 7 : DISCUSSION.....	82
7.1 Principaux constats de la recherche	82
7.2 Limites de la recherche	88
CHAPITRE 8 : CONCLUSION	91
BIBLIOGRAPHIE	93
ANNEXE I : Guide d’entrevue.....	i
ANNEXE II : Fiche d’identification des répondants	iv
ANNEXE III : Approbation du comité d’éthique	v
ANNEXE IV : Formulaire de consentement	vii
ANNEXE V : Abrégés	xi

Liste des tableaux

Tableaux présentés dans le manuscrit intitulé : *Understanding clinicians' perspective of a Web 2.0 platform on stroke best practices: A qualitative study*:

Table 1: Characteristics of Participants

Table 2: Themes

Table 3: System's Features

Liste des figures

Figure 1 : Data, information, knowledge and wisdom framework

Figure 2 : Modèle de Rogers

Figure 3 : Modèle de Graham et coll.

Figure 4 : Modèle d'acceptation de la technologie

Figure 5 : Cycle d'inventivité

Figures présentées dans le manuscrit intitulé *Understanding clinicians' perspective of a Web 2.0 platform on stroke best practices: A qualitative study*:

Figure 1: Modified TAM reflecting perceived factors influencing Web 2.0 adoption by health professionals

Liste des sigles

AVC	accident vasculaire cérébral
CEFRIO	Centre francophone d'informatisation des organisations
CLSC	Centre local de services communautaires
CRIR	Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
MAT	Modèle d'acceptation de la technologie
NCDDR	National Center for the Dissemination of Disability Research
OMS	Organisation mondiale de la santé
RMAVC	Réseau montréalais pour les AVC
UTAUT	Unified Theory of Acceptance and Use of Technology
TIC	technologies de l'information et des communications

Sigles utilisés dans le manuscrit intitulé *Understanding clinicians' perspective of a Web 2.0 platform on stroke best practices: A qualitative study*:

EPOC	Cochrane-Effective Practice and Organization of Care
MSN	Montreal Stroke Network
TAM	Technology Acceptance Model

À ma mère et grand-mamie

Remerciements

La rédaction d'un mémoire de maîtrise est une grande aventure qui donne l'occasion de côtoyer plusieurs personnes et je tiens à les remercier. Tout d'abord, je remercie mes mentors. Lise, merci de m'avoir inculqué la rigueur que nécessite la réalisation d'un projet de la sorte. Je te remercie pour tes nombreux commentaires qui m'ont permis d'améliorer grandement mes habiletés de rédaction. Je suis très heureuse d'avoir pu partager avec toi des réflexions visant l'amélioration du système de santé québécois. Le soutien que tu m'as offert nécessite un nombre d'heures inestimable et je t'en suis très reconnaissante. Annie, je me souviendrai toujours des bons conseils que tu m'as donnés dans des moments, disons-le, de panique. Ton calme m'a fait le plus grand bien. Merci également de m'avoir rappelée à l'ordre lorsque, parfois, mes pensées partaient à la dérive.

Je remercie Alexandra pour sa présence stimulante à l'Institut. Merci aussi d'avoir partagé avec moi plusieurs questionnements et surtout plusieurs articles! Je te remercie pour ton aide lors de la révision de plusieurs textes (résumés, présentations orales, affiches, article...). Ta formation en journalisme fait de toi une excellente correctrice. Merci à Mariama, Séléna et Carole pour tous leurs conseils en tant que récentes graduées M.Sc. Merci aussi à Aline Loiseau qui a eu réponse à toutes mes questions à l'Institut. Je te souhaite une excellente retraite Aline! Je remercie également M. Drolet pour m'avoir rapidement trouvé une correctrice pour ma rédaction en anglais.

Il est important de souligner l'implication de tous les professionnels et gestionnaires qui ont participé aux entrevues de recherche. Sans vous, ce projet n'aurait jamais pu être réalisé.

Je tiens également à remercier ma famille et mes amis pour leurs encouragements et leur aide. Plus particulièrement, je remercie Lysanne, Youna et Claudia. Votre patience et

votre rigueur sont sans égal. Pour finir, un gros merci à celui avec qui je partage ma vie de tous les jours. Je suis infiniment reconnaissante de ta patience et de ton écoute.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

1.1 Introduction

Internationalement, les systèmes de santé rencontrent des difficultés dans l'application des données probantes. Afin d'encourager la mise en place des meilleures pratiques, la publication des résultats de recherche dans des journaux scientifiques s'avère nécessaire, mais malheureusement insuffisante (Grol & Grimshaw, 2003; Metzler & Metz, 2010; Straus, Tetroe, & Graham, 2009a). En effet, l'horaire chargé des professionnels de la santé rend difficile la lecture d'articles. Cette difficulté est d'autant plus alarmante vu l'augmentation rapide de l'avancement des connaissances (Gray, 2001; Straus, Tetroe, & Graham, 2009b). De plus, les environnements cliniques ne s'avèrent pas tous propices aux changements cliniques proposés dans les articles scientifiques. Cette situation crée donc un intérêt grandissant pour les stratégies de transfert de connaissances visant à atténuer les écarts entre les connaissances scientifiques et la pratique professionnelle. Cette préoccupation est des plus pertinentes puisque l'écart entre la recherche et la réalité clinique est une des évidences les plus documentées de la littérature en santé.

Chaque année, une multitude de décisions en lien avec la prestation des soins et des services sont influencées par les connaissances des professionnels de la santé et des gestionnaires. Chacune de ces décisions a un impact sur la santé des individus et est liée à des coûts pour les systèmes de santé. Sachant que l'implantation rapide des connaissances dans la pratique professionnelle a des bénéfices majeurs sur la santé des patients (Wyer, 2007), la mise en place de processus favorisant le changement s'avère incontournable. Ainsi, le transfert de connaissances entre les professionnels, les gestionnaires et les chercheurs revêt une haute importance, et ce, autant entre les travailleurs expérimentés et les jeunes travailleurs qu'entre ceux travaillant en région métropolitaine et en région éloignée.

L'utilisation des technologies de l'information et des communications (TIC) dans le domaine de la santé représente une stratégie de transfert de connaissances remplie de potentiel. Les TIC ont plusieurs utilités; elles peuvent, entre autres, augmenter l'utilisation

des guides de pratique, améliorer la surveillance de maladies et diminuer les erreurs liées à la médication (Chaudhry et al., 2006). En plus de remplacer les systèmes d'information papier (p. ex. : dossier médical papier), ces technologies se veulent un moyen d'améliorer l'accès et l'échange d'informations. Elles peuvent prendre différentes formes : dossiers électroniques, systèmes de prescriptions électroniques, systèmes d'aide à la décision clinique, etc.

Le Web d'aujourd'hui, nommé Web 2.0, est une autre forme de TIC qui se définit par "*a new generation of the Internet where interaction is important, with more user-generated content that empowers people*" (p. e18, Van De Belt, Engelen, Berben, & Schoonhoven, 2010). Contrairement au Web 1.0 qui permet uniquement de consulter l'information disponible sur Internet, le Web 2.0 rend facilement accessible l'ajout et la modification d'informations (ex. : forum de discussion) (Kamel Boulos & Wheeler, 2007). Ainsi, le Web 2.0 se distingue principalement du Web 1.0 par son aspect interactif qui augmente la proportion de contenu généré par les utilisateurs. Le Web 2.0 facilite donc l'échange d'informations entre les individus indépendamment de leur emplacement géographique et de leur disponibilité. La facilitation de ces échanges a des bénéfices à plusieurs niveaux tel que l'entraide entre les patients (Gustafson et al., 1999), la prestation de soins ou de services en ligne (Bond, Burr, Wolf, & Feldt, 2010), l'éducation d'étudiants (Wetmore, Boyd, Bowen, & Pattillo, 2010) de même que le transfert de connaissances interprofessionnel (Kovic, Lulic et Brumini, 2008; Meenan et coll., 2009).

Bien que près de 80% des professionnels de la santé utilisent Internet ou le Web 1.0 dans le cadre de leur travail (Doney, Barlow, & West, 2005), il reste difficile de connaître le pourcentage de professionnels qui utilisent les applications Web 2.0. Effectivement, il arrive fréquemment que des applications Web 1.0 et Web 2.0 coexistent sur un même site Web. Une étude qualitative menée auprès de 35 médecins récemment gradués (âge moyen : 27 ans) a tout de même démontré que 53% de leurs visites sur Internet étaient sur des applications Web 2.0 (Hughes, Joshi, Lemonde, & Wareham, 2009).

Avec un taux de succès estimé à seulement 28% (Lorenzi, Novak, Weiss, Gadd, & Unertl, 2008), l'adoption et l'exploitation du potentiel des TIC dans les organisations du système de santé demeurent toutefois complexes. Afin de mieux comprendre les risques d'échec et les facteurs de succès, il s'avère pertinent de s'intéresser à la perception des professionnels de la santé parmi toutes ces évolutions et ces changements technologiques. Bien qu'il existe une littérature de plus en plus abondante sur l'adoption des TIC dans le système de santé, peu se sont intéressées spécifiquement au Web 2.0. À notre connaissance, aucune étude n'a traité de la perception du Web 2.0 pour un ensemble de professionnels travaillant en interdisciplinarité.

1.2 Contexte de l'étude

Le sujet à l'étude, c'est-à-dire la perception des professionnels par rapport à l'introduction du Web 2.0 dans leur pratique, peut s'appliquer à différents contextes. Dans la présente étude, ce sujet sera étudié chez des professionnels de la santé travaillant auprès d'une clientèle ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC). Un regroupement professionnel, nommé le Réseau montréalais pour les AVC (RMAVC), s'intéresse plus particulièrement à cette clientèle. Les deux sections suivantes exposent une brève présentation sur l'AVC et le RMAVC.

1.2.1 Accident vasculaire cérébral

Les maladies chroniques (asthme, cancer, cardiopathie, diabète, etc.) représentent un fléau responsable de 60% des décès mondiaux selon l'Organisation mondiale de la Santé (2011). L'AVC est un type de maladie chronique qui consiste en l'apparition soudaine d'un déficit neurologique focal dû à une maladie d'un ou de plusieurs vaisseaux sanguins du cerveau (Fondation des maladies du cœur du Canada, 1999). Au Canada, le taux d'incidence, c'est-à-dire le taux de nouveaux cas d'AVC par année, s'élève à 14,4 pour 10 000 personnes (Johansen, Wielgosz, Nguyen, & Fry, 2006). Ce taux représente plus de 50 000 AVC chaque année au pays, soit un AVC toutes les dix minutes (Fondation des

maladies du cœur du Québec, 2010). Les coûts associés à l'AVC sont actuellement très élevés. L'AVC coûte 3,6 milliards de dollars annuellement à l'économie canadienne en services médicaux, en coûts d'hospitalisation, en perte de salaire et en perte de productivité (Fondation des maladies du cœur du Québec, 2010). En 2004-2005, l'AVC se classait comme étant la deuxième maladie la plus coûteuse en terme de soins aigus hospitaliers (509,4 millions \$) après la crise cardiaque (Canadian Institute of Health Information, 2008). Environ une personne sur cinq (18,8%) ayant subi un AVC décède dans les 30 jours suivant l'admission à l'hôpital (Institut canadien d'information sur la santé, 2006). Les survivants, quant à eux, gardent souvent des séquelles. Selon les données de 2007 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Agence de santé publique du Canada, 2009), 59,5% des personnes ayant déclaré vivre avec les séquelles d'un AVC disaient avoir besoin d'aide pour accomplir leurs activités de la vie quotidienne. Effectivement, toutes sortes de limitations fonctionnelles peuvent résulter d'un AVC, comme des atteintes sensorimotrices (p. ex. : hémiparésie), de la communication (p. ex. : aphasie), de l'affect (p. ex. : dépression), cognitives (p. ex. : trouble de la mémoire) ou perceptuelles (p. ex. : héminégligence). La région de la lésion cérébrale et l'étendue du dommage déterminent en grande partie le profil clinique des personnes atteintes.

Les incapacités causées par un AVC font en sorte que la réadaptation est d'une importance primordiale pour optimiser la reprise des activités quotidiennes. Toutefois, la particularité de chacun des profils cliniques fait en sorte que plusieurs trajectoires de services à travers le système de santé québécois sont possibles. Ces trajectoires peuvent impliquer des établissements des centres de santé et de services sociaux et des centres de réadaptation (Ministère de la santé et des services Sociaux, 2008). Ainsi, les patients ayant subi un AVC peuvent être pris en charge par différents établissements impliquant chacun plusieurs professionnels. Divers acteurs sont donc impliqués dans l'application d'une pratique basée sur les données probantes auprès de la clientèle AVC.

Étant donné l'importance et la complexité des AVC, plusieurs travaux de recherche s'intéressent à sa prévention, son évaluation et ses traitements. En 1999, le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires a été créé afin de promouvoir l'excellence au chapitre de la recherche, susciter un consensus national sur les politiques de l'AVC et maximiser les bienfaits pour la santé et l'économie (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires). Ce réseau a contribué à la réalisation de plusieurs autres projets comme la base de données *Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation* (Teasell, 2011) et StrokEngine (2010). Conjointement avec la Fondation des maladies du cœur du Canada, le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires a créé une Stratégie canadienne de l'AVC. Cette stratégie nationale a comme but de soutenir une approche intégrée de prévention et de soins de l'AVC au Canada. Depuis 2006, cette stratégie s'est concrétisée par la publication de *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* qui est mise à jour tous les deux ans.

Suite à cette initiative nationale, chacune des provinces canadiennes a déterminé leurs priorités et a entrepris une approche spécifique à leur province. Jusqu'à présent, la Stratégie québécoise de l'AVC s'est concrétisée par un rapport de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2011) précisant l'organisation optimale d'un continuum de services en matière d'AVC. Plusieurs projets sont également en cours afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services de santé auprès de cette clientèle. En voici quelques exemples :

- création d'ententes de services formelles afin d'assurer l'interdépendance nécessaire entre toutes les parties impliquées;
- implantation d'un processus d'assurance de qualité et d'amélioration continue de l'offre de service.

1.2.2 Réseau montréalais pour les AVC

Indépendamment des initiatives nationales et provinciales contre les AVC, le RMAVC a été formé en 2006 grâce à des fonds de recherche. Tel que présenté dans

l'article de Poissant et coll. (2010), la quarantaine de membres du RMAVC (cliniciens, gestionnaires et chercheurs) ont comme objectif principal d'améliorer la pratique professionnelle afin de mieux répondre aux besoins des survivants d'un AVC. Ainsi, plus de 15 organisations du système de santé québécois associées à l'Université de Montréal ou à l'Université McGill participent aux activités du RMAVC. Le Réseau est subdivisé en trois communautés de pratique¹: prévention, soins aigus et réadaptation. Jusqu'à présent, les communautés du RMAVC ont réussi à développer et à mettre en œuvre différents projets. Par exemple, une communauté a travaillé au développement d'un outil pour accélérer le transfert des clients en réadaptation fonctionnelle intensive suite à la phase des soins aigus. La communauté « soins aigus » a élaboré des sessions de formation bilingue qui ont été offertes à plus de 120 infirmières. Finalement, en mai 2010, la communauté « réadaptation » a organisé un évènement rassemblant près de 80 professionnels (ergothérapeutes, gestionnaires, infirmières, kinésiothérapeutes, médecins, neuropsychologues, orthophonistes, physiothérapeutes et travailleurs sociaux) pour leur permettre d'échanger sur les meilleures pratiques.

1.3 Organisation du mémoire

En plus de la présente introduction, ce mémoire de maîtrise est composé de sept autres chapitres. La recension des écrits présentée au Chapitre 2 comprend trois sections qui permettent de faire le point sur les connaissances actuelles concernant le sujet à l'étude. Le troisième chapitre spécifie les objectifs de recherche visés. Une vue d'ensemble des aspects liés à la méthodologie utilisée est présentée au Chapitre 4. Le Chapitre 5 consiste en un manuscrit soumis pour publication intitulé : *Understanding clinicians' perspective of a Web 2.0 platform on stroke best practices: A qualitative study*. Le Chapitre 6 de ce mémoire présente des résultats complémentaires à ceux exposés dans l'article soumis. Le Chapitre 7

¹ Le concept de communauté de pratique sera abordé plus en détail dans le chapitre 2.2.3.1 de la recension des écrits.

discute des principaux constats de cette étude, révèle ses limites et présente des recommandations pour favoriser l'implantation d'une plateforme Web 2.0. Le Chapitre 8 conclut le mémoire en présentant une synthèse et en donnant différentes pistes pour des recherches futures.

CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente une synthèse ainsi qu'une critique de la littérature en lien avec le transfert de connaissances et les stratégies de transfert de connaissances en santé. Tout d'abord, un historique des concepts de pratique basée sur les données probantes et de transfert de connaissances dans le domaine de la santé sera présenté. Ensuite, différents modèles conceptuels permettant de statuer sur la complexité du transfert de connaissances seront exposés. Par la suite, l'efficacité de diverses stratégies de transfert de connaissances utilisées traditionnellement dans le domaine de la santé sera abordée. L'insuccès de ses stratégies sera expliqué par la présence de barrières au niveau des connaissances, des individus et des organisations. Enfin, différentes innovations dans le domaine du transfert des connaissances en santé tel que les communautés de pratique et le Web 2.0 seront présentées. Les concepts abordés dans cette synthèse seront le plus possible appliqués aux soins et services offerts à la clientèle ayant subi un AVC.

2.1 Pratique basée sur les données probantes et transfert de connaissances

2.1.1 Historique et définitions

Les premières conceptualisations décrivant le lien entre la recherche et la pratique professionnelle faisaient référence à des processus linéaires, unidirectionnels et passifs (Weiss, 1979). Ces conceptualisations étaient fondées soit sur la volonté des professionnels à résoudre des problèmes, soit sur la volonté des chercheurs à développer des connaissances. Elles étaient toutefois associées à plusieurs présuppositions. Par rapport au transfert initié par la volonté des professionnels, celui-ci suppose que les professionnels ont les habiletés nécessaires pour repérer et critiquer les connaissances pertinentes pour résoudre leurs problèmes. Ensuite, par rapport au transfert entamé par les producteurs de connaissances, elle présume que les chercheurs ont l'intérêt, le temps et les habiletés nécessaires pour communiquer adéquatement leurs résultats de recherche

aux utilisateurs concernés. De plus, il est nécessaire que les utilisateurs potentiels s'intéressent aux résultats de recherche présentés.

Le concept de pratique basée sur les données probantes permet de remédier à quelques-unes de ces présomptions. Depuis son introduction dans les années '90, ce concept attire de plus en plus l'attention. Il s'agit d'un processus fondé sur la résolution de problèmes cliniques qui inclut plusieurs étapes dont l'élaboration d'une question clinique, la recherche de preuves, l'évaluation de la qualité des évidences, l'application des évidences et l'évaluation de la performance de l'application des évidences (Straus, Glasziou, Richardson, & Haynes, 2011). La pratique basée sur les données probantes, aussi nommée la pratique factuelle, a été introduite par un groupe d'épidémiologistes cliniques de l'Université McMaster en Ontario dans le but de maximiser l'efficacité de la pratique médicale (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992). Ainsi, plusieurs définitions de ce concept proviennent du domaine médical. Par exemple, Sackett et coll. (1996) définissent la médecine basée sur les données probantes comme "*the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients*" (p. 71). Selon Rosenberg et Donald (1995), il s'agit d'un "*process of systematically finding, appraising, and using contemporaneous research findings as the basis for clinical decisions*" (p. 1122). La pratique factuelle est maintenant devenue une pratique convoitée dans plusieurs domaines professionnels, dont en réadaptation. De façon générale, elle demande aux professionnels de la santé d'appuyer leurs décisions cliniques sur la synthèse d'informations provenant d'évidences scientifiques, de leur expérience clinique et des préférences du client (Law, 2008).

La pratique factuelle a donc comme prémisse que les cliniciens utilisent explicitement les connaissances provenant de la recherche lors de la prise quotidienne de décisions. Bien que les cliniciens travaillant en réadaptation et dans d'autres champs de pratique en santé reconnaissent l'importance d'une pratique factuelle (Kortteisto, Kaila, Komulainen, Mantyranta, & Rissanen, 2010; Salbach, Jaglal, Korner-Bitensky, Rappolt, & Davis, 2007), son application concrète demeure problématique (Bennett et al., 2003; Institute of Medicine, 2001; Lenfant, 2003). En effet, plusieurs décisions cliniques

demeurent principalement guidées par l'expérience professionnelle et les ressources disponibles (Gray, 2001). Pourtant, les clients, les gouvernements et même les médias exigent de plus en plus que les décisions prises lors des soins et des services soient transparentes et responsables (Gray, 2001).

On peut donc se questionner sur les moyens pouvant faciliter les changements cliniques. D'où l'émergence, dans les années 2000, du concept de transfert de connaissances. Avant de définir plus précisément le transfert de connaissances, il est d'abord important de définir le concept de « connaissances » dans le domaine de la santé. Dépendamment de l'origine des connaissances, différentes définitions peuvent être distinguées. Les connaissances peuvent être issues de la recherche, de savoirs tacites (ou implicites, sous-entendus), de données administratives ou autres. Dans ce mémoire, une attention plus particulièrement sera accordée aux connaissances issues de la recherche et celles issues de savoirs tacites. Ces deux types de connaissances sont définis dans les trois paragraphes suivants.

En recherche, les termes « données probantes » et « évidences » sont fréquemment utilisés pour parler de connaissances issues de la recherche. Le niveau de validité des évidences est souvent déterminé par des classifications hiérarchisées (Evans, 2003). Traditionnellement, la classification de la validité des évidences s'appuie sur la méthodologie de recherche employée et est divisée en quatre (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008) ou cinq niveaux (Centre for Evidence-based Medicine, 2009). Selon cette classification, les résultats d'essais cliniques randomisés auraient le niveau d'évidence le plus élevé tandis que ceux provenant d'études descriptives ou d'opinions d'experts seraient les évidences les moins reconnues (Guyatt et al., 1995). Cependant, plusieurs auteurs critiquent ce type de classification (Concato, 2004; McKee et al., 1999). Dans une revue de la littérature, Glasgow et Emmons (2007) vont au-delà des cinq niveaux d'évidences en présentant les forces et les faiblesses de plus de 15 différents types d'évidences.

Bien que le consensus d'experts soit considéré comme le niveau d'évidence le plus bas, il représente parfois la totalité de ce qui est actuellement disponible dans certains domaines. Ces consensus font principalement référence à des connaissances

tacites. Des connaissances tacites réfèrent aux connaissances de professionnels, de gestionnaires ou de chercheurs qui ont cumulé un solide bagage d'expériences pratiques. Selon Nonaka, Reinmoeller et Senno (2000), une connaissance tacite dépend des expériences d'un individu et est difficile à verbaliser contrairement à une connaissance explicite qui peut être exprimée en mots et partagée facilement.

Bierly, Kesslet et Christensen (2000) proposent un modèle (voir Figure 1, p. 12) combinant les connaissances issues de la recherche et celles issues de savoirs tacites. Ce modèle explique la relation entre une donnée, une information et une connaissance. Tout d'abord, une donnée réfère à un fait brut. La compréhension des relations entre plusieurs données constitue une information. Une connaissance, quant à elle, réfère à l'analyse et à la synthèse d'informations. Dans leur modèle, les auteurs ne mentionnent pas spécifiquement les origines possibles des données. Il peut donc s'agir autant de données provenant de la recherche que de l'expérience du patient ou de l'expérience clinique. Ils mentionnent toutefois que le concept de connaissance implique autant des connaissances tacites que des connaissances explicites. Le modèle de Bierly, Kesslet et Christensen va également au-delà du concept de connaissance en expliquant qu'une personne qui arrive à faire le meilleur usage possible des connaissances devient en quelque sorte un « sage ». D'après ce modèle, la sagesse reflète alors un ensemble de connaissances, de compétences et d'expériences.

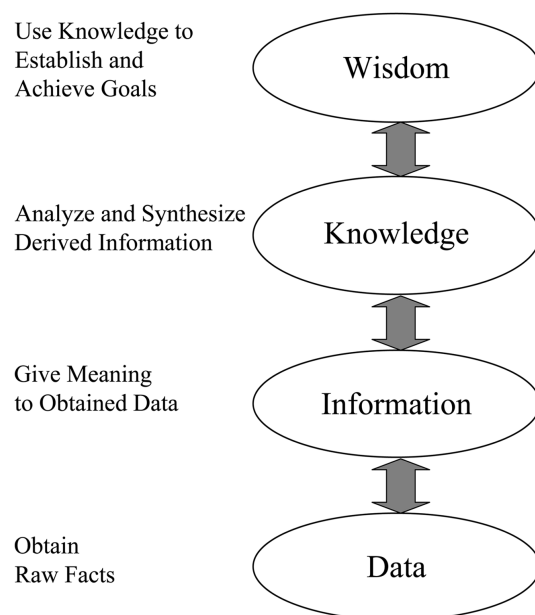


Figure 1: Data, information, knowledge and wisdom framework (Bierly et al., 2000)

Maintenant que le concept de « connaissance » a été abordé, il importe de revenir au concept de « transfert de connaissances ». Dans une étude récente, McKibbin et coll. (2010) ont retracé plus de 100 termes équivalents ou liés de près au transfert de connaissances. En effet, plusieurs expressions sont utilisées de façon interchangeable avec la notion de transfert de connaissances comme le développement professionnel continu, la formation continue, la recherche translationnelle et l'utilisation de la recherche. Selon plusieurs auteurs (Davis et al., 2003; Tetroe, 2007), ces termes seraient des sous-catégories du transfert de connaissances puisque le transfert des connaissances ferait référence à un concept plus holistique.

La présence de plusieurs termes a entraîné l'élaboration de nombreuses définitions liées au transfert de connaissances. En 2000, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont été des leaders dans la conceptualisation du transfert de connaissances. Trois définitions ont donc été retenues; celle des IRSC et deux autres élaborées subséquemment.

Les Instituts de recherche en santé du Canada (2009) définissent le transfert de connaissances comme un processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application conforme à l'éthique des connaissances dans le but d'améliorer la santé des Canadiens, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2005) s'est inspirée de la définition des IRSC. Elle définit le transfert de connaissances comme : *“the synthesis, exchange and application of knowledge by relevant stakeholders to accelerate the benefits of global and local innovation in strengthening health systems and improving people’s health”* (p. 2). Enfin, le *“National Center for the Dissemination of Disability Research”* (NCDDR) (2005) définit le transfert de connaissances ainsi:

“the collaborative and systematic review, assessment, identification, aggregation, and practical application of high-quality disability and rehabilitation research by key stakeholders (i.e., consumers, researchers, practitioners, and policymakers) for the purpose of improving the lives of individuals with disabilities” (p. 4).

Ces trois définitions ont des ressemblances, de même que leurs spécificités. Elles soulignent le caractère processuel du transfert de connaissances, l'importance de la transformation des connaissances de manière à les rendre utilisables de même que l'importance de l'application des connaissances afin d'améliorer la santé des individus. La définition des IRSC souligne la pertinence d'une réflexion concernant le choix des connaissances à transmettre et le choix de l'auditoire à cibler en précisant que le transfert de connaissances implique la synthèse et l'application conforme à l'éthique des connaissances. Les définitions de l'OMS et du NCDDR abordent l'auditoire un peu plus explicitement en mentionnant le terme *“stakeholders”*. Ce terme réfère à des partenaires qui sont investis et non passifs dans le processus de transfert de connaissances.

En résumé, le transfert de connaissances implique un échange bidirectionnel entre la recherche et la clinique. À ce sujet, les organismes subventionnaires demandent de plus en plus aux chercheurs d'inclure des stratégies de transfert de connaissances dans leurs demandes de fonds afin de favoriser la dissémination de l'information non seulement à la fin de leurs travaux, mais tout au long de ceux-ci (Tetroe, 2007). Un sondage récent

portant sur la promotion du transfert de connaissances dans 33 organismes de financement de recherche en santé en Europe, en Amérique du Nord et en Australie a révélé que presque tous les organismes rapportent une augmentation de leur implication dans ce domaine (Tetroe et al., 2008).

2.1.2 Modèles conceptuels

Il existe une quantité impressionnante de modèles et de théories par rapport au transfert de connaissances. Évidemment, la compréhension de ce concept varie selon les professions puisque le vocabulaire, l'enseignement et les méthodes de recherche diffèrent. Un livre entier (Lemieux-Charles & Champagne, 2004) est consacré à la description des multiples perspectives dans ce domaine. La recension des écrits de Graham et Tetroe (2007) rapporte 31 modèles présents dans la littérature des sciences sociales, de l'éducation, de la gestion et de la santé. La revue systématique de Mitton et coll. (2007) a identifié 48 études ou rapports en lien avec le transfert et l'échange de connaissances en santé publique. Enfin, les travaux de Ward, House et Hamer (2009) ont identifié 28 différents modèles qui expliquent en partie ou en totalité le processus de transfert de connaissances. De ce lot, deux modèles ressortent plus fréquemment dans la littérature : celui de diffusion des innovations de Rogers (1962) (voir Figure 2, p. 15) et le modèle « Des connaissances à la pratique » de Graham et coll. (2006) (voir Figure 3, p. 15). Par rapport à ces deux modèles, il est tout d'abord intéressant de s'attarder à la méthode utilisée pour les développer. Rogers (1962) a développé son modèle à partir de la synthèse de plus de 500 études tandis que le modèle de Graham et coll. s'appuie sur la recension de 31 théories (Graham & Tetroe, 2007). Le construit des concepts présentés varie d'un modèle à l'autre. Le modèle de Rogers met l'emphase sur le processus décisionnel individuel qui conduit à l'adoption d'une innovation. Selon Rogers, il y a cinq étapes à ce processus: la connaissance, la persuasion, la décision, l'implantation et la confirmation. Le modèle de Graham et coll. est assez général, il divise le transfert de connaissances en deux éléments : la création des connaissances et l'application des connaissances. Plusieurs autres efforts récents de conceptualisation du transfert des

connaissances ont été également retrouvés dans la littérature (Baumbusch et al., 2008; Best et al., 2009; Lapaige, 2010; Metzler & Metz, 2010; Satterfield et al., 2009).

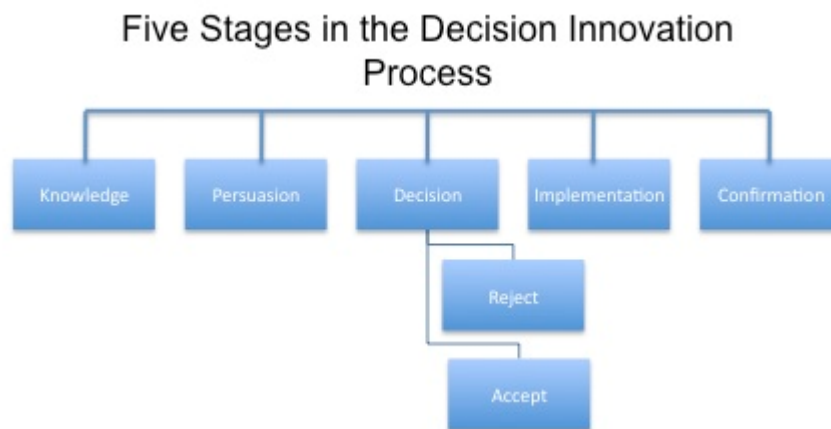


Figure 2 : Modèle de Rogers (1962)

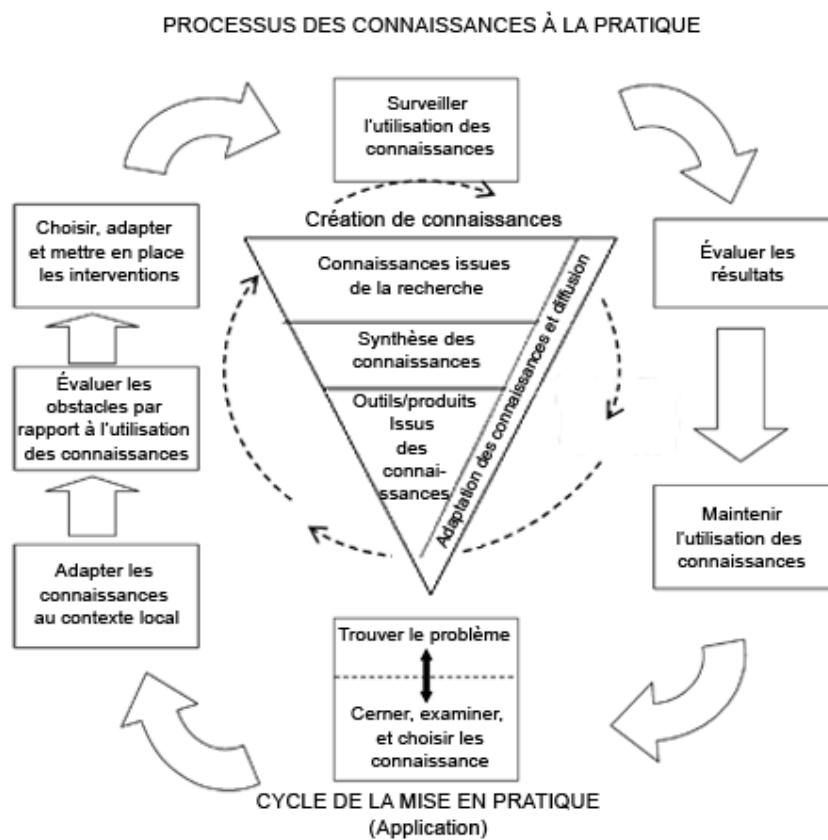


Figure 3 : Modèle de Graham et coll. (Graham et al., 2006)

2.1.3 Pratique basée sur les données probantes et AVC

Depuis cet engouement pour la pratique factuelle et le transfert de connaissances, plusieurs études ont été publiées par rapport à l'application des données probantes dans la pratique clinique auprès de la clientèle AVC au Canada.

Cinq articles avec un devis observationnel transversal (Dumoulin, Korner-Bitensky, & Tannenbaum, 2007; Korner-Bitensky, Barrett-Bernstein, Bibas, & Poulin, 2011; Korner-Bitensky, Desrosiers, & Rochette, 2008; Menon-Nair, Korner-Bitensky, & Ogourtsova, 2007; Rochette, Korner-Bitensky, & Desrosiers, 2007) ont été publiés grâce à un sondage téléphonique réalisé dans les dix provinces canadiennes entre 2004 et 2005 auprès d'un échantillon élevé de professionnels travaillant en réadaptation dans le continuum de services AVC. Ce questionnaire a permis de sonder 1755 professionnels (663 ergothérapeutes, 656 physiothérapeutes et 436 orthophonistes). Ce sondage téléphonique était organisé en vignettes. Les professionnels devaient d'abord identifier les problèmes présentés dans la vignette pour ensuite expliquer quels outils et quelles interventions ils utiliseraient typiquement pour aborder ces problèmes. Chacun des articles résume respectivement l'application des connaissances en lien avec l'incontinence urinaire, la réadaptation cognitive, la participation sociale, l'héminégligence et les interventions axées sur la famille et les proches.

D'après les résultats de Dumoulin et coll. (2007), moins de 20% des ergothérapeutes et de 15% des physiothérapeutes utilisent les outils de mesures recommandés pour évaluer l'incontinence urinaire suite à un AVC et seulement 2% des ergothérapeutes et 3% des physiothérapeutes appliquent les interventions recommandées. Ensuite, selon l'étude de Rochette et coll. (2007), un très faible taux de professionnels utilisent des outils standardisés (0,01%) et environ le tiers (34%) des professionnels utilisent des interventions liées à la famille et aux proches des patients contrairement aux recommandations faites par plusieurs regroupements internationaux. Dans ces deux études, l'exclusion de professionnels, tels que les médecins, les infirmières et les travailleurs sociaux, sont toutefois des limites importantes aux résultats présentés puisqu'il s'agit de professionnels couramment responsables de certains des aspects de la pratique étudiés.

Les trois autres études retenues se sont intéressées plus particulièrement à la pratique des ergothérapeutes. Des travaux en lien avec l'héminégligence (Menon-Nair et al., 2007) démontrent que seulement 27% (67/253) des ergothérapeutes travaillant en réadaptation fonctionnelle utilisent des outils standardisés pour évaluer cette condition. Selon cette même étude, seuls 16% des ergothérapeutes utilisent les meilleures interventions selon les recherches actuellement disponibles. La deuxième étude, réalisée par Korner-Bitensky et coll. (2008), montre qu'aucun outil standardisé spécifique à la participation sociale n'est utilisé chez les ergothérapeutes participants. Cette étude rapporte également que plus du tiers des ergothérapeutes sondés (36,5%) font des interventions centrées sur la participation sociale tandis que les effets de telles interventions sont ambigus d'après les évidences scientifiques. Dans la troisième étude (Korner-Bitensky et al., 2011), les auteurs indiquent que 33,8% des ergothérapeutes travaillant à travers le continuum de services utilisent les meilleurs outils standardisés pour l'évaluation cognitive tandis que 71,3% utilisent des interventions cognitives.

Ces cinq articles prouvent que beaucoup d'efforts de transfert de connaissances restent à faire auprès des professionnels de la réadaptation travaillant auprès de la clientèle AVC. Dépendamment des aspects de la pratique étudiés, la proportion d'outils d'évaluations et d'interventions basées sur des données probantes varie grandement.

D'un point de vue plus médical, le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires (2011) a récemment publié un rapport identifiant les écarts entre les meilleures pratiques et les pratiques actuelles au Canada. Cette étude a eu lieu dans 295 hôpitaux de courte durée situés dans les dix provinces canadiennes par une cueillette de données aux dossiers des patients admis en raison d'un AVC. Selon ce rapport, la qualité des services offerts à l'échelle du Canada est variable. Ce rapport souligne, entre autres, que seulement 50% des patients sont dépistés pour des problèmes de déglutition et que moins de 40% des patients victimes d'un AVC modéré ou grave sont transférés dans un établissement de réadaptation. Enfin, selon l'analyse économique de ce rapport, des améliorations au niveau de la prévention secondaire, de l'accès à des traitements thrombolitiques, de l'accès à des soins dans une unité d'AVC et une diminution des délais avant le congé permettraient d'économiser des coûts de plus de 35 milliards de

dollars de 2010 à 2031. La prochaine section de cette recension traitera donc des stratégies de transfert de connaissances qui pourraient, en partie ou en totalité, régler les différents écarts mentionnés précédemment.

2.2 Stratégies de transfert de connaissances

Plusieurs stratégies de transfert de connaissances sont présentées dans la littérature. Afin de catégoriser ces stratégies, différentes taxonomies existent. Lomas (1993) propose une taxonomie à trois niveaux variant selon le niveau de rapprochement entre le producteur et l'utilisateur de connaissances. Le premier niveau, la diffusion, réfère à une stratégie passive, non planifiée et non contrôlée. Pour que ce type de stratégie soit optimal, il est nécessaire que les utilisateurs potentiels soient motivés à chercher l'information, les implications comportementales liées aux informations doivent être claires et les informations doivent être le plus succinctes possible. Le deuxième niveau, la dissémination, est une stratégie plus active. Il implique la personnalisation des connaissances au public cible. Enfin, l'implémentation qui est le troisième niveau de Lomas a une visée communicationnelle qui va au-delà de la simple sensibilisation. Elle nécessite l'identification et l'évitement ou l'élimination des barrières à l'utilisation des connaissances.

Dans la catégorisation de Lomas, l'initiative de transfert de connaissances ressort comme étant la responsabilité des chercheurs. Toutefois, comme le propose Lavis (2006), cette initiative peut aussi être entreprise par les professionnels de la santé ou les gestionnaires. Selon Lavis, le transfert de connaissances peut se faire en poussant (*push*), en tirant ou en échangeant (*exchange*) les connaissances. Le principe de pousser les connaissances s'applique lorsque les efforts sont déployés par les chercheurs pour que les utilisateurs potentiels prennent conscience des résultats de leurs travaux. Les connaissances sont tirées lorsque les utilisateurs potentiels souhaitent appliquer les données de la recherche. Pour finir, l'échange de connaissances réfère à un effort des partenariats entre les chercheurs et les professionnels de la santé ou les gestionnaires afin de poser des questions ou de répondre à des questionnements cliniques. Dans le présent

mémoire, les stratégies de transfert de connaissances seront plutôt présentées selon leur aspect traditionnel ou novateur afin d'avoir un portrait de l'évolution de celles-ci.

2.2.1 Stratégies traditionnelles de transfert de connaissances

Une des stratégies de transfert de connaissances qu'on pourrait qualifier de traditionnelle est sans contredit le matériel éducatif papier. Ce matériel peut prendre différentes formes : livre, article scientifique, affiche, etc. Avec l'avancement continu des connaissances, les guides de pratique représentent un type de matériel éducatif papier de plus en plus répandu. En effet, le développement et la dissémination de guides de pratique pour améliorer la qualité des soins sont fréquemment utilisés internationalement (Eccles, Mason, & Freemantle, 2000). Ces guides regroupent des “*systematically developed statements to assist practitioner and patients decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances*” (p. 27, Institute of Medicine. Committee on Clinical Practice Guidelines, 1992). Ils représentent souvent un consensus élaboré à partir des connaissances scientifiques, des expériences et des jugements cliniques (Institut national de santé publique du Québec, 2009). Ces consensus sont la grande majorité du temps obtenus grâce à la collaboration de plusieurs professionnels de la santé. Cette interdisciplinarité fait également partie intégrante de la réalité clinique des professionnels. En effet, vu la complexité de l'AVC, le travail d'une équipe interdisciplinaire est bénéfique pour les patients.

Revenons maintenant aux guides de pratique clinique et plus spécifiquement à ceux élaborés pour la clientèle AVC. Selon une publication du sous-comité *Stroke Guideline* du *World Stroke Organization*, il existe 61 guides de pratique à travers le monde liés à l'AVC (World Stroke Organization - Stroke Guideline Sub-Committee, 2009). Par exemple, en Europe, les dernières recommandations de l'*European Stroke Organisation* datent de janvier 2009 (European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee, 2009) et celles du Royaume-Uni datent de juillet 2008 (Intercollegiate Stroke Working Party, 2008). Aux États-Unis, l'*American Heart Association/American Stroke Association* ont entrepris plusieurs actions au cours des dix dernières années pour mieux prévenir et traiter les AVC. Cette association a

financé des projets de recherche, créé un nouveau journal spécifique à l'AVC et développé plusieurs guides de pratiques (Schwamm et al., 2010).

Tel que mentionné plus tôt, un guide de pratique clinique canadien est disponible depuis 2006 grâce à l'arrimage des efforts du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires et de la Fondation des maladies du cœur du Canada. Des mises à jour de ce guide sont réalisées tous les deux ans. Ce guide se nomme *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* et est disponible en ligne au <http://www.strokebestpractices.ca/?lang=fr>. La dernière version de ce guide de pratique (Stratégie canadienne de l'AVC, 2010) comprend 35 recommandations organisées en sept sections :

- 1- Sensibilisation du public
- 2- Prévention de l'AVC
- 3- Prise en charge de l'AVC en phase hyperaiguë
- 4- Prise en charge de l'AVC en phase aiguë
- 5- Réadaptation post-AVC
- 6- Prise en charge des transitions dans les soins de l'AVC
- 7- Sujets à l'échelle du continuum de la prise en charge de l'AVC

Ces recommandations sont basées sur les données les plus actuelles issues de la recherche sur l'AVC et sur l'opinion d'experts. Comme point de départ, les auteurs des recommandations se sont basés sur les résultats du *Canadian Stroke Quality of Care Study* qui se penchait sur les soins aigus, la télé-AVC et la prévention secondaire de même que sur les résultats du projet SCORE qui s'attardait plus spécifiquement à la réadaptation ("SCORE (Stroke Canada Optimization of Rehabilitation through Evidence) evidence-based recommendations for the upper and lower extremities and risk assessment post-stroke," 2007). Autour de ces recommandations, diverses ressources sont périodiquement mises à jour dont un guide destiné au patient, un guide pour la mise en

œuvre des soins en unité d'AVC et différents sites Web résumant les meilleures pratiques (<http://strokengine.ca/> et <http://www.ebrsr.com/>).

La mise en place de ces ressources représente des initiatives importantes puisque, comme le soulignent deux revues systématiques de Grimshaw (Grimshaw et al., 2001; Grimshaw et al., 2004) (une faisant la synthèse de 41 revues systématiques publiées entre 1966 et 1998 et l'autre faisant la synthèse de 235 études), les approches passives (p. ex. : envoyer par la poste du matériel éducatif aux cliniciens ciblés) sont généralement inefficaces. Selon Grimshaw, la plupart des autres stratégies sont efficaces dans certaines circonstances, mais aucune n'est efficace en toutes circonstances. De plus, aucune stratégie de transfert de connaissances ne ressort comme étant la solution parfaite. Enfin, cette synthèse démontre que les interventions multiples sont plus susceptibles d'être efficaces que des interventions ponctuelles.

Bien que les guides de pratique visent l'amélioration de la qualité des soins et services offerts, plusieurs facteurs influencent l'intention d'utilisation de ces guides par les professionnels de la santé. Selon un rapport publié en 2003 (Grol & Grimshaw), une meilleure appropriation des guides de pratique médicale est observée avec des guides de pratique :

- s'adressant aux soins aigus (contrairement aux guides de pratique s'adressant aux soins chroniques);
- ayant des évidences de meilleure qualité;
- étant compatible avec les valeurs actuelles;
- adressant des prises de décision moins complexes;
- incluant une description concrète de la performance désirée;
- nécessitant moins de nouvelles compétences et de changements organisationnels.

Selon une étude finlandaise (Kortteisto et al., 2010) réalisée auprès de 806 professionnels (135 médecins, 552 infirmières et 112 autres professionnels), le facteur déterminant qui influence l'intention d'utilisation chez les infirmières et les autres professionnels diffère de celui des médecins. Le facteur qui influence le plus l'intention d'utilisation chez les médecins est la perception de contrôle sur leur comportement, c'est-

à-dire les croyances liées à la capacité de réaliser le comportement recommandé. Chez les infirmières et les autres professionnels, il s'agit plutôt de la norme subjective, soit l'influence des pairs en lien avec le comportement.

Les études s'intéressant à l'efficacité des stratégies de transfert de connaissances en réadaptation restent rares. La revue systématique de Menon et coll. (2009) a identifié 12 études publiées entre 1997 et 2008 portant sur les stratégies de transfert de connaissances visant à modifier les connaissances des ergothérapeutes et des physiothérapeutes, leurs attitudes et leurs pratiques. De ces 12 études, quatre étaient des essais cliniques randomisés, cinq des études pré-post et trois des études de cas. La synthèse de ces études démontre que la participation active dans des stratégies multiples de transfert de connaissances a un impact positif sur la perception des physiothérapeutes par rapport à leurs connaissances et à leur pratique. Ces gains ne se traduisent toutefois pas par des changements d'attitude envers les meilleures pratiques. Aucune étude examinant l'utilisation de stratégies multiples auprès des ergothérapeutes n'a été identifiée. Des évidences limitées suggèrent néanmoins qu'une seule stratégie active (p. ex. : séances interactives d'enseignement, apprentissage par problème, réseautage) de transfert de connaissances peut améliorer les connaissances, l'attitude et la pratique de ce groupe professionnel.

Outre le matériel éducatif papier, il y a plusieurs autres types de stratégies de transfert de connaissances qu'on pourrait qualifier de traditionnelles comme les séances de formation continue et l'audit / rétroaction. Les séances de formation continue sont quant à elles très répandues. Selon une revue de littérature publiée en 2009 (Forsetlund et al.), ces séances seraient plus efficaces lorsqu'elles combinent une approche magistrale et interactive. Cependant, à elles seules, ces séances seraient inefficaces pour changer des comportements complexes (Forsetlund et al., 2009; Mansouri & Lockyer, 2007).

Concernant l'audit / rétroaction, il s'agit d'un résumé des performances cliniques sur une période de temps déterminée transmis sous forme écrite, électronique ou verbale. Dans une revue de la littérature rapportant des effets objectifs de cette stratégie sur la pratique clinique (Jamtvedt, Young, Kristoffersen, O'Brien, & Oxman, 2010), 118 essais

cliniques randomisés dont la majorité réalisée auprès de médecins ont été identifiés. Selon les résultats observés, l'audit / rétroaction peut être efficace pour améliorer la pratique professionnelle, toutefois les effets tendent à être petits ou modérés.

En résumé, plusieurs lacunes persistent dans les stratégies de transfert de connaissances utilisées traditionnellement. Maintenant, les différentes barrières influençant l'utilisation des connaissances dans la pratique clinique seront abordées.

2.2.2 Barrières et facilitants

Bien que datant de plus de dix ans, une revue systématique de la littérature (Cabana et al., 1999) rapporte plus de 290 barrières à l'adhérence des médecins aux guides de pratique. Une portion de ces barrières est sans doute généralisable à d'autres professionnels de la santé. La grande majorité des études révisées dans l'article de Cabana et coll. était des sondages (71/76) et les quelques autres restantes (5/76) étaient des études qualitatives. Les principales barrières soulevées dans cette revue de la littérature sont liées aux utilisateurs de connaissances. En s'intéressant au reste de la littérature scientifique, il a été observé que les barrières liées au transfert de connaissances peuvent s'adresser, en plus d'être liées aux utilisateurs des connaissances, aux connaissances elles-mêmes et à l'environnement où les connaissances sont implantées (Logan & Graham, 1998). Ces sections suivantes vont donc abordées les différents facilitants et barrières au transfert de connaissances en respectant cette catégorisation.

2.2.2.1 Liées aux connaissances

Une première barrière au transfert de connaissances est l'accès aux connaissances (Gray, 2001; Grol & Wensing, 2004; Institut national de santé publique du Québec, 2009). Avec l'expansion continue d'Internet, cette barrière tend de plus en plus à s'estomper. La problématique est maintenant plus au niveau de la gestion du volume élevé de connaissances produites (Gray, 2001; Straus et al., 2009b) d'où l'importance de publier des revues systématiques de la littérature et des guides de pratique résumant et critiquant les connaissances disponibles jusqu'à présent. Toutefois, il est essentiel de

s'assurer que les connaissances transmises dans ces articles ou ces guides soient pertinentes, de qualité et applicables dans la pratique clinique (Institut national de santé publique du Québec, 2009).

2.2.2.2 Liées aux utilisateurs de connaissances

Une autre barrière fréquemment mentionnée dans la littérature en lien avec l'application des connaissances est le manque de temps des professionnels de la santé (Gray, 2001; Iles & Davidson, 2006; Jette et al., 2003; Straus et al., 2009b). On peut donc se questionner sur les causes de ce manque de temps : le volume élevé de patients, le nombre élevé d'heures de rédaction, le nombre élevé de réunions et de comités, le peu de reconnaissance de l'employeur au temps accordé à ce genre d'activités... Il demeure difficile d'identifier les raisons de ce manque de temps et par conséquent, de discerner les solutions à cette situation.

En plus de manquer de temps, les professionnels de la santé éprouvent de la difficulté à évaluer les faits scientifiques (Gray, 2001; Iles & Davidson, 2006; Institut national de santé publique du Québec, 2009; Jette et al., 2003; Straus et al., 2009b). En effet, certaines compétences sont nécessaires pour comprendre, critiquer et appliquer les évidences scientifiques. Des séances de formations et des modifications au niveau de l'enseignement offerts aux futurs professionnels sont des pistes de solution. Le langage utilisé lors du transfert des connaissances est également possiblement en cause.

L'attitude des professionnels, leur niveau de motivation et l'opinion de leurs pairs face aux changements sont d'autres éléments influençant l'application d'une pratique basée sur les données probantes (Grol & Grimshaw, 2003; Grol & Wensing, 2004; Institut national de santé publique du Québec, 2009).

En ce qui a trait aux études réalisées auprès de différents professionnels de la réadaptation travaillant auprès de la clientèle AVC, deux études s'intéressant spécifiquement aux barrières d'une pratique basée sur les données probantes ont été identifiées (Pollock, Legg, Langhorne, & Sellars, 2000; Salbach et al., 2007). Ces deux études ont été réalisées grâce à des questionnaires. L'étude de Pollock et coll. (2000) s'est adressée à l'ensemble des membres d'une équipe interdisciplinaire (physiothérapeutes,

ergothérapeutes, infirmières, orthophonistes et médecins). La taille de l'échantillon étudié était beaucoup moins élevée (n=86) que l'article de Salbach et coll. (n=270). Tout comme mentionné précédemment, ces deux études rapportent également que deux des barrières les plus importantes à l'application des meilleures pratiques sont le manque de temps des professionnels et leur manque d'habiletés à comprendre les données d'un article scientifique. L'étude de Pollock et coll. souligne 18 autres barrières dont plus particulièrement les difficultés liées à l'implantation des résultats de la recherche (p. ex. : clarté des informations en lien avec les interventions faites dans les études et la durée des interventions). Enfin, l'étude de Salbach et coll. identifie sept autres barrières, dont le manque de généralisation des résultats de recherche aux patients traités en clinique.

Au lieu de déterminer la quantité de barrières et l'ampleur de ces barrières sur l'application d'une pratique factuelle, une étude de Korner-Bitensky et coll. (2007) a plutôt cherché à établir un lien entre le style de pratique des professionnels travaillant avec la clientèle AVC (chercheur, réceptif, traditionaliste ou pragmatique) et leur application d'une pratique factuelle. Dans cette étude, 663 ergothérapeutes et 656 physiothérapeutes ont été sondés. Bien que les résultats ne soient pas statistiquement significatifs, les professionnels ayant un style de pratique de type « chercheur » utilisaient plus fréquemment des outils recommandés par des données probantes.

2.2.2.3 Liées à l'environnement

L'environnement où s'effectue le transfert de connaissances peut également constituer une barrière autant au niveau organisationnel, de par l'organisation des processus et des ressources, qu'à un niveau politique et économique (Grol & Wensing, 2004). En effet, une organisation inadéquate des processus de soins et de services ainsi qu'une culture organisationnelle non orientée vers la collaboration et qui n'encourage pas la recherche, l'innovation et l'amélioration continue des soins et des services offerts constituent des barrières aux changements (Grol & Grimshaw, 2003; Institut national de santé publique du Québec, 2009). Bien que la mise à jour des connaissances et l'application d'une pratique basée sur les données probantes fassent partie des responsabilités professionnelles qui, en théorie, ne nécessite aucun effort organisationnel,

une certaine implication de la part des organisations ressort comme étant indispensable (Denis, Hebert, Langley, Lozeau, & Trottier, 2002). À cet effet, un leadership et un encadrement de la part des autorités organisationnelles afin d’implanter le changement sont souhaitables.

Comme le souligne un article récent (Pare, Sicotte, Poba-Nzaou, & Balouzakis, 2011), il est d’abord important d’adresser explicitement la perception des professionnels avant d’introduire un changement dans une organisation. Selon ces auteurs, la perception des professionnels est influencée par les caractéristiques du changement à introduire, le degré de soutien offert par l’organisation, le contexte organisationnel et les personnes ciblées par le changement.

2.2.3 Stratégies novatrices de transfert de connaissances

Force est de constater que la transmission des « bonnes » connaissances, dans le « bon » format, aux « bonnes » personnes ainsi qu’au « bon » moment représente un réel défi, d’où l’importance d’innover dans ce domaine. L’utilisation de stratégies de transfert de connaissances traditionnelles fait en sorte que l’arrimage entre le type de connaissances à transmettre et l’auditoire ciblé est parfois sous-optimal. En effet, les stratégies de transfert de connaissances doivent pouvoir s’adapter à l’audience visée (ex.: chercheurs, cliniciens, décideurs ou grand public) et au type de connaissances (Davis et al., 2003). Différentes stratégies novatrices de transfert de connaissances, adressant ces enjeux auprès des professionnels travaillant avec la clientèle AVC, seront donc abordées.

2.2.3.1 Communautés de pratique

2.2.3.1.1 Définition

Les communautés de pratique font partie intégrante du domaine des affaires depuis plus de 20 ans, cependant leur intégration dans le domaine de la santé reste limitée (Li et al., 2009). Employé pour la première fois par Lave et Wenger (1991), le terme « communauté de pratique » désignait un ensemble de relations entre des personnes et des activités à travers le temps et en relation avec d’autres communautés de pratique qui les chevauchent. Depuis cette première utilisation, le concept a évolué. Il s’appuie

maintenant sur trois caractéristiques clés développées par Wenger soit un engagement mutuel, un projet commun et un répertoire partagé de ressources (Wenger, 1998). Tout d'abord, l'engagement mutuel est défini comme étant le résultat de l'engagement d'individus dans des actions dont le sens est négocié les uns avec les autres. Cet engagement suppose une relation d'entraide entre les participants. Ensuite, le projet commun reflète la complexité de la dynamique de l'engagement mutuel. Ce projet ne se limite pas à la définition d'objectifs, mais recouvre davantage les actions collectives à effectuer. Enfin, le répertoire partagé de ressources d'une communauté de pratique inclut des outils, des façons de faire, des actions ou des concepts que la communauté a produit ou adopté et qui sont devenus partie intégrale de la pratique. Une fois ces trois caractéristiques rassemblées, une communauté de pratique met en place des assises solides pour une pratique factuelle (Barwick, Peters, & Boydell, 2009; Poissant, 2008).

Différents types de communauté de pratique existent : informelle, formelle et hybride (Poissant, 2006). Certaines communautés de pratique émergent de façon spontanée sans contribution de la part de l'organisation, elles sont donc nommées « informelles ». D'autres sont intentionnellement créées. Pour ce qui est des communautés dites « hybrides », le mandat de la communauté est élaboré conjointement par les participants et l'organisation. Dans ce type de communauté, les membres peuvent être soit sélectionnés ou recrutés de façon volontaire.

Il est aussi important de distinguer une communauté de pratique d'un groupe d'intérêt ou d'une équipe pour un projet (Brault, 2001). Les objectifs de chacun de ces groupements diffèrent. Les membres d'une équipe d'un projet visent essentiellement la réalisation d'un objectif prédéfini ayant souvent une durée limitée. À l'opposé, les membres d'un groupe d'intérêt se rassemblent plutôt afin d'être informés. Enfin, les membres d'une communauté de pratique sont unis par des intérêts communs et la volonté de s'impliquer dans des projets. Par contre, ils ont rarement un plan de travail défini. Par conséquent, un groupe d'intérêt ainsi qu'une communauté de pratique ont des structures plus ou moins établies contrairement à une équipe responsable d'un projet.

2.2.3.1.2 Bénéfices

Parmi toutes ces sortes de regroupements, on peut se questionner sur la pertinence distinctive d'une communauté de pratique pour un groupe d'individus ou une organisation. Un sondage fait auprès de 413 membres de 13 communautés de pratique de différentes compagnies privées comme Siemens, Johnson & Johnson et Bristol-Myers Squibb a permis d'explorer différents bénéfices individuels et organisationnels d'une communauté de pratique (Fontaine & Millen, 2004). Selon les résultats recueillis, presque tous les membres des communautés de pratique étaient d'accord à l'effet que la communauté a facilité l'échange des connaissances, des expertises et des ressources. Plus de 70% des répondants ont aussi rapporté une augmentation de la collaboration. Au niveau des bénéfices organisationnels, 57% des répondants ont affirmé que la communauté de pratique a augmenté leur efficacité entraînant une réduction potentielle des dépenses.

L'application d'une pratique réflexive chez les professionnels de la santé est un autre atout d'une communauté de pratique. Les membres de la communauté ont l'occasion d'appliquer une pratique réflexive en détectant et en corrigeant certaines problématiques. Selon les travaux de Argyris et Schön (1978), il existe deux types de pratique réflexive : une réactive à l'apparition d'un problème et l'autre plutôt proactive ou préventive. Une communauté constitue donc une opportunité idéale pour mettre en commun des outils remédiant aux problématiques ciblées. Cette mise en commun évite de réinventer des procédures déjà existantes, permet de réduire la duplication des efforts, met à profit l'expertise complémentaire de chacun et bonifie les façons de faire (Houtekier, 2010). Grâce aux communautés de pratique, l'expertise peut être partagée de façon interdisciplinaire et/ou interétablissements puisque, comme le rapporte une revue systématique de la littérature (Ranmuthugala et al., 2011), la majorité (25 sur 31) des communautés de pratique impliquent plus d'une profession ou d'une organisation. Par surcroît, la mise en commun des efforts favorise la transformation de connaissances tacites en connaissances explicites, la co-construction d'une intelligence collective, la créativité et l'innovation. Ainsi, les communautés de pratique répondent plus

efficacement à la complexité des problématiques présentes dans le système de la santé. Finalement, les changements de pratique effectués sont possiblement plus durables puisqu'ils ne sont pas imposés par l'organisation.

2.2.3.1.3 Opérationnalisation

L'opérationnalisation d'une communauté de pratique demande toutefois certains efforts de la part des membres et un investissement en terme de temps (Wenger, McDermott, & Snyder, 2002). Pour qu'une communauté de pratique soit vivante, active et durable, une structure flexible aux changements doit être mise en place, un certain rythme doit être créé, des activités publiques et privées doivent être organisées, etc. Ces actions doivent être mises en place dans le but de créer une valeur ajoutée à la participation des membres à la communauté.

2.2.3.1.4 Efficacité

En ce qui a trait à l'efficacité des communautés de pratique dans le domaine de la santé, les travaux de Ranmuthugala et coll. (2011) ont permis de mettre en lumière cette préoccupation en résumant trois études qualitatives et six essais cliniques. Dans cette recension, une des études qualitatives était une étude de cas démontrant une amélioration significative des indicateurs de rendement ciblés suite à la mise en place d'une communauté de pratique. Selon une autre étude qualitative, 55% des connaissances acquises via la participation à une communauté de pratique avaient été implantées. Cette communauté rassemblait principalement des médecins. Ensuite, dans trois des six essais cliniques recensés, les interventions faites étaient multiples. Il était donc difficile pour les auteurs de déterminer l'effet spécifique des communautés sur la pratique. Enfin, dans le seul essai clinique randomisé, le groupe formé d'une communauté de pratique a démontré de meilleures connaissances d'un outil d'évaluation et utilisait davantage cet outil comparativement au groupe contrôle.

2.2.3.1.5 RMAVC

En ce qui a trait à l'AVC, tel que mentionné au Chapitre 1.2.2, il existe un regroupement professionnel dans la région de Montréal nommé le RMAVC. Ce réseau

est subdivisé en trois communautés de pratique : prévention, soins aigus et réadaptation. Il comprend plus de 40 cliniciens représentant 15 organisations du système de santé associées à l'Université de Montréal ou à l'Université McGill. Au moment de leur création, les membres des communautés se rencontraient sur une base mensuelle. Depuis quelques années, les échanges se font majoritairement par courriels. À ce jour, les communautés de pratique du RMAVC ont été couronnées de succès dans le développement et la mise en œuvre de différents projets. Le fonctionnement de ce réseau a cependant certaines limites. Premièrement, puisque les rencontres sont principalement en face à face, seuls des professionnels travaillant dans la région de Montréal peuvent y participer. Il est toutefois facilement envisageable que les professionnels travaillant en région éloignée aient autant, sinon plus, besoin d'échanger et de collaborer par rapport aux meilleures pratiques auprès de la clientèle AVC. De plus, les échanges par courriel ne représentent pas nécessairement la meilleure technologie disponible pour soutenir les activités des communautés entre leurs rencontres. Diverses possibilités liées aux TIC seront donc abordées dans la section suivante.

2.2.3.2 Technologies de l'information et des communications (TIC) et Web 2.0

2.2.3.2.1 Définition

Dans toute organisation, les activités de traitement de l'information jouent un rôle important. À cet effet, les systèmes d'information, soit papier (p. ex. : dossier médical papier) ou électroniques (p. ex. : base de données) permettent de saisir, stocker, traiter, analyser et diffuser des données afin de produire de l'information apte à soutenir les processus décisionnels. Avec l'évolution des technologies, les systèmes papier cèdent de plus en plus leur place à des systèmes électroniques nommés TIC. Les TIC sont décrites comme un vaste concept permettant aux gens de recueillir des informations, de communiquer et d'avoir recours à des services à distance, rapidement, facilement et sans limites de temps et d'espace. L'adoption et l'exploitation du potentiel des technologies de l'information dans les organisations du système de santé sont toutefois complexes. En effet, l'idée d'alignement d'une vision clinique et d'une vision technologique est relativement récente dans le domaine de la santé (Bush, Lederer, Li, Palmisano, & Rao,

2009; Henderson & Thomas, 1992). Le développement de TIC est malgré tout en pleine expansion avec le déploiement de dossiers électroniques, de prescriptions électroniques, de systèmes d'aide à la décision clinique et de télésoins. Internet est un autre type de TIC non spécifique au domaine de la santé qui est utilisé par une grande proportion de professionnels de la santé. En effet, une étude faite en 2005 (Doney et al.) auprès de 243 professionnels (médecins généralistes, infirmières et gestionnaires) relève que 81% d'entre eux utilise Internet dans le cadre de leur travail. Bien que différents sites Web soient dédiés aux médecins, relativement peu sont dédiés aux professionnels de la réadaptation. Internationalement, Internet est pourtant devenu un des principaux moyens de diffusion et de communication depuis le lancement dans les années 1990 du World Wide Web. Selon *Internet World Stats* (2011), le nombre estimé d'internautes était de 2 milliards en mars 2011.

En 2005, O'Reilly (2005) a popularisé le concept de Web 2.0. Cette évolution du World Wide Web, également nommé Santé 2.0, Médecine 2.0 et e-Santé dans le secteur de la santé, représente une stratégie novatrice pour l'adoption d'une pratique factuelle de par son immense potentiel d'échange de connaissances. Bien que la littérature ne définisse pas précisément le Web 2.0, différents auteurs ont tenté de le définir (Eysenbach, 2008; Hughes, Joshi, & Wareham, 2008; Mathieu, 2007; Van De Belt et al., 2010; Wright et al., 2009). Comme le souligne Timpka et coll. (2008), il peut être ardu de départager ce qui le constitue puisqu'il englobe plusieurs technologies et divers concepts. Les définitions de Eysenbach (2008) et de Wright et coll. (2009) sont celles qui ont été retenues pour leur caractère holistique. Selon Eysenbach, le Web 2.0 rassemble cinq aspects majeurs : un réseau social, la participation, l'apomédiation (personnes ou outils qui guident un individu vers une information de qualité), la collaboration et l'ouverture. Selon Wright et coll., le Web 2.0 se caractérise également par cinq aspects soit :

1. Une plateforme de déploiement de contenu et de publication;
2. Une plateforme participative;
3. Des outils simples et utiles;
4. Des utilisateurs co-développeurs;

5. La syndication de contenu (c'est-à-dire l'accessibilité d'une partie d'un site Web depuis d'autres sites Web).

En résumé, contrairement au Web 1.0 ou World Wide Web, le contenu du Web 2.0 peut être facilement publié et édité par les utilisateurs (Kamel Boulos & Wheeler, 2007). Selon plusieurs auteurs (Doherty, 2008; Kamel Boulos, Maramba, & Wheeler, 2006; Mathieu, 2007; McLean, Richards, & Wardman, 2007; Rethlefsen, Rothman, & Mojon, 2009), les éléments spécifiques au Web 2.0 les plus populaires sont les blogues, les balados et les wikis. Le blogue est le diminutif de Web log, il consiste en des publications rapportant l'opinion d'une personne sur un sujet particulier. Il a été estimé qu'il existe plus de 50 millions de blogues à travers le monde et que plus de 100 000 blogues sont créés chaque jour (Doherty, 2008). Par exemple, le site Web <http://thehealthcareblog.com/> est un blogue sur le système de santé des États-Unis et le site Web <http://blog.myphysicaltherapyspace.com/> est autre blogue dédié aux physiothérapeutes. Le balado est du contenu audio qui peut être écouté n'importe quand, n'importe où et n'importe comment puisqu'en plus d'être accessible en ligne, il est facilement transférable sur un lecteur mp3. Le site Web <http://books.mcgraw-hill.com/podcast/acm/> est un site Web 2.0 avec des balados rapportant de l'information médicale. Le wiki (mot hawaïen qui signifie vite) permet de partager du contenu qui peut être modifié par toute personne qui y a accès. Le site Web 2.0 <http://askdrwiki.com/> est un exemple typique de wiki dédié aux médecins. Plusieurs autres applications Web 2.0 existent comme les forums de discussion, les bibliothèques virtuelles et les calendriers. Le forum constitue une application intéressante, il s'agit d'un lieu d'échange organisé par sujets ou thèmes. Il existe aussi des sites Web 2.0 dédiés à des réseaux professionnels qui utilisent une ou plusieurs applications Web 2.0 (p. ex. : <http://healtheva.com/> et <http://www.sermo.com/>). Davantage d'exemples de sites Web 2.0 sont présentés dans l'article de Holmes et Dubinsky (2009).

Par rapport au niveau d'utilisation du Web 2.0 chez les professionnels de la santé, on peut d'abord se questionner sur leur état de préparation à cette technologie. Aucune étude spécifique au Web 2.0 ainsi qu'au domaine de la santé n'a été trouvée. Toutefois, un article récent traitant de l'état de préparation de 137 professionnels de la réadaptation

rapporte que 72,8% des professionnels se considèrent prêts à adopter les TIC (Touré, Poissant, & Swaine, 2011). De plus, une étude réalisée à Taïwan spécifique au Web 2.0 mais non reliée au domaine de la santé offre des résultats intéressants. En utilisant les données d'utilisation de 1057 membres d'un panel, les chercheurs ont découvert que le degré de préparation au Web 2.0 est positivement corrélé avec le volume de comportement (nombre de pages consultés), la vitesse des comportements (temps de consultation des pages) et l'ampleur du comportement (coefficient de Gini du nombre de pages consultées) (Chiang & Huang, 2009). De plus, selon cette étude, les utilisateurs du Web qui sont plus jeunes et les hommes se trouvent avoir un degré de préparation au Web 2.0 plus élevé.

2.2.3.2.2 Modèles conceptuels

Plusieurs modèles liés à l'implantation d'une technologie ont été développés. À notre connaissance, le modèle d'acceptation de la technologie (MAT) est le premier à avoir émergé dans ce domaine (voir Figure 4, p. 34) (Davis, 1986; Davis, Bagozzi, & Warshaw, 1989). Ce modèle conceptuel a été élaboré par Davis dans les années 1980 afin de mieux comprendre pourquoi des individus acceptent ou rejettent des technologies (Davis, 1986; Davis et al., 1989). Il a été développé avec des étudiants au MBA, il n'est donc pas spécifique au domaine de la santé. Le MAT définit principalement deux concepts qui influencent l'acceptation d'une technologie : l'utilité perçue et la facilité d'utilisation perçue. L'utilité perçue est définie comme la probabilité subjective et prospective que l'utilisation d'une technologie augmente la performance du travail d'un individu. La facilité d'utilisation perçue réfère au degré auquel l'utilisateur potentiel prévoit que l'utilisation de la technologie demandera ou non des efforts. Selon ce modèle, l'utilité perçue et la facilité d'utilisation perçue seraient influencées par des variables externes. Enfin l'utilité et la facilité d'utilisation perçue formeraient l'attitude envers la technologie qui influencerait l'intention d'utilisation puis l'utilisation même de la technologie. Lors de l'analyse des données de la présente étude, il s'agit du modèle qui a été retenu comme modèle théorique.

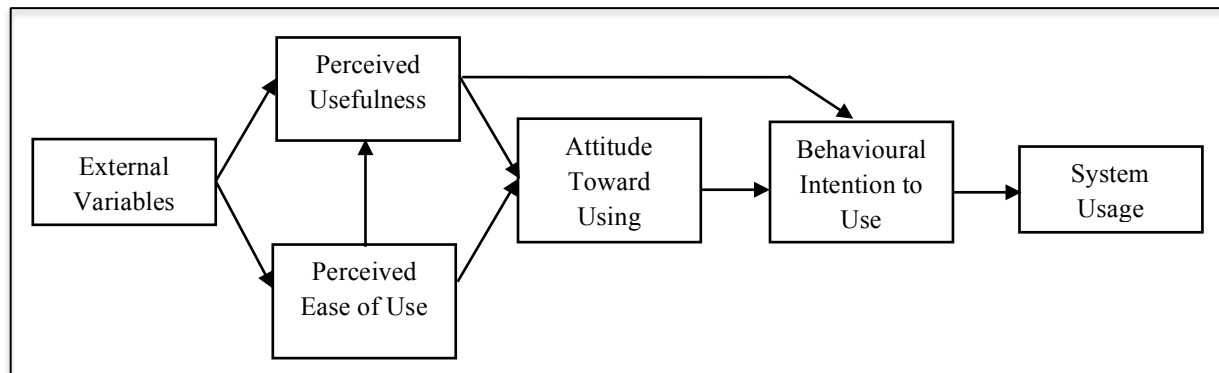


Figure 4 : Modèle d'acceptation de la technologie (Davis, 1986; Davis et al., 1989)

Plusieurs autres modèles semblables au MAT ont été développés au fil des années comme le MAT2 (Venkatesh & Davis, 2000), le *Unified Theory of Acceptance and Use of Technology* (UTAUT) (Venkatesh, Morris, Davis, & Davis, 2003) et le modèle de Karsh et coll. (Karsh, Escoto, Beasley, & Holden, 2006). Le MAT2 a utilisé le MAT comme point de départ et a intégré des construits théoriques supplémentaires afin d'améliorer les propriétés psychométriques du modèle. Les construits supplémentaires couvraient l'influence sociale (norme subjective, caractère volontaire et l'image) et les déterminants cognitifs (pertinence pour l'emploi, qualité des résultats et démontrabilité des effets). L'UTAUT a été développé suite à la révision de huit modèles. Quatre éléments déterminants l'intention d'utilisation et l'usage d'une technologie ont été conservés dans ce modèle : la performance espérée, l'effort anticipé, l'influence sociale et les conditions facilitantes. Ce modèle s'est montré utile pour les gestionnaires afin d'évaluer la probabilité de succès d'une nouvelle technologie et comprendre les éléments facilitant l'acceptation d'une technologie. Pour terminer, le modèle de Karsh adresse la conception et l'implémentation d'une technologie en suggérant de prendre en considération l'organisation, la technologie et les individus impliqués. Il présente aussi quatre types de niveaux d'ajustement soit les ajustements entre l'utilisateur et la technologie, la tâche et la technologie, l'organisation et la technologie et l'environnement et la technologie.

2.2.3.2.3 Utilités et limites

Une revue systématique de littérature incluant 257 études (31 revues systématiques ou méta-analyses, 226 études descriptives ou comparatives) explique que de façon générale les TIC augmentent l'adhérence aux guides de pratique et aux protocoles de soins (Chaudhry et al., 2006). Pour ce qui est de la littérature spécifique au Web 2.0, relativement peu de recherches ont un devis scientifique reconnu, la plupart des articles publiés rapportent l'opinion d'experts. Dans la littérature en lien avec le Web 2.0, l'échange de connaissances est la notion la plus documentée. Selon l'avis de nombreux experts (Kamel Boulos et al., 2006; Malvey, Alderman, & Todd, 2009; Mathieu, 2007; Murray, Giustini, Loubani, Choi, & Palepu, 2009; Reisman, 2009; Sauer et al., 2005; Sethi, 2007; Weiss & Champion, 2007; Wilson & Yowell, 2008), le Web 2.0 permet de publier des informations, des accomplissements, des événements, des opinions et des histoires de cas sous divers formats (textes, photos, images, tableaux). Il faciliterait l'échange de connaissances de par la communication à distance et asynchrone. Au niveau des effets du Web 2.0 sur les changements dans la pratique, la littérature scientifique ne fait pas consensus. La qualité de l'information sur le Web 2.0 constitue un autre enjeu de taille. En fait, la qualité informationnelle est questionnable. Selon Street et coll. (2007), la pertinence des informations sur les sites Web 2.0 est plus grande lorsque les utilisateurs sont engagés dans le développement et la mise à jour. De plus, selon l'avis de plusieurs experts (Kamel Boulos et al., 2006; Luo, 2007; Malvey et al., 2009; Mathieu, 2007; Murray et al., 2009; Reisman, 2009; Wilson & Yowell, 2008) et une étude observationnelle transversale (Schleyer et al., 2008), le Web 2.0 encourage la collaboration et facilite la recherche de collaborateurs. Par conséquent, le Web 2.0 est intéressant pour la création de nouvelles communautés de pratique ou l'expansion d'une communauté existante. Une limite du Web 2.0 réfère à la réalité voulant qu'il existe peu de façons de vérifier si les personnes sont réellement celles qu'elles prétendent (Kamel Boulos & Wheeler, 2007). Les utilités et les limites du Web 2.0 sont peu étudiées dans le domaine de la réadaptation. En effet, seulement deux études portant sur l'utilisation de TIC en réadaptation ont été identifiées (Labelle, Swaine, & Dykes, 2002; Probosz et al., 2009). Une des études a évalué la validité de contenu d'un système d'information

clientèle pour la clientèle traumatisé cranio-cérébral (Labelle et al., 2002). L'autre étude portait sur un système informatique qui a été développé comme outil de thérapie cognitive chez la clientèle AVC en centre de réadaptation (Probosz et al., 2009).

2.2.3.3 Communauté de pratique virtuelle

Une stratégie de transfert de connaissances des plus novatrices consiste à jumeler les bénéfiques d'une communauté de pratique avec les utilités du Web 2.0. Comme l'affirment plusieurs travaux (CEFRIO, 2005; Fontaine & Millen, 2004), l'intégration de la technologie aux communautés de pratique s'avère pertinente pour faciliter le flux de l'information et des connaissances entre les activités d'une communauté de pratique. Progressivement, les applications Web 2.0 commencent déjà à s'immiscer dans la pratique professionnelle de par la création de communautés de pratique virtuelles. Par exemple, une communauté formée de 273 individus représentant 49 pays à travers le monde a utilisé un forum de discussion pour discuter de compétences professionnelles dans le but d'améliorer l'enseignement fait aux professionnels de la santé des pays en développement (p. ex. : Afrique et Asie) (Thomas, Fried, Johnson, & Stilwell, 2010). Une autre communauté formée de 187 cliniciens (infirmières, médecins et pharmaciens) de 11 urgences a ouvert un site Web avec un forum de discussion afin de diminuer les disparités entre les urgences situées en milieu urbain et celles situées en milieu rural (Curran, Murphy, Abidi, Sinclair, & McGrath, 2009). Tout comme les communautés de pratique présentiels, les communautés virtuelles peuvent donc améliorer la coordination des services, cependant aucune évidence claire ne démontre l'efficacité des communautés sur des résultats cliniques (Demiris, 2006).

2.2.3.3.1 Définition

Une communauté de pratique virtuelle réfère à un *“group of people that is founded on telecommunication with the purposes of collectively conducting activities related to health care and education”* (p. 179, Demiris, 2006). Une telle communauté peut inclure des professionnels de la santé, des patients, des proches aidants, des chercheurs ou des politiciens. Elle peut avoir différents objectifs comme échanger entre

pairs ou offrir du soutien aux patients et aux proches aidants. Un large éventail de technologies peut soutenir les activités d'une communauté virtuelle: téléphone, télécopieur, visioconférence, courriel, base de données, intranet ou site Web. Dans ce mémoire, une attention plus particulièrement sera accordée à l'utilisation du Web 2.0 comme technologie soutenant les activités d'une communauté.

2.2.3.3.2 Développement

Le Centre francophone d'informatisation des organisations (CEFRIO) a comme mission d'aider les organisations québécoises à utiliser les technologies de l'information de manière à être plus performantes, plus productives et plus innovatrices. Ce centre a publié un guide de mise en place et d'animation de communautés de pratique formelles (CEFRIO, 2005). Les auteurs du guide expliquent bien comment la technologie s'insère dans le développement d'une communauté virtuelle :

« L'un des rôles essentiels de la technologie consiste à proposer de nouvelles ressources pour favoriser le maintien de la cohésion de la communauté malgré l'éloignement de ses membres dans le temps et l'espace » (p. 48).

Comme le présente la figure 5 (p. 38), la communauté et la technologie s'influencent donc mutuellement. Ainsi, il n'existe pas de configuration technologique parfaite puisque cet arrimage varie au fil du temps et selon les besoins des communautés.

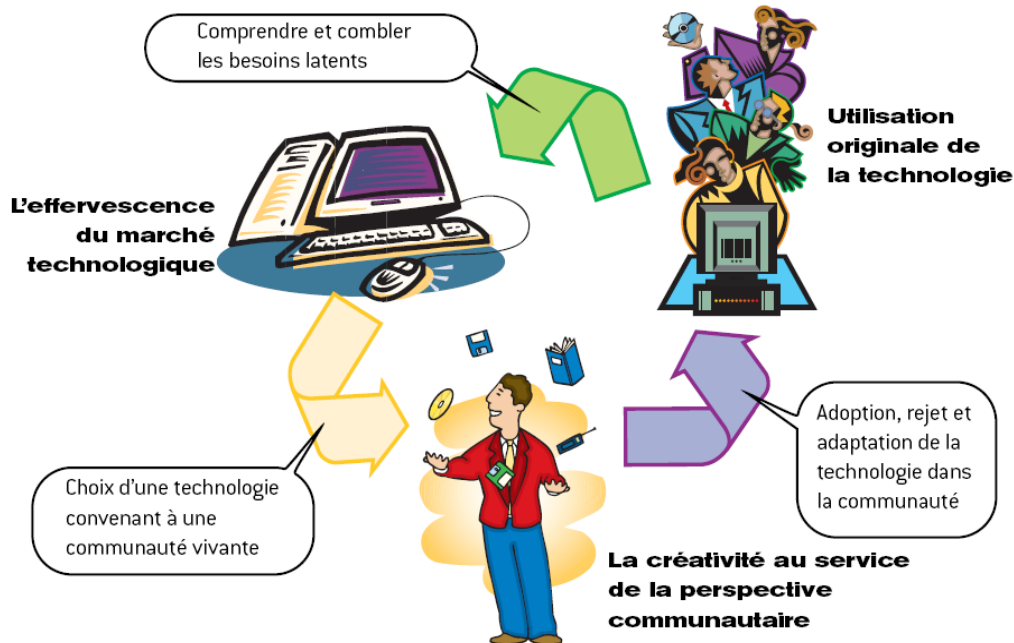


Figure 5 : Cycle d'inventivité (CEFRIO, 2005)

Malgré l'absence de configuration technologique parfaite, certaines études se sont intéressées aux caractéristiques contribuant au développement réussi d'une communauté virtuelle (Bourhis, Jacob, & Dubé, 2005; Ho et al., 2010). Selon une étude faite auprès de 14 organisations (5 publiques, 3 privées, 3 paragouvernementales et 3 associations professionnelles ou syndicats) voulant implanter 18 communautés de pratique virtuelles, l'environnement, la pertinence des objectifs de la communauté selon ses membres et le niveau d'intégration de la communauté dans la structure organisationnelle influencent la réussite d'un lancement de nouvelles communautés virtuelles (Bourhis, Jacob, et al., 2005).

Bien qu'il soit difficile de lancer une nouvelle communauté virtuelle, différentes actions peuvent faciliter son lancement. Selon l'expérience vécue d'une communauté virtuelle d'administrateurs d'un système d'archivage et de transmission d'images (Nagy et al., 2006), l'engagement initial d'une personne ou d'un groupe de personnes est primordial. Cette ou ces personnes devront être à l'écoute des besoins et des questions des autres, encourager les membres à ajouter du contenu et à contribuer à la plateforme

de même que surveiller et donner l'exemple afin d'éviter des échanges irrespectueux ou inappropriés. Selon une autre étude réalisée auprès de huit communautés de pratique virtuelles (Bourhis, Dubé, & Jacob, 2005), les décisions entourant la direction opérationnelle d'une communauté virtuelle sont des éléments cruciaux dans l'élaboration d'une communauté virtuelle. Parmi ces décisions, le choix d'un leader s'avère crucial.

2.2.3.3.3 Pérennité

Différents éléments sont donc à considérer avant le lancement d'une communauté virtuelle. Cette situation est d'autant plus vraie une fois que les activités en ligne ont commencé. Selon Kim (2000), il existe quatre principes assurant la pérennité d'une communauté virtuelle :

1. Vision ou objectif clair;
2. Définition claire du rôle des membres;
3. Leadership par des animateurs;
4. Équilibre entre des activités en ligne et hors ligne.

Deux études abordent le concept de confiance en lien avec la pérennité d'une communauté virtuelle (Chiu, Hsu, & Wang, 2006; Page, Wentling, & Ardichvili, 2003). L'étude de Page et coll. (2003) réalisée dans trois communautés virtuelles a montré que lorsque les employés perçoivent les connaissances comme un « bien » public pour l'ensemble de l'organisation, l'échange de connaissances se faisait facilement. Cependant, un certain évitement à la contribution aux échanges a tout de même été observé, et ce même chez les individus qui accordaient beaucoup d'importance à l'intérêt de l'organisation et de la communauté. Selon les résultats obtenus par entrevues semi-structurées auprès de 30 membres, les employés évitaient de contribuer aux échanges par peur de la critique ou par peur d'induire en erreur les membres de la communauté. Ce résultat souligne l'importance de bâtir une confiance au niveau des connaissances et de l'organisation. L'étude de Chiu et coll. (2006) faite auprès de 310 membres d'une communauté de pratique virtuelle montre à l'inverse que la confiance n'a pas une influence significative sur la quantité de messages écrits. Ces résultats ont été obtenus

grâce à une analyse factorielle confirmatoire entre un questionnaire et la quantité de messages écrits.

Une étude de Koh et coll. (2007) va dans le même sens que celle de Chiu et coll. (2006) en expliquant que le fait d'écrire un message est surtout influencé par les interactions faites hors ligne et la qualité de l'infrastructure technologique. Ces résultats ont été obtenus grâce à sondage auprès de 77 communautés virtuelles en Corée. Selon cette même étude, l'utilité perçue influencerait le nombre de visualisations de messages.

2.2.3.4 Autres stratégies novatrices

Bien entendu, les communautés de pratique, le Web 2.0 et les communautés de pratique virtuelles ne représentent pas l'ensemble des innovations en transfert de connaissances. Il existe d'autres stratégies novatrices comme les systèmes d'aide à la décision clinique, le cyberapprentissage, la télésanté, les courtiers de connaissances et les *advanced practice leader*.

En résumé, cette recension de la littérature a permis de constater que l'innovation dans le domaine du transfert des connaissances est primordiale pour l'application d'une pratique basée sur les données probantes chez les professionnels travaillant auprès de la clientèle AVC. La perception ainsi que les préférences des futurs utilisateurs de ces innovations sont cependant peu documentées.

CHAPITRE 3 : OBJECTIFS DE RECHERCHE

L'objectif principal de cette étude est de documenter la perception des professionnels de la santé face à l'introduction du Web 2.0 dans leur pratique. Deux objectifs secondaires sont également visés :

- soulever les différences de perception entre les membres du RMAVC et des personnes en périphérie de celui-ci;
- avoir un aperçu de la perception des professionnels par rapport à la pratique basée sur les données probantes.

En documentant la perception des professionnels par rapport au Web 2.0, l'étude vise à comprendre comment une plateforme Web 2.0 peut s'insérer dans leur processus de travail actuel. L'étude pourra permettre d'identifier les différents éléments qui vont influencer l'intention d'utilisation des professionnels de la santé par rapport à une technologie comme une plateforme Web 2.0. Ainsi, l'étude pourra permettre possiblement de faciliter l'adoption d'une plateforme Web 2.0. Les informations recueillies pourront être transmises aux personnes responsables du développement de la plateforme Web 2.0 afin que cette dernière soit adaptée aux utilisateurs ciblés.

L'étude tentera également de mettre en lumière la présence de similarités et de divergences entre les perceptions de professionnels en fonction de leur niveau d'implication dans le RMAVC et de l'emplacement géographique de leur milieu de travail, soit en milieu urbain ou en régions éloignées.

Enfin, ce projet pourra permettre d'avoir un aperçu du niveau de compréhension des professionnels par rapport au concept de pratique basée sur les données probantes. Les moyens déjà utilisés, leurs applications cliniques et les impacts perçus par rapport à une telle pratique seront ainsi documentés.

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE

Le quatrième chapitre présente la méthodologie employée afin de répondre aux questions de recherche. Ce chapitre est séparé en sept parties. Le devis de recherche est d'abord abordé. Ensuite, la population à l'étude et les méthodes de recrutement sont traitées. Les deux sections suivantes portent sur la méthode de cueillette de données choisie et sur les étapes d'analyse des données. Finalement, les stratégies pour assurer la rigueur de l'étude et les moyens employés pour s'assurer que le déroulement de la recherche respecte les principes éthiques sont exposés.

4.1 Devis de l'étude

Dans le but de mieux comprendre les significations que les individus se font d'un phénomène à travers leurs expériences, une méthodologie de recherche qualitative a été sélectionnée. Cette méthodologie s'appuie sur un paradigme constructivisme voulant que l'objet de recherche se conçoive par le chercheur à travers un projet (Guba & Lincoln, 1994). Comme l'explique Ash et Gusppone (2007), ce type de devis est justifié étant donné que les initiatives de recherche portant sur l'échange d'informations en santé nécessitent encore plusieurs explorations, elles sont donc plus ou moins quantifiables.

Plus précisément, la phénoménologie a été choisie comme démarche d'investigation afin de documenter la perception des professionnels de la santé face à l'introduction du Web 2.0 dans leur pratique. La phénoménologie, tel que définie par Husserl en 1910, s'intéresse à la structure essentielle des expériences individuelles. Elle permet d'étudier ce qui se cache derrière un phénomène en donnant l'occasion aux participants de s'exprimer librement et ouvertement sur le phénomène à l'étude. Selon Lessard-Hébert et coll. (1996), la phénoménologie réfère à « l'investigation systématique de la subjectivité » (p. 38) des contenus de la conscience. La conscience est donc une notion importante en phénoménologie. Selon Giorgi (1997), la conscience est un « moyen d'accès à tout ce qui se donne dans l'expérience » (p. 343). L'analyse du contenu exprimé permet donc de ressortir l'essence même de ce qui est perçu comme incontournable suivant un processus rigoureux de réduction (Giorgi, 1997).

4.2 Population

Afin d'avoir une vue d'ensemble des perceptions des utilisateurs potentiels d'une plateforme Web 2.0 dédiée aux professionnels et aux gestionnaires travaillant de près ou de loin auprès de la clientèle AVC, la population à l'étude comptait plusieurs catégories d'emplois (coordonnateurs cliniques, ergothérapeutes, chef de programme, infirmières, neurologues, neuropsychologues, orthophonistes, physiothérapeutes et travailleurs sociaux). Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été déterminés pour sélectionner les participants. Ils devaient travailler actuellement avec la clientèle AVC ou gérer des employés qui suivaient des patients ayant subi un AVC. De plus, seuls les professionnels exerçant en tant que membre d'un ordre professionnel du Québec ont été recrutés ce qui excluait, entre autres, les préposés aux bénéficiaires et les éducateurs spécialisés. Enfin, un maximum de deux personnes travaillant dans le même établissement de santé pouvait participer à l'étude.

Trois groupes de participants ont été visés afin de soulever les différences de perception entre les membres du RMAVC et des personnes en périphérie de celui-ci. Le premier groupe était formé de membres actifs du RMAVC (voir Chapitre 1.2.2). Le deuxième groupe rassemblait des cliniciens travaillant dans la région métropolitaine de Montréal non impliqués activement dans ce réseau. Le dernier groupe de cliniciens travaillaient en région éloignée et ne connaissaient pas le RMAVC.

La population à l'étude a permis d'assurer une diversification interne de l'échantillon au niveau des milieux de travail (hôpital, hôpital de réadaptation, centre de réadaptation, centre de santé et de services sociaux) et des soins et services offerts (soins aigus, réadaptation fonctionnelle intensive, réadaptation axée sur l'intégration sociale) à travers le continuum de soins. Une diversification a aussi été assurée au niveau de l'emploi occupé, de l'emplacement géographique du milieu de travail et du statut en lien avec le RMAVC.

4.3 Recrutement

Deux méthodes de recrutement ont été utilisées. La première méthode de recrutement était de type choix raisonné puisque les participants ont été approchés à partir d'une liste des membres actifs du RMAVC et d'une liste de personnes en périphérie de ce réseau. De cette liste, vingt-quatre personnes ont été sélectionnées en fonction de critères d'inclusion, d'exclusion et de diversification susmentionnés. Les personnes ciblées ont été contactées individuellement par courriel. Si aucune réponse n'avait été reçue dans un délai d'une semaine, un rappel par courriel a été envoyé.

La deuxième méthode de recrutement s'est déroulée par téléphone. Neuf milieux cliniques offrant des services et des soins à la clientèle AVC en région éloignée de Montréal (p. ex. : Estrie, Québec, Laurentides, Outaouais) ont été identifiés par l'équipe de recherche grâce au Répertoire des établissements du Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). Le premier contact a varié en fonction de l'organisation de chacun des milieux. L'équipe priorisait, si possible, un recrutement via le centre de recherche du milieu. Pour les milieux sans centre de recherche, le contact se faisait par le département de neurologie ou par un des départements professionnels. Un échantillon de convenance a donc été formé à partir des volontaires qui ont été rejoints, soit six personnes sur neuf.

4.4 Collecte de données

L'entrevue semi-structurée a été retenue comme technique de collecte des données pour la présente étude. Les entrevues ont été menées soit en personne ou par téléphone en raison de l'éloignement géographique. Un guide d'entrevue (voir Annexe I) a été construit selon une méthode rigoureuse. En premier lieu, la documentation scientifique en lien avec le Web 2.0 a été revue. En se basant sur ces écrits, une première version du guide a été élaborée. Cette version préliminaire a été prétestée auprès d'une personne pour ensuite être révisée avec des membres de l'équipe de recherche. La version finale a été élaborée en fonction de ces recommandations. Celle-ci s'organisait comme suit. D'abord, les participants étaient invités à expliquer les particularités de leur emploi.

Ensuite, il y avait une discussion par rapport à leurs besoins concernant une plateforme Web 2.0. Des notions en lien avec l'échange de connaissances, les communautés de pratique et l'acceptation des technologies étaient également abordées. Différents thèmes émergents des entrevues ont été ajoutés au guide tout au long de l'étude pour être adressés lors des entrevues subséquentes. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites intégralement sous forme de verbatim. Les choix concernant le lieu (bureau ou domicile), le moment et la langue utilisée lors de l'entrevue (français ou anglais) étaient laissés aux participants. La tenue d'un journal de bord a permis de recueillir des informations nécessaires à la mise en contexte des données et à leur interprétation. La durée des entrevues a varié de 40 à 75 minutes avec une durée moyenne de 54 minutes.

Enfin, une fiche d'identification a également été conçue pour documenter le profil des individus (voir Annexe II). Cette fiche permettait de recueillir des données sociodémographiques (p. ex. : âge, sexe, profession, années d'expérience), tout comme des informations sur la disponibilité des ordinateurs au travail.

4.5 Analyse des données

L'analyse de données qualitatives représente un défi étant donné, entre autres, la quantité volumineuse de données à traiter (Creswell, 2009; Fortin & Gagnon, 2010). Ainsi, il est important de se baser sur une méthode de codification reconnue afin de s'assurer de rapporter le plus fidèlement possible les propos des participants et de conserver les critères de scientificité de la recherche. Une analyse de contenu avec une dominante thématique a été privilégiée. Ce type d'analyse porte une attention particulière à ce qui est dit et comment il est dit. Selon Braun et Clarke (2006), un thème capture un élément important des données qui est en relation avec l'objectif de recherche.

Avant de débiter le processus d'analyse, un identifiant unique a été assigné à chaque participant (entrevue) afin de préserver l'anonymat des sujets. Par après, une première lecture globale des verbatim a été faite. Ensuite, une codification ouverte s'est opérationnalisée en apposant de façon inductive des étiquettes au contenu des verbatim à l'aide du logiciel QDA Miner version 3.2.6. Des thématiques ont émergé des différents codes assignés aux verbatim. L'utilisation de ce logiciel pour la gestion de l'analyse a

permis à l'équipe de recherche de rendre l'effort analytique très systématique. En effet, l'ordinateur est un outil performant pour classer et répertorier les codes (Krueger, 1998). Au fur et à mesure de la codification ouverte, le MAT (voir Chapitre 2.2.3.2.2 pour davantage de détails sur ce modèle) s'est révélé comme le cadre théorique le plus approprié pour la présente étude. En effet, plusieurs rapprochements ont pu être faits entre les données recueillies et le MAT. Par la suite, des discussions entre les membres de l'équipe (Isabelle David = ID, Lise Poissant = LP et Annie Rochette = AR) ont permis d'établir les liens entre les thèmes ce qui a permis de compléter la codification axiale. Finalement, seuls les thèmes et les codes essentiels à la compréhension de la problématique ont été retenus.

Malgré que la petite taille d'échantillon des trois groupes étudiés (RMAVC, périphérie de Montréal et régions éloignées), des analyses comparatives entre les groupes ont également été effectuées à titre exploratoire.

4.6 Stratégies pour assurer la rigueur

Comme Seale (1999) le fait bien valoir, il est important d'avoir une prise de conscience de certaines décisions méthodologiques afin d'assurer la rigueur de l'étude. Dans ce mémoire, les quatre critères de rigueur proposés par Lincoln et Guba (1985) seront utilisés. Bien que ces critères d'équivalence ne fassent pas encore consensus, ils sont parmi les plus établis en opposition avec l'utilisation d'une liste de contrôle. Selon Barbour (2001), les listes de contrôle risquent de compromettre la contribution unique que la recherche qualitative peut apporter à la recherche sur les services de santé. Tout d'abord, la crédibilité est l'aspect verdict des résultats obtenus dans le contexte dans lequel la recherche a été effectuée, elle fait référence à la validité interne d'une recherche quantitative. Ensuite, la transférabilité est l'équivalent de la validité externe d'une recherche quantitative. Il s'agit du niveau auquel les résultats obtenus peuvent être transférables à un autre contexte. La fiabilité se veut l'équivalent de la fidélité. Une étude qualitative est dite fiable si en la faisant de nouveau, elle produit les mêmes résultats ou des résultats similaires à la première fois. Finalement, la confirmation réfère au concept

d'objectivité en recherche quantitative. Pour respecter ce critère, l'étude ne doit pas s'appuyer sur des préjugés ou des perceptions du chercheur.

4.6.1 Crédibilité

L'engagement prolongé du même membre de l'équipe de recherche (ID) pour effectuer les entrevues et les analyses a contribué à une constance en ce qui a trait à la façon de poser les questions et d'interpréter les réponses. De plus, la majorité des entrevues ont été réalisées en face-à-face ce qui a permis d'observer le non verbal de la personne interrogée. Ces observations pouvaient contribuer à la confirmation ou l'infirmité d'une réponse donnée. Aussi, le choix du lieu de la rencontre, qui était laissé libre au participant, a encouragé un climat favorable aux échanges. Lors de la transcription des verbatim, une attention particulière a été portée aux aspects méthodologiques. En effet, l'exactitude de la transcription verbatim a été entièrement vérifiée par un membre de l'équipe de recherche (ID) afin de s'assurer qu'aucun mot ne soit modifié, que toutes les interruptions de l'enregistrement soient annotées et que les sons et les accentuations soient mis en relief. Des discussions entre les membres de l'équipe (ID et LP) ont permis d'identifier des résultats contradictoires et d'évaluer la pertinence des hypothèses émergentes. Finalement, lors du processus d'analyse des données, plus de 20 extraits de verbatim ont été contre-codés par un des membres de l'équipe (LP) afin de minimiser les biais liés à l'interprétation des réponses. Ce contre-codage a permis une certaine forme de triangulation avec un autre analyste. Idéalement, une triangulation en utilisant une méthode différente que des entrevues semi-structurées ou avec un autre cadre théorique que le MAT aurait contribué à augmenter la crédibilité de l'étude (Patton, 1999). Toutefois, ces possibilités ont été rejetées pour des questions de faisabilité.

Bien que la restitution soit un des moyens importants pour assurer la crédibilité des résultats, cette méthode n'a pas été utilisée. En effet, puisqu'une seule série d'entrevues a été considérée suffisante pour adresser l'objectif de recherche, il n'a pas été jugé pertinent de demander aux répondants de lire et d'apporter des corrections aux transcriptions et aux analyses.

4.6.2 Transférabilité

Le nombre de sujets recrutés minimise la transférabilité des résultats. Cependant, le fait d'inclure des professionnels représentant l'ensemble du continuum de services offerts à la clientèle AVC a permis d'obtenir des perceptions variées. De plus, les différentes données sociodémographiques récoltées (âge, sexe, profession, nombre d'années d'ancienneté dans la profession, nombre d'années d'ancienneté auprès de la clientèle AVC) tracent un portrait représentatif des participants à l'étude.

4.6.3 Fiabilité

La tenue d'un journal de bord a contribué à la fidélité des résultats et des analyses. Ce journal a permis de consigner des informations sur les décisions prises, sur des observations et des pistes à examiner plus en profondeur.

4.6.4 Confirmation

Afin que cette étude soit la plus objective possible, les principes de réflexivité ont été appliqués. Ce principe est très important en recherche qualitative puisque le chercheur constitue l'instrument de recherche. La réflexivité réfère à la capacité de se décentrer pour rendre explicites ses propres valeurs, ses présupposés, ses préférences et ses idéaux. La réflexivité est un outil puissant d'analyse car elle pousse à l'empathie de même qu'à la reconnaissance de ses propres caractéristiques et de ses sentiments. La réflexivité permet de diminuer le plus possible les biais qui pourraient être causés par le chercheur lui-même.

La rédaction et la consultation du journal de journal de bord ont aussi permis de nuancer les jugements portés lors de la cueillette de données.

4.7 Considérations éthiques

Le projet a reçu l'approbation du comité éthique du Centre de Recherche Interdisciplinaire en Réadaptation (CRIR) du Montréal métropolitain (voir Annexe III). Le consentement des participants a été obtenu (voir Annexe IV pour consulter le

formulaire de consentement) et les entrevues ont été codées afin de respecter la confidentialité et de permettre un éventuel arrimage avec des données sur l'utilisation de la plateforme Web 2.0 implantée qui pourront être colligées ultérieurement. Seuls les membres de l'équipe de recherche ont eu accès aux données qui seront conservées pour un maximum de cinq ans après la fin de l'étude dans un classeur barré situé dans le centre de recherche. Mentionnons toutefois que les résultats de l'étude ont été diffusés, mais une attention particulière a été portée pour préserver la confidentialité des participants.

CHAPITRE 5 : MANUSCRIT

Le cinquième chapitre présente les résultats de l'étude dans un manuscrit.

5.1 Understanding clinicians' perspective of a Web 2.0 platform on stroke best practices: A qualitative study

Isabelle David, Lise Poissant et Annie Rochette (soumis à Journal of Medical Internet Research).

L'auteure principale confirme sa contribution originale à la collecte des données, à leur analyse et à leur interprétation ainsi qu'à la rédaction du manuscrit.

Understanding Clinicians' Perspective of a Web 2.0 Platform on Stroke Best Practices: A Qualitative Study

Isabelle David^{1,2§}, Lise Poissant^{1,2}, Annie Rochette^{1,2}

¹ Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montreal, Montreal, Qc, Canada

² School of Rehabilitation, Faculty of Medicine, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada

§ Corresponding author:

Isabelle David, BSc OT

Master student in Biomedical Sciences (rehabilitation option) at University of Montreal

Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montreal

Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal

6300, Darlington Ave.

Montreal (Qc), Canada, H3S 2J4

Tel: [REDACTED]

Fax: [REDACTED]

E-mail: [REDACTED]

Abstract

Background: Health professionals are increasingly encouraged to adopt an evidence-based practice to ensure greater efficiency of their services. To promote this practice, several strategies exist: distribution of educational materials, local consensus processes, educational outreach visits, local opinion leaders and reminders. Despite these strategies, gaps continue to be observed between practice and scientific evidence. It is therefore important to implement innovative knowledge transfer strategies that will change health professionals' practice. Through interactive capacities, Web 2.0 applications are worth exploring. As an example, virtual communities of practice have already begun to influence professional practice. **Objective:** This study was initially developed to help design a Web 2.0 platform for health professionals working with stroke patients. The aim was to gain a better understanding of professionals' perceptions of Web 2.0 before the development of the platform. **Methods:** A qualitative study following a phenomenological approach was chosen. We conducted individual semi-structured interviews with clinicians and managers. Interview transcripts were subjected to a content analysis. **Results:** Twenty-four clinicians and managers aged between 28 and 66 years participated. Knowledge transfer was identified by almost every participant to be the most useful outcome of a Web 2.0 platform. Respondents also expressed their need for a userfriendly platform. Accessibility to a computer and Internet, features of the Web 2.0 platform, user support, technology skills and previous technological experience were found to influence perceived ease of use and perceived usefulness. Our results show that the perceived lack of time of health professionals has an influence on perceived behavioural intention to use it despite favourable perception of the usefulness of the Web 2.0 platform. **Conclusion:** In conclusion, health professionals consider that Web 2.0 is very useful for knowledge transfer. However, lack of time and lack of technological skills may limit their use of the future Web 2.0 platform.

Keywords: Qualitative Research H01.770.644.241.850, Health Personnel M01.526.485, Internet L01.224.230.110.500, Evidence-Based Practice H02.249, Information Dissemination L01.143.443

Introduction

Gaps continue to be observed between professional practice and scientific evidence [1-3]. To address this situation, health professionals are increasingly encouraged to adopt an evidence-based practice. In Canada, a significant proportion of scientific evidences are not integrated in healthcare services offered to stroke patients [4-7]. The application of an evidence-based practice requires the implementation of resources and tools facilitating knowledge transfer and exchange between researchers and professionals. According to the Cochrane-Effective Practice and Organization of Care (EPOC) taxonomy [8], ten interventions are known to improve the practice of healthcare professionals: distribution of educational materials, educational meetings, local consensus processes, educational outreach visits, local opinion leaders, patient-mediated interventions, audit and feedback, reminders, marketing and mass media. In stroke field, 61 practice guidelines, or educational materials, exist worldwide according to a sub-committee of the World Stroke Organization [9]. One of those guidelines has been published through the combined efforts of Canadian Stroke Network and Heart and Stroke Foundation of Canada. This guideline, the Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care [10], is published every two years since 2006. Following this national initiative, each province has identified priorities and initiated an approach specific to their province.

In addition to educational materials, various knowledge transfer strategies emerged in stroke care to reduce gaps between research and practice. Those strategies hardly fit in the EPOC taxonomy. As an example, the Montreal Stroke Network (MSN) was created in 2002 independently of national and provincial initiatives previously mentioned. This network has linked three communities of practice (prevention, acute care and rehabilitation) composed of professionals working with stroke patients in Greater Montreal, a large urban city in Québec, Canada. As presented in Poissant [11], MSN members have the objective of improving the quality of professional practice in order to better meet needs of stroke survivors, across the continuum of care and in the community. The MSN brings together a large variety of stakeholders (managers, occupational

therapists, nurses, physicians, speech-language pathologists, social workers) working in different organizations (hospital, intensive functional rehabilitation unit, rehabilitation centre focusing on social integration). Communities of practice within the MSN successfully developed and implemented several clinical projects.

In addition to the MSN, initiatives such as StrokEngine [12] and Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation [13] are available online for clinicians, managers, patients and families to improve stroke care. Those strategies demonstrate that Internet is well integrated into health care delivery. A study conducted among 243 health professionals (general practitioners, practice nurses and practice managers) showed that 81% of them use the Internet for their work [14]. However, access to knowledge is unlikely to translate into practice change [15] in opposition to the involvement in a community of practice.

By implementing virtual communities of practice, communities can take advantage of new Internet applications. Web 2.0 is a “new generation of the Internet where interaction is important” [16]. Available interactive capacities within Web 2.0 facilitate information exchange among organizations independent of their geographic location. According to several authors [17-20], blogs, podcasts and wikis are the most popular Web 2.0 applications. There are several other Web 2.0 applications such as virtual libraries, discussion forums, etc. Several examples of virtual communities of practice are published in the healthcare literature [21, 22] however, little is known on factors that will play a role in transforming a ‘face-to-face’ community of practice into a virtual community of practice using Web 2.0 applications.

The main objective of this study is to document health professionals’ perception of a future Web 2.0 platform supporting knowledge transfer and implementation of stroke clinical practice guidelines. The secondary objective is to identify differences in perceptions between members of MSN and professionals outside this network possibly interested in joining it via a Web 2.0 platform.

Methods

Design

To understand professionals' experience regarding Web 2.0 being introduced into their practice, a phenomenological approach was chosen. Phenomenology, as described by Husserl in 1910, focuses on the essential structure of individual experiences. It allows studying what is behind a phenomenon by giving the participant the opportunity to express freely and openly about the phenomenon. The analysis of the expressed content demonstrates the essence of what is perceived as inevitable following a rigorous process of reduction [23].

Population

Clinicians and managers working with stroke patients in a health organization of Quebec (Canada) were asked to participate in the study. To compare the needs of MSN members with those outside this network, three professionals groups were targeted. The first group consisted of members of the MSN. The second group was composed of health professionals who were considered members of the network, but remained inactive over the past two years. Lastly, the third group gathered health professionals who did not know about the network and who were working in remote areas. The targeted sample size was 20 people to have a holistic representation of each profession in every stroke care continuum phases (acute care, intensive functional rehabilitation and community reintegration).

Recruitment

We used a purposive sampling strategy to ensure adequate representativeness of groups. Therefore, we used the membership list of the MSN to identify and contact participants for the first two groups (active and inactive MSN members). We contacted research coordinators of rehabilitation centers and acute care hospitals geographically distant from the city of Montreal and asked them to identify health professionals who

could potentially participate in the study. Potential participants were contacted by e-mail or phone.

Data Collection Method

We conducted individual semi-structured interviews with each participant from January to July 2010. Semi-structured interviews were preferred as the data collection method because they are consistent with a phenomenological approach. The interview guide was developed on the basis of available scientific literature on Web 2.0 capabilities, communities of practice and technology acceptance. A first version of the interview guide was pre-tested with a health professional to verify interview length and questions clarity. Revisions were made by the research team. The interview guide was structured as follows: first, participants explained their job particularities, and, then, they discussed more specifically their perception and their needs regarding a Web 2.0 platform. Issues related to strategies used to share knowledge, benefits of a community of practice, and technology use were also discussed. The length of interviews varied from 40 to 75 minutes. The interviews were conducted in French or in English at the participant's convenience. A reflective research diary was used for gathering information about contextualization and interpretation of data. Most interviews were face to face, but five were conducted by telephone due to geographical distance. Written consent was obtained.

Data analysis

The audio content of each interview was transcribed. A member of the research team (ID) verified the accuracy of the transcripts and conducted the content analysis. Two other research team members (LP and AR) reviewed and discussed the codes to make sure they had face validity. First, codes were assigned to units of meaning and they were grouped into themes. Next, the research team identified links between identified codes. Only codes that were considered essentials to answer the research question were kept. A qualitative data analysis software (QDA Miner 3.2.6) was used for data management and to support a systematic analytic approach from the research team. The

research diary was used to refine the results and keep track of decisions made during the analysis.

Ethics Approval

This study was approved by the Ethics Committee of the Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montreal.

Results

1. Sample Description

Twenty-four health professionals agreed to be interviewed; nine people were active MSN members, nine were inactive MSN members and six in the remote areas group (see Table 1). Six people didn't answer to the invitation and one refused. The distribution of stroke patients seen by health professionals within each group was similar. All participants were women with an average age of 45 years (SD: 9.64). The average of professional experience was 18 years (SD: 8.75). Nearly two thirds had access to an individual computer. Participants in the MSN group were significantly older (mean 51 years, range: 39–64, $t = 0.016$) than participants from the remote area group (mean: 38 years, range: 28–46 years).

Table 1: Characteristics of Participants

		Age (years)	Language	Profession	Professional experience (years)	Experience with stroke patient (years)	Clinical time (%)	Workplace	Ratio: computer/ individual
Active members (N=9)	MSN		FR						
	M1	48		OT	25	19	50%	IFRU	1:10
	M2	48	FR	PT	26	22	100%	IFRU	3:10
	M3	66	EN	SLP	30	25	66%	Acute care	1:1
	M4	62	FR	Program manager	18	4	0%	Community reintegration	1:1
	M5	40	FR	Nurse	18	10	100%	IFRU	1:1
	M6	39	FR	Clinical-administrative manager	6	1	0%	IFRU	1:1
	M7	47	FR	Clinical nurse specialist	24	20	90%	Acute care	1:1
	M8	49	FR	OT	25	20	98%	Acute care	3:5
M9	64	FR	Neurologist	32	20	50%	Acute care	1:1	
Inactive members (N=9)	MSN								
	P1	39	FR	OT	15	15	100%	Acute care	3:5
	P2	44	FR	OT	21	20	100%	Health and social services centre	1:2
	P3	46	FR	Consultant nurse	23	11	0%	Acute care	1:1
	P4	39	FR	SLP	10	10	90%	Acute care	1:1
	P5	47	FR	PT	24	5	100%	Acute care	3:11
	P6	40	FR	PT	17	10	100%	Specialized acute care	1:6
P7	55	FR	SW	33	25	100%	Acute care	1:1	

	Age (years)	Language	Profession	Professional experience (years)	Experience with stroke patient (years)	Clinical time (%)	Workplace	Ratio: computer/ individual
P8	33	FR	Nurse	9	5	80%	Acute care	1:1
P9	48	EN	Neurologist	14	14	85%	Acute care	1:1
Professionals working in remote areas (N=6)	R1		PT	3,5	3,5	100%	Acute care	1:5
	R2	FR	OT	7	2	100%	Community reintegration	1:1
	R3	FR	Clinical nurse specialist	10	2	100%	Community reintegration	1:1
	R4	FR	Neuropsychologist	25	11	100%	IFRU	2:5
	R5	FR	Clinical coordinator	20	9	0%	IFRU and community reintegration	1:1
	R6	FR	Program manager	5	5	0%	IFRU and community reintegration	1:1

* FR: French, EN: English, IFRU: intensive functional rehabilitation unit, OT: occupational therapist, PT: physical therapist, SLP: speech-language pathologist, SW: social worker

2. Results of objective 1: Health professionals' perception

Four themes documenting perception of the Web 2.0 emerged from the interviews: influence of external variables, perceived usefulness, perceived ease of use and time availability. External variables were associated to accessibility, system features, user support, technologic skills, tool experience and profession. Those variables had an impact on perceived usefulness and perceived ease of use. Perceived usefulness was characterized with concepts referring to knowledge transfer, quality of care and efficiency. Perceived ease of use was associated to two codes: user-friendliness and timely access to information. Our results indicated that participant's profession, one of the external variables, influences the time availability for technology utilisation. Finally, the combination of perceived usefulness and perceived ease of use was creating the behavioural intention to use the technology. Results suggested that, in addition to behavioural intention, time availability also influences system's utilisation. Examples of verbatim supporting these results are presented in Table 2.

Table 2: Themes

Themes	Codes	Definitions and Statements
External Variables	Accessibility	Definition: Computers performance and availability. Quality of the Internet connection at work. Statement: "We have old computers" [P1]
	System features	Definition: Characteristics of Web 2.0 applications and exchanges. Statement: Consult Table 3
	User support	Definition: Informatics support available at work. Statement: "We have an informatics department here. Whenever something doesn't work, we call them and they can fix it rapidly normally" [M2]
	Technological skills	Definition: Level of skills to use computer and the Internet. Statement: "I am skilled to do what I have to do" [M7]
	Tool experience	Definition: Previous emotional experience with a Web 2.0 platform. Statement: "I could spend my whole day here. I had to stop, because it could take my whole day , I'm very interested, it could take up my whole day" [M3]
Perceived Usefulness	Facilitates knowledge transfer	Definition: Opportunity to learn and stay up to date through exchanges with other members of a Web 2.0 platform. Statement: "I think it might be interesting, the opening, to have contact with other people working in the same field. Especially if it's interactive, I think that's good too, to have access to information with an easiest way than right now." [M1] "To have access to what is done in other organizations" [P3] "To seek the others' expertise" [P6]

Themes	Codes	Definitions and Statements
	Increased quality of care	Definition: Opportunity to make changes to improve care through a Web 2.0 platform. Statement: “It can get answers to people... which may be useful in their practice” [M4]
	Allows tasks to be accomplished more quickly	Definition: Opportunity to decrease time spent to search information or to do other tasks through a Web 2.0 platform. Statement: “Why reinvent something when it already exists?” [R5]
	Perceived uselessness	Definition: Personal and organizational resistance to change. Statement: “From a management point of view, I have a concern with how clinicians will use this tool and how much time they will spend on it” [M6]
Perceived Ease of Use	User friendly	Definition: Intuitive learning of a Web 2.0 platform. Statement: “if it’s complicated, it might un motivate me” [P7]
	Timely access to information	Definition: Optimizing the time fit between an informational need and its answer through a Web 2.0 platform. Statement: “If I have a problem, I need a quick response” [M7]
Time availability	-	Definition: Available time to learn about best practices and to search on the Internet. Statement: “Nobody has the time to do that” [P8]
Behavioural Intention to Use	Positive	Definition: Expected platform use. Statement: “By using it, if everything is going well, I will use it more and more often” [R4]
	Negative	Definition: Unexpected platform use. Statement: “I don’t think I will go on it [the platform] every day” [P8]

2.1 External Variables

Within external variables influencing perceived usefulness and perceived ease of use, two were related to the technology (accessibility and features of the Web 2.0 platform), three were related to users (technologic skills, tool experience and profession) and one was related to technological support provided to users. Accessibility to computers appeared to be influenced by the type of profession. Indeed, the ratio computer/professionals might be as low as 1/10 for occupational therapists and physical therapists (see Table 1). In comparison, neurologists, speech-language pathologists, clinical nurse specialists and

workers with a management role (program manager or clinical coordinator) each had a personal computer. Many participants also reported having access to poorly performing computers and slow Internet connections at work.

Because of its complexity and in light of our interview process, five subcodes were attributed to the features of the Web 2.0 platform. These subcodes are described as: identification, Web 2.0 applications, animation, look-and-feel and membership fees (see Table 3).

Table 3: System's Features

Subcodes	Definitions and Statements
Identification	Definition: Password to access the platform. Once connected, personal information is revealed. Statement: "Personally, I wouldn't have trouble identifying myself: where I'm from, what is my profession, where I work, my name... But some people might be less comfortable with this." [M5]
Web 2.0 applications	Definition: Perceived relevance of Web 2.0 applications (blogs, podcast, forums, etc.). Concerns about the quality, the relevance, the variety of exchanges. Statement: "I want quality answers" [R3]
Animation	Definition: Designated person to stimulate and organize exchanges. Statement: "Someone will monitor that? Someone will manage that?" [M1]
Look-and-feel	Definition: Platform visual. Statement: "if it is attractive, it is for sure an advantage" [P5]
Membership fees	Definition: Money to pay for the membership. Statement: "When it's free, it's evident that I will try it for a time period" [P3]

Identification referred to the login process to start using the Web 2.0 platform and to the identification of participants once on the platform. Given the general abundance of passwords individuals have to deal with, participants perceived as a barrier a secured login process. Once on the platform, the respondents' perception of the importance of identifying themselves by their name, profession and workplace was divided. Half of the participants felt that names should appear, a quarter believed that people should have the choice to identify themselves or not, and the other quarter did not want to identify themselves at all. In terms of accessing information about members' profession, more than half agreed with it being displayed, and no one completely disagreed. The remaining respondents were

ambivalent or would give members the choice to display it or not. Most participants agreed that anonymity could influence the assessment of the quality of the information.

High variability was seen among participants as to the most relevant Web 2.0 applications for professional practice. Nevertheless, some preferences are observed. Access to videos and a list of pertinent Web sites are preferred to podcasts and wikis. Two other potentially useful applications were virtual libraries and calendars because they facilitate access to documents and events that are shared by colleagues. E-mail notifications were appealing to professionals. Although some were apprehensive towards the potentially large volume of notifications, others saw notifications as a mean to save time. Asynchronous exchanges on a Web 2.0 platform emerged as more applicable to professional practice and time management than synchronous exchanges. A preference was also noted in favour of discussion forums rather than blogs. Professionals gave added value to forums that were perceived as more time efficient because of the way the threads are organized. Participants mentioned that the rating of forum threads would be more useful than knowing the number of times the thread was read. Respondents believed that threads must be relevant and contain reliable and quality information.

“It is easy to write things in the forums, but... there are those who get carried away and put too much.” [P6]

In fact, some professionals only wanted to access expert opinions: “The problem that I see with forums is that you have to read the opinion of everybody. [...] All I want is the expert.” [P8]

In addition to this concern for quality, discussion or information sharing should gave professionals the feeling that they are learning while staying focused on clinical practice.

“If the level of discussions weren’t interesting, I would eventually stop. Or if the level was, you know... the level was interesting and the questions were serious, then I’d go.” [M3]

“Theoretical and scientific information is easy to access. I think that it is more the things in day-to-day life, information in the field that are... that are less accessible.” [R5]

Then, an expressed challenge was the importance of having varied topics to interest all members regardless of their profession and workplace. Finally, the update frequency was an important feature to consider. The need to access up-to-date information integrating evidence-based knowledge and innovative, yet-to-be-proven knowledge was frequently mentioned during interviews.

“We do not have the time to go use [a Web 2.0 platform], because that changes all the time.” [P1]

“There are sites that you consult and you return to see them, and realize that it’s been a year and they have not been updated.” [P6]

All respondents thought that, to increase the credibility of a Web 2.0 platform, facilitators have to oversee the knowledge management process. Almost one-third of people said that the “look and feel” would have an impact on their use of the platform. Lastly, according to some respondents, membership fees would constitute a barrier.

For most respondents, an efficient Information technology (IT) department was already in place in their work environment. The relevance of having additional support for a Web 2.0 platform did not come out in the interviews.

According to respondents’ self-assessment of their technology skills, the great majority of professionals working in remote areas had good computer skills. Members of the MSN and professionals working within the periphery of this network said they have limited skills.

Some participants mentioned they had a pleasant previous experience with a blog or a forum related to their job. M3 claimed becoming over-addicted to this type of tool, and was forced to stop using it. P3 claimed to have a growing interest in forums or blogs but,

was still underusing Web 2.0 platform. P4 occasionally used a discussion forum. Some other respondents (R2, R4, R5) used these types of platforms outside their professional life. Others did not report any previous experience.

2.2 Perceived Usefulness

Participants identified three main uses of the Web 2.0. The primary use, mentioned by a large majority of respondents was knowledge transfer. According to them, through interactions and discussions, Web 2.0 platforms offer opportunities to learn and remain up-to-date. It is also a means to facilitate information gathering.

Respondents perceived that young health professionals and professionals working in remote areas would be most likely to benefit from knowledge exchanges that would take place on the Web 2.0 platform. Some people (P3-P8-P9-R6) mentioned that Web 2.0 applications would be more useful for patients than professionals.

For several health professionals, a Web 2.0 platform would offer the opportunity to link research evidence to clinical practice.

“It could be grouped by things that are... with evidence-based... and those looking for the clinical aspect. [...] we make sure to be on the right track than to use trial or error.”

[P4]

A second use of a Web 2.0 platform was linked to its capacity to increase quality of care. Participants felt that knowledge transfer and exchanges via the Web 2.0 platform will eventually increase the quality of work through behaviour changes related to service delivery and care standardization.

However, concerns were expressed on issues to consider to avoid duplication of resources.

"It would be good if the Website gathers the information...instead of spreading it." [R1]

The third primary use of the platform was to allow professionals to accomplish tasks more efficiently. A Web 2.0 platform could reduce time spent searching for information by expanding their sources of information through a larger network of colleagues. It might also be useful for healthcare providers because it pools efforts made in other workplaces. Respondents also felt the Web 2.0 platform could reduce travel time for meetings.

“I can have the same question as someone else, and it’s already there. It saves a search that is regularly done. I find that is practical.” [M1]

“We may lose less time to build things, but just adapt them to our setting.” [P3]

Elements describing people’s resistance to the introduction of Web 2.0 into their practice cannot be ignored. This resistance has been noted more frequently among managers and late-career professionals (M6, P7, R6). For example, a manager was afraid that employees used that kind of tool for entertainment instead of work. A lack of organizational recognition was also identified as a barrier to the use of the platform.

"It is not just the time to treat patient, we also need time to... for other things. It is less recognized in my organization. It’s really, really focused on how many patients you have seen." [P6]

Some participants considered that other means, such as face-to-face discussions or e-mail, are sufficient for their knowledge transfer needs.

“If I have a question, I will use my e-mail and will send it to someone.” [P8]

Finally, another description of perceived uselessness refers to the inequities between academic and non-academic organizations. Here is how a professional from a non-academic organization expresses her view: “Budget is not the same, things are not the same, so it’s not necessarily easy and you often feel incompetent when you compare your practices” [P1]. This participant negatively perceived Web 2.0 exchanges with professionals working in academic organizations.

2.3 Perceived Ease of Use

To encourage people to use a Web 2.0 platform, it has to be as user-friendly as possible: “If it is easy to use, we will use it more” [R2]. Providing clear and well organized information was seen as a key factor to limit learning required to use the platform and to save time.

“That things are well organized and we do not get lost in finding information, it is also good to encourage us to consult more often.” [M2]

Being able to access the information at any time, in any place, was seen as a major advantage of Web 2.0 platforms over face-to-face or phone exchanges. To meet respondents’ expectations, pages on a Web 2.0 platform must download quickly, and answers to questions should be made available in a timely fashion.

“If I have a problem, I have to quickly have access to get a fast answer. Because I will not go back three times.” [P7]

2.4 Time availability

Almost all respondents mentioned they lacked time to read about scientific evidence and to use tools such as Web 2.0 platforms. Professionals explained that these tasks are not necessarily valued in workplaces. Individuals who did not mention this barrier were managers or clinical coordinators (M4, R5).

2.5 Behavioural Intention to Use

The vast majority of participants expressed their intention to use the platform. Utilization would be gradual and would vary depending on members’ needs (P1, P2, P5, R3, R4).

"The better it goes, the more we will return, and it becomes somewhat automatic." [R4]

A realistic frequency of use was defined as once a week. Respondents expressed an “intention to use” ranging from 2 to 15 minutes per visit. Professionals expressed a low tendency to interact actively on the platform. They were more likely to access or view information than to contribute or add new information. This phenomenon was also expressed by a respondent who already uses Web 2.0 in her practice. Some people (P8, R1, R4) expressed little or no intention to use the Web 2.0 platform. According to P8 (33 years old), nobody has the time to use Web 2.0 platform as part of their job. R1 (28 years old) and R4 (46 years old) do not think they will use this type of platform.

3. Results of objective 2: Group Differences

Some differences were seen between the three groups that were studied. First, professionals working in remote areas seem to have better access to computers. Moreover, this group seems to have access to a larger network of colleagues outside their organization. Indeed, members of MSN and people within periphery of MSN interact less often with colleagues outside their organization compared with people working in remote areas. Lastly, the possibility of increasing quality of work was not mentioned by the group working in remote areas, while half of the respondents in the other two groups expressed it. No difference concerning available time was observed.

Discussion

The main objective of this study was to document professionals’ perception regarding the use of Web 2.0 in their clinical practice. Four out of five themes that emerged from our content analysis correspond to the Technology Acceptance Model (TAM) concepts (see Figure 1) [24, 25]. Only, the theme called “time availability” did not correspond to this model. This conceptual model was developed by Davis in the 1980 to better understand why individuals accept or reject technology [24, 25]. While it is not specific to the healthcare system, it has been widely used to understand IT adoption by health professionals [26]. The TAM has been used with various professionals (nurses [27,

28], physical therapists [29] and occupational therapists [30]) using different types of information and communication technologies.

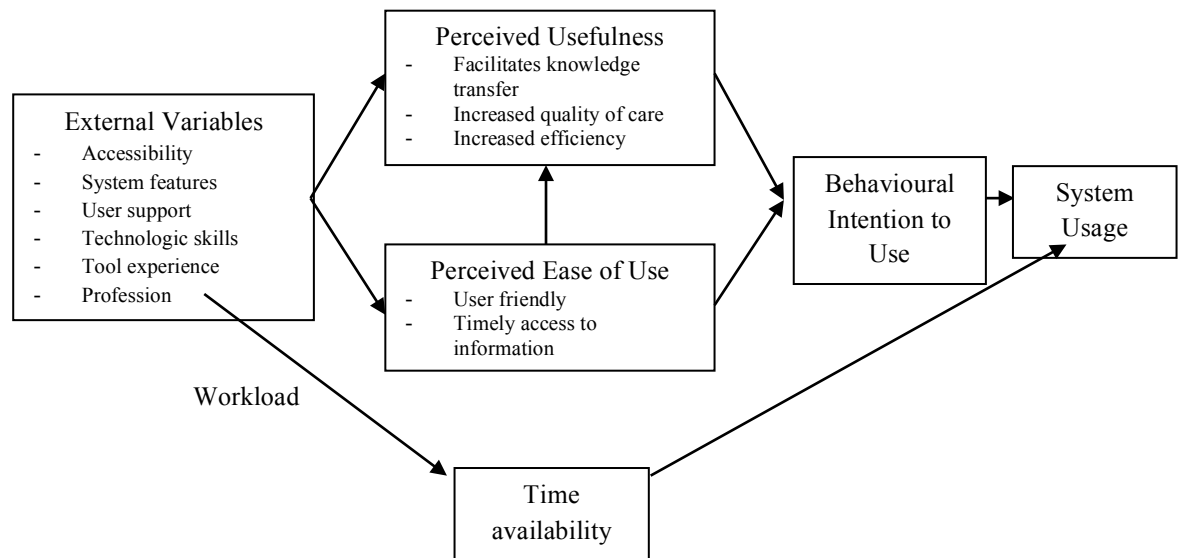


Figure 1: Modified TAM reflecting perceived factors influencing Web 2.0 adoption by health professionals

Like Van Schaik [29], our study demonstrates that technology is perceived as a support to evidence-based practice. More specifically, knowledge transfer is identified as the main use of the Web 2.0 platform. In the healthcare field, this is a major issue [31, 32]. According to the Canadian Institutes of Health Research, knowledge transfer is “a dynamic and iterative process that includes the synthesis, dissemination, exchange and ethically sound application of knowledge to improve the health of Canadians, provide more effective health services and products and strengthen the healthcare system” [33]. Knowledge transfer should therefore promote exchanges among patients, health professionals, managers, and researchers. In our study, professionals mainly expressed their need to share

clinical experiences among themselves. It is interesting to observe that information searching based on collaborative networks is part of Eysenbach's Medicine 2.0 definition [34]. Eysenbach named this concept "apomediation". But it is important to remember that, when new knowledge is emerging, clinical experience, or tacit knowledge, is as important as explicit knowledge [35].

For respondents, the ease of use of a Web 2.0 platform translates into a platform that does not require prior training i.e. that is intuitive. This is important in the current healthcare system in Quebec where resources dedicated to training are scarce and when time availability to integrating new knowledge is limited. The use of a Web 2.0 platform to obtain information in a timely fashion seems especially important to professionals working in remote areas despite their access to a large network of colleagues. Members of the MSN, working in urban regions, are probably part of larger teams and their organizations may have more human and financial resources (documentation centre, affiliated researchers, clinical coordinator). This may reflect that professionals still tend to consult their immediate peers when facing complex situations, something that professionals in remote areas cannot do because of limited access to on-site peers.

Despite high motivation from respondents to use a Web 2.0 platform that would be easy to use and would offer added value to their practice, several barriers remain. Time is by far the barrier that was most often reported. This is consistent with the results reported in other studies that looked at the Internet or technology use among various professionals (physicians, nurses, managers, physical therapists) [14, 29, 36, 37]. This lack of time is also discussed in studies on professionals' involvement in virtual communities of practice (medical imaging administrators, emergency clinicians) [21, 22]. Having available time is absolutely essential to participate in a community. This time availability is noted by Wenger, McDermott and Snyder [38] as being an important element to consider in the early stages of community development. Indeed, time is required before community members can see the added value it gives to their work. This reality is a challenge because

respondents expressed their need for rapid answers. This situation reveals a contradiction where professionals will have to make coherent choices. Although they expect to save time by using a Web 2.0 platform to answer their knowledge needs, they will need to invest time to avoid disruptiveness in the flow of information that will be conveyed by the platform. Organizations will need to address this issue to optimize professionals' time.

During content analysis, classification of external variables influencing perceived usefulness and ease of use was particularly challenging. These variables cover a large spectrum of fields and characteristics with no clear pattern in the selection of external variables across studies [26]. Despite this, several studies have mentioned the low competency of health professionals in using tools available on the Web (databases, virtual community of practice and other information online) [14, 22, 36, 39]. Our study supports this observation in that a significant proportion (37.5%) of respondents estimated having low technological skills. Information technology training should be part of university programs and continuing education sessions for health professionals to enhance their professional skills and encourage behaviour changes. According to cyber-psychology, technological skills are correlated with age [40, 41]. This relationship has not been identified in our results because respondents having no intention to use a Web 2.0 platform were between 33 and 46 years of age. Moreover, no relationship was identified between expressed intention to use and technological skills.

Although it is not shown in our adaptation of the TAM, some respondents perceived a Web 2.0 platform as having little or no use for knowledge transfer. They did not perceive the need to introduce a new knowledge transfer strategy illustrating the existence of other means of knowledge transfer, while others reported lack of support from the organization, putting more emphasis on the number of patients treated, two concepts defined by Paré [42] as "vision clarity" and "organizational flexibility".

When comparing the three subgroups, very little difference is observed. Professionals working in remote areas may represent a group who will easily accept introducing a Web 2.0 platform in their practice because they seem to have better access to computers. However, according to our results, they were less likely to perceive this new knowledge transfer strategy as a useful one because of already well established networks outside their workplace. Moreover, the fact that members of the MSN and people within periphery of the MSN interact less with colleagues outside their organization could possibly explain why only two people from the MSN mentioned that it is important the Web 2.0 platform meet their information needs at the right time, while this need was reported by almost all respondents from the other two groups.

Limitations

Our study has some limitations. First, all respondents were women. However, according to the 2006 Canadian Census [43], four out of five health workers are women (80%). The fact that only four participants worked strictly with stroke patients could be seen as a limitation since the future Web 2.0 platform is intended to be focussed on stroke care. But again, our study population is representative of the current organization of care, where health professionals must often deal with multiple clientele [44]. Another limitation refers to empirical saturation. Despite the number of interviews (n=24), empirical saturation in each group was probably not reached. We used a purposive sampling approach to recruit our participants when, usually under a phenomenological approach, participants should be chosen based on the intensity of their experience of the phenomenon. Respecting this condition would have limited our capacity to recruit since Web 2.0 applications are still emerging in the healthcare field. To compensate this situation, we asked respondents about their level of skills with technology and we had a variety at this level. The interview as a data collection method has possibly created a social desirability bias of mainly related to the expressed intention to use the Web 2.0 platform. Further studies are needed to take into consideration the organization and system levels in addition to the individual level as

recommended by Karsh [45]. Lastly, it is important to be aware that, in qualitative research, results may be transferable, but are not necessarily generalizable.

Conclusion

In this study, we aimed to understand professionals' perception and needs regarding the introduction of a future Web 2.0 platform into their practice. Previous studies have shown that a positive attitude is often associated with a high level of technology acceptance and adoption [46, 47]. Our results reveal that professionals consider Web 2.0 to be very useful for knowledge transfer. However, the lack of time and lack of technological skills are limitations to their future use of this technology. The introduction of Web 2.0 platforms undoubtedly requires a change in work habits. Professionals still seem to be inclined to use general search engines (e.g.: Google) to meet their information needs, while sites more specific to their profession could allow them to access to more relevant information. Eventually, it might be interesting to investigate patients' perception of Web 2.0 platforms technology since this technology may be of interest to them as stated by some of the respondents.

Acknowledgements

This research was supported by a grant from the Canadian Institutes of Health Research. The funding agency had no involvement with this paper. Lise Poissant and Annie Rochette have a salary award by FRSQ.

Conflicts of Interest

None.

References

1. Glasgow RE, Emmons KM. How Can We Increase Translation of Research into Practice? Types of Evidence Needed. *Annual Review of Public Health*, 2007. 28: p. 413-433. PMID:17150029.
2. Lemieux-Charles L, McGuire W, Blidner I. Building interorganizational knowledge for evidence-based health system change. *Health Care Manage Rev*, 2002. 27(Schwamm et al.): p. 48-59. PMID:12146783.
3. Salbach NM, Jaglal SB, Korner-Bitensky N, Rappolt S, Davis D. Practitioner and organizational barriers to evidence-based practice of physical therapists for people with stroke. *Phys Ther*, 2007. 87(10): p. 1284-303. PMID:17684088.
4. Salbach NM, Guilcher SJ, Jaglal SB, Davis DA. Determinants of research use in clinical decision making among physical therapists providing services post-stroke: a cross-sectional study. *Implement Sci*, 2010. 5: p. 77. PMID:20946678.
5. Dumoulin C, Korner-Bitensky N, Tannenbaum C. Urinary incontinence after stroke: identification, assessment, and intervention by rehabilitation professionals in Canada. *Stroke*, 2007. 38(10): p. 2745-51. PMID:17823380.
6. Korner-Bitensky N, Desrosiers J, Rochette A. A national survey of occupational therapists' practices related to participation post-stroke. *J Rehabil Med*, 2008. 40(4): p. 291-7. PMID:18382825.
7. Rochette A, Korner-Bitensky N, Desrosiers J. Actual vs best practice for families post-stroke according to three rehabilitation disciplines. *J Rehabil Med*, 2007. 39(7): p. 513-9. PMID:17724549.
8. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, Whitty P, Eccles MP, Matowe L, Shirran L, Wensing M, Dijkstra R, Donaldson C. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 2004. 8(6): p. iii-iv, 1-72. PMID:14960256.
9. World Stroke Organization - Stroke Guideline Sub-Committee, *Clinical Practice Guideline Development Handbook for Stroke Care*, 2009. p. 25.
10. Canadian Stroke Strategy, *Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care (update 2010)*, 2010. p. 230.
11. Poissant L, Ahmed S, Riopelle RJ, Rochette A, Lefebvre H, Radcliffe-Branch D. Synergizing expectation and execution for stroke communities of practice innovations. *Implement Sci*, 2010. 5: p. 44. PMID:2890694.
12. StrokEngine. 2010; <http://www.strokengine.ca/> Archived at: <http://www.webcitation.org/63LFYyt8Q>
13. Teasell R. 2011.EBR SR: Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation. <http://www.ebrsr.com/>

14. Doney L, Barlow H, West J. Use of libraries and electronic information resources by primary care staff: outcomes from a survey. *Health Info Libr J*, 2005. 22(Schwamm et al.): p. 182-8. PMID:16109146.
15. Glasgow RE, Goldstein MG, Ockene JK, Pronk NP. Translating what we have learned into practice. Principles and hypotheses for interventions addressing multiple behaviors in primary care. *Am J Prev Med*, 2004. 27(2 Suppl): p. 88-101. PMID:15275677.
16. Van De Belt TH, Engelen LJ, Berben SA, Schoonhoven L. Definition of Health 2.0 and Medicine 2.0: a systematic review. *J Med Internet Res*, 2010. 12(Coley et al.): p. e18. PMID:20542857.
17. Mathieu J. Blogs, podcasts, and wikis: the new names in information dissemination. *J Am Diet Assoc*, 2007. 107(4): p. 553-5. PMID:17383254.
18. Kamel Boulos MN, Maramba I, Wheeler S. Wikis, blogs and podcasts: a new generation of web-based tools for virtual collaborative clinical practice and education. *BMC Med Educ*, 2006. 6: p. 41. PMID:16911779.
19. McLean R, Richards BH, Wardman JI. The effect of Web 2.0 on the future of medical practice and education: Darwikinian evolution or folksonomic revolution? *Med J Aust*, 2007. 187(Schwamm et al.): p. 174-7. PMID:17680746.
20. Rethlefsen ML, Rothman DL, Mojon DS, *Internet Cool Tools for Physicians Berlin: Springer; 2009. ISBN:978-3-540-76381-9*
21. Nagy P, Kahn CE, Jr., Boonn W, Siddiqui K, Meenan C, Knight N, Safdar N. Building virtual communities of practice. *J Am Coll Radiol*, 2006. 3(9): p. 716-20. PMID:10599298.
22. Curran JA, Murphy AL, Abidi SS, Sinclair D, McGrath PJ. Bridging the gap: knowledge seeking and sharing in a virtual community of emergency practice. *Evaluation and the Health Professions*, 2009. 32(Schwamm et al.): p. 312-25. PMID:19696084.
23. Giorgi A, De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines: théorie, pratique et évaluation, In: Poupart J, Deslauriers J-P, Groulx L-H, Laperrière A, Mayer R, Pires AP, editors. *La recherche qualitative*, Montréal: Gaëtan Morin; 1997. p. 113-169.
24. Davis FD, *A Technology Acceptance Model for Empirically Testing New End-User Information Systems: Theory and Results*, 1986, MIT Sloan School of Management: Cambridge, MA.
25. Davis FD, Bagozzi RP, Warshaw PR. User Acceptance Of Computer Technology: A Comparison Of Two. *Management Science*, 1989. 35(8): p. 982-1003.
26. Holden RJ, Karsh BT. The technology acceptance model: its past and its future in health care. *J Biomed Inform*, 2010. 43(1): p. 159-72. PMID:19615467.
27. Rawstorne P, Jayasuriya R, Caputi P. Issues in predicting and explaining usage behaviors with the technology acceptance model and the theory of planned behavior when usage is mandatory. *Proceedings of the twenty first international conference on Information systems*. 2000; 35-44.

28. Tung FC, Chang SC, Chou CM. An extension of trust and TAM model with IDT in the adoption of the electronic logistics information system in HIS in the medical industry. *Int J Med Inform*, 2008. 77(5): p. 324-35. PMID:17644029
29. Van Schaik P, Bettany-Saltikov JA, Warren JG. Clinical acceptance of a low-cost portable system for postural assessment. 2002. 21(1): p. 47-57.
30. Schaper LK, Pervan GP. ICT and OTs: a model of information and communication technology acceptance and utilisation by occupational therapists. *Int J Med Inform*, 2007. 76 Suppl 1: p. S212-21. PMID:16828335.
31. Oborn E, Barrett M, Racko G. Knowledge Translation in Healthcare: A Review of the Literature. 2010, 29. http://www.jbs.cam.ac.uk/research/working_papers/2010/wp1005.pdf
32. Graham ID, Logan J, Harrison MB, E. SS, Tetroe J, Caswell W, Robinson N. Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2006. 26: p. 13-24. PMID:16557505.
33. Tetroe J. Knowledge Translation at the Canadian Institutes of Health Research: A Primer Focus: Technical brief, 2007; 18, 1-8. <http://www.ncddr.org/kt/products/focus/focus18/>
34. Eysenbach G. Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness. *J Med Internet Res*, 2008. 10(Schwamm et al.): p. e22. PMID:18725354.
35. Nonaka I, Reinmoeller P, Senoo D, Integrated IT Systems to Capitalize on Market Knowledge, In: von Krogh G, Nonaka I, Nishiguchi T, editors. *Knowledge Creation A source of Value*, New York: Palgrave; 2000. p. 36-60.
36. Younger P. Internet-based information-seeking behaviour amongst doctors and nurses: a short review of the literature. *Health Info Libr J*, 2010. 27(1): p. 2-10. PMID:20402799.
37. Yarbrough AK, Smith TB. Technology acceptance among physicians: a new take on TAM. *Medical Care Research and Review*, 2007. 64(6): p. 650-72. PMID:17717378.
38. Wenger E, McDermott R, Snyder WM, *Cultivating Communities of Practice* Boston: HBS press; 2002. ISBN:1578513308
39. Kloda LA, Bartlett JC. Clinical information behavior of rehabilitation therapists: a review of the research on occupational therapists, physical therapists, and speech-language pathologists. *Journal of the Medical Library Association*, 2009. 97(Schwamm et al.): p. 194-202. PMID:19626145.
40. Prensky M. *Digital Natives, Digital Immigrants*. On the Horizon, 2001. 9(5): p. 1-6.
41. Chiang I, Huang C. Characterizing Web users' degree of Web 2.0-ness. *Journal of the American Society for Information Science & Technology*, 2009. 60(7): p. 1349-1357.
42. Pare G, Sicotte C, Poba-Nzaou P, Balouzakis G. Clinicians' perceptions of organizational readiness for change in the context of clinical information system

- projects: insights from two cross-sectional surveys. *Implementation Science*, 2011. 6(1): p. 15. PMID:21356080.
43. Statistics Canada. 2006.Census of Population. <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-eng.cfm?TABID=1&LANG=E&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=837928&GK=1&GRP=1&O=D&PID=97616&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=76&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=1&D4=0&D5=0&D6=0> Archived at: <http://www.webcitation.org/query?id=1321813382531795>
 44. Ministère de la Santé et des Services sociaux, L'architecture des services de santé et des services sociaux: Les programmes-services et les programmes-soutien, 2004. p. 30.
 45. Karsh BT, Escoto KH, Beasley JW, Holden RJ. Toward a theoretical approach to medical error reporting system research and design. *Applied Ergonomics*, 2006. 37(Schwamm et al.): p. 283-95. PMID:16182233.
 46. Pare G, Sicotte C, Jacques H. The effects of creating psychological ownership on physicians' acceptance of clinical information systems. *J Am Med Inform Assoc*, 2006. 13(Coley et al.): p. 197-205. PMID:16357351.
 47. Alquraini H, Alhashem AM, Shah MA, Chowdhury RI. Factors influencing nurses' attitudes towards the use of computerized health information systems in Kuwaiti hospitals. *J Adv Nurs*, 2007. 57(4): p. 375-81. PMID:17291201

CHAPITRE 6 : RÉSULTATS SUPPLÉMENTAIRES

Le chapitre suivant rapporte certains résultats et analyses non présentés dans le manuscrit du chapitre précédent. En effet, en plus d'avoir des informations sur la perception des professionnels par rapport à l'introduction du Web 2.0 dans leur pratique, les données recueillies par entrevues ont permis d'avoir un aperçu de la perception des professionnels par rapport à la pratique basée sur les données probantes. Cette thématique sera abordée en trois sous-sections : le niveau de connaissances des professionnels par rapport à la pratique factuelle, les moyens à leur disposition pour accéder aux connaissances explicites et tacites et leur auto-évaluation de l'application d'une telle pratique.

6.1 Pratique basée sur les données probantes

6.1.1 Niveau de connaissances

Tout d'abord, le niveau de connaissances des répondants en lien avec la pratique factuelle était variable. En grande majorité (n=17/24), les participants à l'étude étaient en mesure de donner spontanément une définition appropriée de la pratique basée sur les données probantes. Par contre, très peu des définitions mentionnées intégraient les notions liées à l'expérience clinique et aux préférences des patients, elles mettaient plutôt l'emphase sur les données provenant de la recherche. Il a été surprenant de constater que certains répondants (n=3) ne connaissaient pas du tout ce concept. Ces derniers étaient tous âgés de 40 ans ou plus.

Certains répondants (n=4) ont mentionné qu'il existe peu de données probantes liées à leur pratique. Un de ces répondants avait cinq ans d'ancienneté avec la clientèle AVC en soins aigus, milieu de travail pour lequel il existe pourtant de nombreuses données provenant de la recherche. Il faut toutefois mentionner que ce répondant venait de recommencer à travailler avec cette clientèle puisque son milieu de travail oblige une rotation du personnel avec diverses clientèles. Voici un extrait de l'entrevue : « dans les cas d'AVC, j'ai moins connaissance qu'il y a des recherches avec des données probantes ».

Comme le démontre les deux extraits suivants, d'autres participants perçoivent qu'il existe peu de données probantes spécifiques à leur pratique puisqu'ils travaillent à la dernière phase de la réadaptation, en réintégration sociale, ou dans la communauté :

« Il y a très peu de recherches qui est faite en réadaptation sur plusieurs sujets et encore moins au niveau de la réinsertion sociale »

« Il y a moins de choses, ce n'est pas très développé en CLSC [centre local de services communautaires]. [...] C'est une approche globale, je te dirais qui est plus...qui est axée sur les besoins, que ce soit AVC ou une autre clientèle ».

6.1.2 Accès

Les sources pour accéder aux données probantes étaient également très variables d'un répondant à l'autre. Les sources les plus fréquemment mentionnées ont été Internet (n=22), les collègues de travail travaillant dans le même milieu (n=21) et les articles scientifiques accessibles en ligne ou via le centre de documentation du milieu de travail (n=21). Les collègues travaillant dans un autre milieu de travail, des congrès / colloques / conférences et les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* étaient d'autres exemples de sources répandues pour accéder aux données probantes en lien avec l'AVC. À ce sujet, des applications du Web 2.0 n'ont été mentionnées que par un seul répondant : « des blogues et des forums, je te dirais que je commence de plus en plus à l'utiliser ». Le répondant qui a mentionné ces outils pour obtenir des informations sur les données probantes faisait partie du groupe en périphérie du RMAVC et était âgé de plus de 45 ans.

6.1.3 Application

En ce qui a trait à l'application d'une pratique basée sur les données probantes, diverses inégalités ont été soulevées. Tout d'abord, trois personnes travaillant en soins aigus et une autre travaillant en réadaptation fonctionnelle intensive avec des patients

hospitalisés ont fait part de leur questionnement par rapport à l'existence et l'application des données probantes dans les professions différentes de la leur. Ces quatre répondants avaient tous des professions différentes : ergothérapeute, orthophoniste, infirmière et physiothérapeute. Il y a donc place aux questionnements par rapport aux communications interprofessionnelles en lien avec la pratique factuelle.

Différentes personnes interviewées, représentant minimalement un établissement de chaque étape du continuum de services offerts à la clientèle AVC, ont expliqué que l'application des données probantes est un choix individuel. De plus, les organisations accordent des niveaux d'importance divergeant par rapport à l'implication des professionnels dans des activités visant l'application des données probantes. Voici un extrait d'un répondant expliquant sa réalité organisationnelle : « Parce qu'on nous dit : Que tu étais à une réunion ou pas, [il] faut que tu vois autant de patients, que tu en évalues autant ». À l'opposé, certains milieux organisent plusieurs réunions d'équipe pour discuter des dernières évidences. Toutefois, la plupart du temps aucun suivi n'est fait sur l'utilisation des nouvelles connaissances acquises par après. Comme un gestionnaire faisant parti du RMAVC l'a expliqué, l'application des données probantes, « ça dépend de la curiosité des gens ». Du côté des cliniciens, une personne a ouvertement expliqué qu'elle n'utilise pas volontairement les données provenant de la recherche. Ce répondant a expliqué qu'il préfère se fier sur son expérience professionnelle puisque : « ils [les patients] sont tous différents, donc ce qui marche pour un ne marche pas nécessairement pour l'autre ».

De plus, un participant a souligné la présence d'iniquités entre les milieux du système de santé universitaires et non universitaires. Voici comment ce répondant travaillant dans un milieu non universitaire a exprimé son point de vue : « Le budget n'est pas pareil, les choses ne sont pas pareilles, donc ce n'est pas toujours nécessairement évident et tu te sens incompétente souvent ».

Finalement, tout comme pour l'utilisation d'une technologie telle qu'une plateforme Web 2.0, le manque de temps des professionnels est ressorti comme une barrière importante à l'application d'une pratique factuelle.

6.1.4 Impact

Une proportion relativement faible de répondants (n=3) a affirmé spontanément que l'application d'une pratique factuelle pouvait mener à des changements de pratique qui seraient bénéfiques pour les patients. De plus, un seul répondant a expliqué que l'application d'une pratique basée sur des données probantes pourrait éventuellement contribuer à la standardisation de la pratique. Un répondant a identifié un impact négatif associé aux données probantes. Selon celui-ci, ces données pourraient encourager une certaine forme d'acharnement thérapeutique : « Des fois on s'acharne à...à vouloir ou à essayer que le client récupère le plus possible, mais à un moment donné, la récupération...faut dire, ce n'est pas nécessairement réaliste de penser qu'il va y en avoir une récupération ».

CHAPITRE 7 : DISCUSSION

Le septième chapitre pose un regard différent sur les divers résultats obtenus dans le cadre de la présente étude et soulève des explications visant à mieux les interpréter. Par le fait même, il met en relation les résultats présentés avec les résultats de recherches semblables. Il reprendra les principaux éléments discutés dans le manuscrit présenté dans le chapitre 5 tout en y intégrant les points présentés au chapitre 6. Ce chapitre rapporte également les différentes limites méthodologiques de l'étude. Enfin, des recommandations pour favoriser le développement d'une plateforme Web 2.0 adaptée aux besoins et aux préférences des utilisateurs potentiels sont formulées.

7.1 Principaux constats de la recherche

L'objectif principal de cette étude était de documenter la perception des professionnels de la santé travaillant auprès de la clientèle AVC face à l'introduction du Web 2.0 dans leur pratique et ce, avant le développement d'une plateforme Web 2.0 leur étant dédiée. Selon les résultats obtenus, ce moyen technologique demeure en émergence pour soutenir une pratique basée sur les données probantes puisque très peu de répondants ont affirmé utiliser le Web 2.0 à cet effet. Cette situation peut possiblement s'expliquer par la présence d'une perception divergente entre la pratique factuelle et le Web 2.0. En effet, en entrevue, les professionnels de la santé ont défini la pratique basée sur les données probantes comme l'application des résultats provenant de la recherche dans la pratique clinique. À l'opposé, la grande majorité des répondants ont exprimé la pertinence d'une plateforme Web 2.0 pour échanger des expériences professionnelles, soit des connaissances tacites.

Malgré l'existence de perceptions divergentes entre la pratique factuelle et le Web 2.0 dans les résultats recueillis, il est important de rappeler que la définition intégrale d'une pratique factuelle intègre les concepts d'expérience professionnelle et de préférences du client à la notion de données issues de la recherche (Law, 2008). Ainsi, les professionnels interviewés accordaient sans doute peu d'importance au développement d'une plateforme Web 2.0 pour les soutenir dans l'application d'une pratique factuelle étant donnée que

divers moyens pour accéder aux résultats issues de la recherche sont déjà mis à leur disposition (p. ex. : bases de données en ligne ou des centres de documentation). Ainsi, de façon inconsciente, le Web 2.0 représente un moyen intéressant pour les professionnels de la santé puisque ses capacités interactives permettent d'intégrer aisément les connaissances tacites à des connaissances issues de la recherche. En effet, la pertinence de la création d'un lieu virtuel d'échanges portant sur les spécificités de la pratique quotidienne a été démontré par l'analyse de contenu de 2104 échanges virtuels d'un regroupement de 398 ergothérapeutes travaillant auprès d'une clientèle pédiatrique (Long, de Jonge, Ziviani, & Jones, 2009).

Malgré les multiples potentiels du Web 2.0, différentes contraintes en lien avec son utilisation ont été verbalisées lors des entrevues et ce, autant au niveau des connaissances, des individus que des organisations du système de santé. Tout d'abord, une des préoccupations qui est ressortie en entrevue par rapport au Web 2.0 touche le niveau de la qualité de l'information et le système de gestion des informations. Dans la littérature, une absence d'unanimité est observable en ce qui a trait à la qualité de l'information disponible sur le Web. D'après Street et al. (2007), l'engagement des utilisateurs dans un site Internet assure sa pertinence. Des inquiétudes restent tout de même présentes dans la littérature en ce qui a trait à la désorganisation des sites, au manque de contrôle des publications, au manque de normalisation, aux contenus trompeurs ou incomplets et aux problèmes concernant la gestion des mises à jour (Ahern, Kreslake, & Phalen, 2006; Benigeri & Pluye, 2003; Kovic, Lulic, & Brumini, 2008).

De plus, différentes barrières individuelles à l'utilisation du Web 2.0 ont été mentionnées, dont plus particulièrement le manque d'habiletés technologiques et le manque de temps. Ces deux barrières sont bien documentées dans la littérature s'intéressant aux technologies de l'information dans le domaine de la santé (Curran et al., 2009; Doney et al., 2005; Kloda & Bartlett, 2009; Van Schaik, Bettany-Saltikov, & Warren, 2002; Yarbrough & Smith, 2007; Younger, 2010). Le manque de compétences technologiques est toutefois

une barrière qui tend graduellement à s'estomper puisque les jeunes professionnels sont de plus en plus familiers avec ce genre d'outils. L'apprentissage d'une utilisation optimale des divers outils du Web 2.0 dans une optique professionnelle demeure toutefois souhaitable afin d'établir une distinction entre une utilisation pour les loisirs et pour le travail. Cette préoccupation est d'ailleurs ressortie d'une entrevue avec un gestionnaire. En ce qui a trait au manque de temps des professionnels de la santé, une revue systématique de la littérature (Chaudhry et al., 2006) démontre que le temps requis pour utiliser des technologies de l'information a des impacts très variables sur la pratique clinique d'un contexte à l'autre. Par exemple, la technologie peut contribuer à augmenter le temps d'utilisation d'ordinateur ou augmenter ou diminuer le temps de prestation de services. À ce sujet, il est intéressant de constater que les quelques répondants n'ayant pas rapporté manquer de temps pour utiliser une plateforme Web 2.0 avaient tous des postes de gestion. Une réflexion sur la pertinence d'une implication de leur part dans la promotion de ce genre d'outils et sur la répartition des tâches à privilégier avec les intervenants pour une meilleure intégration dans les processus de travail serait à poursuivre.

Bien que plusieurs répondants aient souligné manquer de temps pour utiliser une plateforme Web 2.0 dans le cadre de leur travail, une des trois utilités principales d'une plateforme Web 2.0 était la possibilité de sauver du temps. Cette utilité perçue faisait souvent référence à la diminution de la répétition de recherches de connaissances pour répondre à certaines questions cliniques.

Une telle constatation révèle la présence d'une structure paradoxale liée au temps. En effet, comment expliquer que les professionnels de la santé manquent de temps pour sauver du temps? Comme certains fondateurs de l'École Palo Alto l'expliquent (Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1975), un paradoxe est un modèle communicationnel menant à une double contrainte soit une paire d'injonctions adressées à quelqu'un qui ne peut en satisfaire une sans violer l'autre. Dans la situation observée, il pourrait être émis comme hypothèse que les professionnels de la santé perçoivent que leur employeur et/ou

leurs patients leur imposent des injonctions explicites ou implicites en lien avec le nombre d'heures de traitement à offrir. Cette dernière responsabilité serait en contradiction avec l'implication qu'ils ont à accorder à la mise à jour de leurs connaissances et aux changements de leur pratique.

Malgré la possibilité de mettre en commun les efforts sur le Web 2.0, relativement peu de répondants ont exprimé que des échanges virtuels autour de la pratique factuelle avec la clientèle AVC engendraient des changements de pratique. Cette observation est surprenante puisque selon un sondage réalisé auprès de 270 physiothérapeutes travaillant avec la clientèle AVC en Ontario, 84% des répondants étaient d'avis que la pratique basée sur les données probantes améliore la qualité des soins (Salbach et al., 2007). Cette observation s'explique possiblement en partie par le fait que les professionnels sont conscients que l'introduction de nouvelles connaissances pour éclairer une prise de décision ou pour modifier une pratique professionnelle est un processus complexe qui comprend plusieurs étapes. En effet, selon les travaux de l'Institut national de santé publique (2009), sept étapes décrivent ce processus: la production, l'adaptation, la diffusion, la réception, l'adoption, l'appropriation et l'utilisation. Selon les résultats obtenus, les applications interactives du Web 2.0 peuvent être utiles dans différentes étapes de ce processus. Le blogue ou les wikis peuvent faciliter l'adaptation du format des connaissances en fonction des préoccupations du public visé. Les applications du Web 2.0 représentent un moyen de diffusion qui peut rejoindre facilement un large public. Elles peuvent également être un lieu d'échanges en ce qui a trait aux éléments pris en considération lors de l'adoption ou du rejet d'une pratique. Toutefois, l'aspect virtuel du Web 2.0 a ses limites et ce, plus particulièrement en ce qui a trait à l'utilisation « terrain » des connaissances. Aussi, une distinction reste à faire entre des changements dits volontaires et ceux non-volontaires (Grol, 1992). Dans le meilleur des cas, le changement provient de la motivation interne des personnes ciblées. Il est cependant également possible que cette motivation provienne d'une source externe, ce qui résulte souvent par des effets uniquement à court terme (Grimshaw et al, 2004).

D'autres résultats obtenus suggèrent que certaines barrières liées à l'utilisation des technologies se situent au niveau des organisations du système de santé. En effet, les résultats suggèrent que le niveau d'importance accordée par les organisations aux activités de transfert de connaissances est variable d'un établissement à l'autre. Cette hypothèse est appuyée par les résultats d'un questionnaire administré à 137 cliniciens et 28 gestionnaires travaillant dans un centre de réadaptation québécois (Touré et al., 2011). Selon cette étude, 66,6% des répondants au sondage sont d'avis que leur milieu de travail est préparé de façon modérée face à l'introduction de technologies. D'après un modèle proposé par Armenakis et coll. (Backer, 1995), il serait possible d'augmenter l'état de préparation au changement en trois étapes. D'abord, il est nécessaire d'évaluer l'état de préparation au changement. Cet état doit ensuite être contextualisé. Finalement, il est possible d'augmenter la préparation au changement en stimulant une participation active, en communiquant les changements de façon persuasive et en gérant les sources d'informations externes. Des iniquités entre les milieux du système de santé universitaires et non universitaires ont également été évoquées en entrevue. Farand et Arocha (2004) semblent partager cette perception en expliquant qu'il serait généralement accepté que les décisions cliniques faites dans les centres universitaires sont supérieures à celles faites dans d'autres contextes.

Deux autres études appuie l'hypothèse voulant qu'une barrière importante dans la mise en place d'une technologie se situe au niveau des organisations du système de santé (Ash et al., 2003; Girard, Rochette, & Fillion, 2011). D'abord, l'étude qualitative d'Ash et coll. démontre l'importance de l'implication de l'organisation en mettant en lumière la perception de cliniciens, de travailleurs en TIC et de gestionnaires par rapport à l'implantation d'un système de prescription électronique. D'après leurs résultats, deux éléments clés sont liés au succès de l'implantation d'un système de prescription électronique : une culture organisationnelle caractérisée par la collaboration et la confiance et un processus itératif impliquant les cliniciens dans l'adaptation de la technologie. Cette conclusion est toutefois partiellement transférable au Web 2.0. En effet, contrairement à un système de prescription électronique, l'implantation du Web 2.0 peut se faire de façon

graduelle en parallèle avec les façons de faire habituelles. Enfin, une étude exploratoire récente réalisée auprès de trois gestionnaires travaillant dans des programmes de neurologie rapporte qu'il manquerait actuellement de structure organisationnelle en ce qui a trait au transfert de connaissances dans le système de santé québécois auprès de la clientèle AVC (Girard et al., 2011).

Les résultats présentés montrent donc plusieurs utilités et barrières perçues par les professionnels de la santé et les gestionnaires. Malgré le manque de temps, le manque de compétences technologiques, les résistances organisationnelles et les questionnements en lien avec la qualité des informations sur le Web, le domaine de la santé assiste présentement à une effervescence d'initiatives technologiques. Cette réalité a un impact autant au niveau pédagogique (Weiss-Lambrou & Macfadyen, 2005), clinique (Sicotte & Pare, 2010), qu'organisationnel et politique (Lehoux, Williams-Jones, Miller, Urbach, & Tailliez, 2008). Il faut cependant éviter que ces initiatives technologiques se réalisent de façon indépendante aux efforts de transfert de connaissances dans le domaine des AVC. À ce égard, il faudrait prendre exemple sur les travaux de Heinemann et coll. (2003) qui ont évalué l'efficacité d'un programme de conférences éducatives sur les lignes directrices de réadaptation post-AVC. Il est également essentiel d'adresser les barrières organisationnelles à l'utilisation des technologies et au transfert de connaissances.

Étant donné que cette étude s'inscrit dans un processus de développement d'une plateforme Web 2.0 dédiée aux professionnels de la santé travaillant avec la clientèle AVC, il a été jugé pertinent d'élaborer des recommandations en s'appuyant sur les différents résultats obtenus lors des entrevues. Trois recommandations principales ont été retenues. Tout d'abord, avant d'implanter la plateforme Web 2.0, il s'avère essentiel de désigner des animateurs en charge de la gestion des communications. Comme l'indique des études analysées dans le cadre d'une revue systématique de la littérature (Li et al., 2009), les différents rôles remplis par les animateurs auraient un impact direct sur le succès ou l'insuccès d'une communauté de pratique. D'abord, les animateurs d'une communauté

virtuelle se doivent d'être à l'écoute des besoins des membres. Ensuite, leurs rôles principaux consistent à faciliter les échanges, la réflexion sur la pratique, le partage de connaissances (tacites et explicites) et le processus de co-construction de savoirs collectifs. Par le fait même, ils donnent un rythme à la communauté en intervenant de façon stratégique dans les environnements d'échanges. Finalement, ils font le lien, au besoin, avec des collaborateurs externes afin d'assurer la pertinence et la validité des connaissances échangées.

La deuxième recommandation réfère à la minimisation des apprentissages à faire pour être en mesure d'utiliser une plateforme Web 2.0. Comme le suggère le modèle comportemental de Fogg (2011), le niveau de complexité d'un comportement représente l'un des trois éléments influençant sa survenue; les deux autres éléments étant le niveau de motivation et l'élément déclencheur. Selon ce modèle, plus un comportement est facile à réaliser, moins le niveau de motivation requis est élevé. À l'inverse, plus un comportement nécessite des habiletés complexes, plus le niveau de motivation lié à ce comportement doit être grand.

Enfin, la dernière recommandation est qu'il est important de s'assurer que les informations soient disponibles au moment opportun. Les professionnels de la santé auront peu ou pas tendance à utiliser un outil, tel qu'une plateforme Web 2.0, s'ils se butent à des problèmes techniques lors de leurs premières utilisations. De plus, la plateforme Web 2.0 doit représenter une valeur ajoutée comparativement à d'autres stratégies de transfert de connaissances déjà en place dans leur pratique ou leur milieu de travail.

7.2 Limites de la recherche

La réalisation d'une étude présente des limites dont il est important de tenir compte lors de l'interprétation des résultats. D'abord, il est important de se rappeler que la présente étude renvoie à un devis qualitatif. Il importe de souligner que les résultats sont donc valides pour les participants à l'étude, car il n'est pas l'objectif d'une étude qualitative de

généraliser à l'ensemble de la population et il en serait difficile en raison de la taille de l'échantillon.

En ce qui a trait à l'échantillonnage, deux modes de recrutement ont été choisis : un échantillonnage par choix raisonné et un échantillonnage de convenance. Pour ce qui est de l'échantillonnage par choix raisonné, la sélection des participants à l'étude n'a pas tenu compte, a priori, de l'expérience des professionnels par rapport au phénomène étudié. Cependant, une telle réflexion est souvent privilégiée dans un cadre méthodologique phénoménologique. Étant donné que le sujet de cette étude traite d'une innovation dans le domaine de la santé, soit le Web 2.0, il aurait été ardu de recruter suffisamment de participants en tenant compte de cette variable. De plus, le choix d'un échantillon de convenance pour le groupe de professionnels travaillant en région éloignée a permis un gain de temps et d'efforts au dépens de la crédibilité des données recueillies. En effet, la crédibilité des données provenant d'un échantillon de convenance est diminuée puisque les participants recrutés avaient sans doute un intérêt pour le sujet de recherche présenté.

Notre étude comporte aussi certaines limites méthodologiques. La longueur des entrevues s'est avérée limitée pour certains professionnels, variant de 40 à 75 minutes. En effet, puisque les professionnels de la santé ont tous un horaire chargé, une certaine pression était mise sur l'interviewer afin d'accélérer le processus d'entrevue. Par ailleurs, les entrevues n'ont pas été réalisées de façon répétée bien que cette technique soit recommandée en phénoménologie. À cet égard, il serait intéressant de refaire des entrevues avec les mêmes participants afin d'examiner l'évolution de leurs perceptions une fois la plateforme Web 2.0 inaugurée. Enfin, le choix de recueillir l'information par entrevue peut avoir entraîné un biais de désirabilité sociale surtout en ce qui a trait à l'intention d'utilisation exprimée. Toutefois, le choix d'une approche qualitative a permis d'explorer certains concepts beaucoup plus en profondeur.

Pour ce qui est de l'analyse des données, une approche inductive inspirée de la phénoménologie a été privilégiée. Différentes stratégies ont été mises en place afin

d'assurer la rigueur de l'analyse des résultats dont l'utilisation d'un journal de bord (voir Chapitre 4.6). Une autre limite renvoie à la saturation empirique. Malgré le nombre total d'entrevues (n=24), la saturation empirique dans chacun des trois groupes étudiés n'a probablement pas été atteinte.

CHAPITRE 8 : CONCLUSION

Avant même l'apparition du concept de pratique basée sur les données probantes, une publication de Kerr (1981) rappelait l'importance, pour une profession, que les connaissances ne soient pas considérées comme étant préservées d'un besoin de réévaluation. Au cours des années, les connaissances issues de la recherche ont graduellement pris part à cette remise en question. Il est cependant malheureux de constater qu'une des évidences les plus consistantes dans la littérature en santé fait ressortir la lenteur et l'aspect imprévisible du transfert des résultats de recherches dans la pratique clinique (Graham & Tetroe, 2007). Cet enjeu est des plus présent dans le domaine de la réadaptation puisque selon les États généraux du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (2009), le transfert de connaissances représente un des cinq défis prioritaires au Québec. Afin de pallier cette situation, il s'avère important de mettre en place des nouvelles initiatives accessibles aux professionnels de la santé.

Des preuves récentes suggèrent que les professionnels de la santé se tournent de plus en plus vers Internet pour répondre à certains de leurs besoins d'informations (Street et al., 2007). La présente étude s'inscrit donc dans un effort de compréhension de la perception des professionnels de la santé travaillant auprès de la clientèle AVC face à l'introduction de technologies Web dans leur pratique comme outil d'intégration des données provenant de la recherche dans leur pratique clinique. Selon les résultats obtenus, l'utilisation de la dernière génération des applications Web, soit le Web 2.0, par les professionnels de la santé demeure en émergence. Les professionnels perçoivent tout de même le Web 2.0 utile pour le transfert de connaissances, l'amélioration de la qualité des services et l'économie de temps. Pour qu'ils utilisent un tel outil, la plateforme Web 2.0 se doit d'être intuitive et de leur offrir des informations pertinentes au moment opportun. Selon la profession exercée, le temps disponible pour utiliser une telle technologie varie, ce qui a nécessairement un impact sur leur intention d'utilisation. De plus, le manque de

compétences technologiques demeure d'actualité en ce qui a trait aux barrières à l'utilisation du Web 2.0.

Une multitude de travaux restent à faire par rapport à l'introduction de technologies visant l'amélioration continue de la prestation de services auprès de la clientèle AVC. D'abord, il serait intéressant d'approfondir les connaissances sur la structure paradoxale liée au temps qui semble freinée l'intégration du Web 2.0 dans la pratique des cliniciens. De plus, d'autres recherches pourraient permettre d'investiguer sur les utilités des technologies Web pour la formation professionnelle continue et pour la responsabilisation des clients face à leur nouvelle condition médicale. Enfin, avec l'évolution rapide des outils informatiques, des outils Web 3.0 sont déjà en développement ("Health care technology today," 2009). Des recherches supplémentaires permettront donc éventuellement de guider les politiciens, les gestionnaires, les professionnels de la santé et les clients en ce qui a trait à l'utilité et la valeur ajoutée de ces outils dans le domaine de la réadaptation.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de santé publique du Canada (2009). *Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*. Repéré le 11 avril 2011 à <http://canadianstrokestrategy.com/wp-content/uploads/2010/10/cvd-avs-2009-fra.pdf>
- Ahern, D. K., Kreslake, J. M., & Phalen, J. M. (2006). What is eHealth (6): perspectives on the evolution of eHealth research. *J Med Internet Res*, 8 (1), e4.
- Argyris, C., & Schön, D. (1978). *Organization learning: A theory of Action persepctive*. Reading MA: Addison-Wesley.
- Ash, J. S., Gorman, P. N., Lavelle, M., Payne, T. H., Massaro, T. A., Frantz, G. L., & Lyman, J. A. (2003). A cross-site qualitative study of physician order entry. *J Am Med Inform Assoc*, 10 (2), 188-200.
- Ash, J. S., & Guappone, K. P. (2007). Qualitative evaluation of health information exchange efforts. *J Biomed Inform*, 40 (6 Suppl), S33-39.
- Backer, T. E. (1995). Assessing and enhancing readiness for change: implications for technology transfer. *NIDA Research Monograph*, 155, 21-41.
- Barbour, R. S. (2001). Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog? *BMJ*, 322 (7294), 1115-1117.
- Barwick, M. A., Peters, J., & Boydell, K. (2009). Getting to uptake: do communities of practice support the implementation of evidence-based practice? *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 18 (1), 16-29.
- Baumbusch, J. L., Kirkham, S. R., Khan, K. B., McDonald, H., Semeniuk, P., Tan, E., & Anderson, J. M. (2008). Pursuing common agendas: a collaborative model for knowledge translation between research and practice in clinical settings. *Res Nurs Health*, 31 (2), 130-140.
- Benigeri, M., & Pluye, P. (2003). Shortcomings of health information on the Internet. *Health Promot Int*, 18(4), 381-386.
- Bennett, S., Tooth, L., McKenna, K., Rodger, S., Strong, J., Ziviani, J., Mickan, S., Gibson, L. (2003). Perceptions of evidence-based practice: A survey of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50 (1), 13-22.
- Best, A., Terpstra, J. L., Moor, G., Riley, B., Norman, C. D., & Glasgow, R. E. (2009). Building knowledge integration systems for evidence-informed decisions. *Journal of Health Organization and Management*, 23 (6), 627-641.
- Bierly, P. E., Kessler, E. H., & Christensen, E. W. (2000). Organizational learning, knowledge and wisdom. *Journal of Organizational Change Management*, 13 (6), 595-618.
- Bond, G. E., Burr, R. L., Wolf, F. M., & Feldt, K. (2010). The effects of a web-based intervention on psychosocial well-being among adults aged 60 and older with diabetes: a randomized trial. *Diabetes Educator*, 36 (3), 446-456.
- Bourhis, A., Dubé, L., & Jacob, R. (2005). The Success of Virtual Communities of Practice: The Leadership Factor *Electronic Journal of Knowledge Management*, Vol. 3, No. 1. (2005), pp. 23-34. Key: citeulike:363458, 3 (1), 23-34.

- Bourhis, A., Jacob, R., & Dubé, L. (2005). The impact of structuring characteristics on the launching of virtual communities of practice. *Journal of organisational change management*, 18 (2), 145-166.
- Brault, G. (2001). Guide pour les Communautés de pratique *Free Software Foundation*.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77 - 101.
- Bush, M., Lederer, A. L., Li, X., Palmisano, J., & Rao, S. (2009). The alignment of information systems with organizational objectives and strategies in health care. *Int J Med Inform*, 78 (7), 446-456.
- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P. A., & Rubin, H. R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 282 (15), 1458-1465.
- Canadian Institute of Health Information. (2008). The Cost of Acute Care Hospital Stays by Medical Condition in Canada, 2004-2005. Ottawa.
- CEFRIO. (2005). Travailler, apprendre et collaborer en réseau. 1-116
- Centre for Evidence-based Medicine. (2009). Levels of Evidence. Repéré le 11 avril 2011 à <http://www.cebm.net/?o=1025>
- Chaudhry, B., Wang, J., Wu, S., Maglione, M., Mojica, W., Roth, E., . . . Shekelle, P. G. (2006). Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Annals of Internal Medicine*, 144 (10), 742-752.
- Chiang, I., & Huang, C. (2009). Characterizing Web users' degree of Web 2.0-ness. *Journal of the American Society for Information Science & Technology*, 60 (7), 1349-1357.
- Chiu, C.-M., Hsu, M.-H., & Wang, E. T. G. (2006). Understanding knowledge sharing in virtual communities: An integration of social capital and social cognitive theories. *Decision Support Systems*, 42 (3), 1872-1888.
- Coley, B. D., Murakami, J. W., Koch, B. L., Shiels, W. E., 2nd, Bates, G., & Hogan, M. (2001). Diagnostic and interventional ultrasound of the pediatric spine. *Pediatr Radiol*, 31 (11), 775-785.
- Concato, J. (2004). Observational versus experimental studies: what's the evidence for a hierarchy? *Neurorx*, 1 (3), 341-347.
- Creswell, J. W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (3^e éd.). Sage Publications.
- Curran, J. A., Murphy, A. L., Abidi, S. S., Sinclair, D., & McGrath, P. J. (2009). Bridging the gap: knowledge seeking and sharing in a virtual community of emergency practice. *Evaluation and the Health Professions*, 32 (3), 312-325.
- Davis, D., Evans, M., Jadad, A., Perrier, L., Rath, D., Ryan, D., Sibbald, G., Straus, S., Rappolt, S., Wowk, M., Zwarenstein, M. (2003). The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. *BMJ*, 327 (7405), 33-35.
- Davis, F. D. (1986). *A Technology Acceptance Model for Empirically Testing New End-User Information Systems: Theory and Results*. (MIT Sloan School of Management, Cambridge, MA).

- Davis, F. D., Bagozzi, R. P., & Warshaw, P. R. (1989). User Acceptance Of Computer Technology: A Comparison Of Two. *Management Science*, 35 (8), 982-1003.
- Demiris, G. (2006). The diffusion of virtual communities in health care: concepts and challenges. *Patient Education and Counseling*, 62 (2), 178-188.
- Denis, J. L., Hebert, Y., Langley, A., Lozeau, D., & Trottier, L. H. (2002). Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. *Health Care Manage Rev*, 27 (3), 60-73.
- Doherty, I. (2008). Web 2.0: A Movement Within The Health Community. *Health Care and Informatics Review Online*, 12 (2), 49-57.
- Doney, L., Barlow, H., & West, J. (2005). Use of libraries and electronic information resources by primary care staff: outcomes from a survey. *Health Info Libr J*, 22 (3), 182-188.
- Dumoulin, C., Korner-Bitensky, N., & Tannenbaum, C. (2007). Urinary incontinence after stroke: identification, assessment, and intervention by rehabilitation professionals in Canada. *Stroke*, 38 (10), 2745-2751.
- Eccles, M., Mason, J., & Freemantle, N. (2000). Developing valid cost effectiveness guidelines: a methodological report from the north of England evidence based guideline development project. *Quality in Health Care*, 9 (2), 127-132.
- European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. (2009). Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack (p. 125).
- Evans, D. (2003). Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions. *J Clin Nurs*, 12 (1), 77-84.
- Evidence-Based Medicine Working Group. (1992). Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268 (17), 2420-2425.
- Eysenbach, G. (2008). Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness. *J Med Internet Res*, 10 (3), e22.
- Farand, L., & Arocha, J. (2004). A cognitive science perspective on evidence-based decision-making in medicine. Dans L. Lemieux-Charles & F. Champagne, *Using knowledge and evidence in health care* (p. 172-198). Toronto, Ontario: University of Toronto Press.
- Fogg, B. J. (2011). BJ Fogg's Behavior Model. Repéré le 21 novembre 2011 à <http://www.behaviormodel.org/>
- Fondation des maladies du cœur du Canada. (1999). Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada. Ottawa, Canada.
- Fondation des maladies du cœur du Québec. (2010). Statistiques. Repéré le 22 février 2011 à <http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kpIQKVOxFoG/b.3669917/k.9F47/Statistiques.htm - inc>

- Fontaine, M. A., & Millen, D. R. (2004). Understanding the benefits and impact of communities of practice. Dans P. Hildreth, C. Kimble & P. A. Hershey, (p. 1-13): Idea Group Publishing.
- Forsetlund, L., Bjordal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M. A., Wolf, F., Davis, D., Odgaard-Jensen, J., Oxman, A. D. (2009). Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD003030.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche, Méthodes quantitatives et qualitatives*. (2^e éd.). Chenilière Éducation.
- Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines: théorie, pratique et évaluation. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires, *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 341-364). Boucherville: Gaëtan Morin.
- Girard, A., Rochette, A., & Fillion, B. (2011). Knowledge translation and improving practices in neurological rehabilitation: managers' viewpoint. *J Eval Clin Pract*.
- Glasgow, R. E., & Emmons, K. M. (2007). How Can We Increase Translation of Research into Practice? Types of Evidence Needed. *Annual Review of Public Health*, 28, 413-433.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., E., S. S., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26, 13-24.
- Graham, I. D., & Tetroe, J. (2007). Some theoretical underpinnings of knowledge translation. *Academic Emergency Medicine*, 14 (11), 936-941.
- Gray, M. J. (2001). *Evidence-based Healthcare: How to make Health Policy and Management Decisions*. London: Churchill Livingstone.
- Grimshaw, J. M., Shirran, L., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L., Grilli, R., Harvey, E., Oxman, A., O'Brien, M. A. (2001). Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*, 39(8 Suppl 2), II2-45.
- Grimshaw, J. M., Thomas, R. E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C. R., Vale, L., Whitty, P., Eccles, M. P., Matowe, L., Shirran, L., Wensing, M., Dijkstra, R., Donaldson, C. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 8 (6), iii-iv, 1-72.
- Grol, R. (1992). Implementing guidelines in general practice care. *Quality in Health Care*, 1 (3), 184-191.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362 (9391), 1225-1230.
- Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Med J Aust*, 180 (6 Suppl), S57-60.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans N. Denzin & Y. S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*: Sage

- Gustafson, D. H., Hawkins, R., Boberg, E., Pingree, S., Serlin, R. E., Graziano, F., & Chan, C. L. (1999). Impact of a patient-centered, computer-based health information/support system. *American Journal of Preventive Medicine*, 16 (1), 1-9.
- Guyatt, G. H., Sackett, D. L., Sinclair, J. C., Hayward, R., Cook, D. J., & Cook, R. J. (1995). Users' guides to the medical literature. IX. A method for grading health care recommendations. Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*, 274 (22), 1800-1804.
- Health care technology today. (2009). *PT: Magazine of Physical Therapy*, 17 (6), 39-41.
- Heinemann, A. W., Roth, E. J., Rychlik, K., Pe, K., King, C., & Clumpner, J. (2003). The impact of stroke practice guidelines on knowledge and practice patterns of acute care health professionals. *J Eval Clin Pract*, 9 (2), 203-212.
- Henderson, J. C., & Thomas, J. B. (1992). Aligning business and information technology domains: strategic planning in hospitals. *Hosp Health Serv Adm*, 37 (1), 71-87.
- Ho, K., Jarvis-Selinger, S., Norman, C. D., Li, L. C., Olatunbosun, T., Cressman, C., & Nguyen, A. (2010). Electronic communities of practice: guidelines from a project. *J Contin Educ Health Prof*, 30 (2), 139-143.
- Holmes, K. L., & Dubinsky, E. K. (2009). Integration of Web 2.0 technologies in the translational research environment. *Medical Reference Services Quarterly*, 28 (4), 309-335.
- Houtekier, C. (2010). [Une communauté de pratique de veilleurs: exemple de collaboration interdisciplinaire de partge d'expertise et d'innovaton].
- Hughes, B., Joshi, I., Lemonde, H., & Wareham, J. (2009). Junior physician's use of Web 2.0 for information seeking and medical education: a qualitative study. *Int J Med Inform*, 78 (10), 645-655.
- Hughes, B., Joshi, I., & Wareham, J. (2008). Health 2.0 and Medicine 2.0: tensions and controversies in the field. *J Med Internet Res*, 10 (3), e23.
- Iles, R., & Davidson, M. (2006). Evidence based practice: a survey of physiotherapists' current practice. *Physiotherapy Research International*, 11(2), 93-103.
- Institut canadien d'information sur la santé (2006). *Les soins de santé au Canada*.
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) (2011). *Organisation des services en matière d'accident vasculaire cérébral. Revue des données probantes, des politiques et des expériences.*: ETMIS.
- Institut national de santé publique du Québec (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances: Bilan des connaissances et outils d'animation*.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Institute of Medicine. Committee on Clinical Practice Guidelines (1992). *Guidelines for clinical practice : from development to use / Marilyn J. Field and Kathleen N. Lohr, editors ; Committee on Clinical Practice Guidelines, Division of Health Care Services, Institute of Medicine*. Washington, D.C. : National Academy Press.

- Instituts de recherche en santé du Canada. (2009). À propos de l'application des connaissances aux IRSC. Repéré le 18 mars 2011 à <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html>
- Intercollegiate Stroke Working Party. (2008) National clinical guideline for stroke, 3rd edition. & Royal College of Physicians. London.
- Internet World Stats. (2011). Repéré le 5 novembre 2011 à <http://www.internetworldstats.com/stats.htm>
- Jamtvedt, G., Young, J. M., Kristoffersen, T. D., O'Brien, A. M., & Oxman, A. D. (2010). Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10).
- Jette, D. U., Bacon, K., Batty, C., Carlson, M., Ferland, A., Hemingway, R. D., Hill, J. C., Ogilvie, L., Volk, D. (2003). Evidence-based practice: beliefs, attitudes, knowledge, and behaviors of physical therapists. *Phys Ther*, 83 (9), 786-805.
- Johansen, H. L., Wielgosz, A. T., Nguyen, K., & Fry, R. N. (2006). Incidence, comorbidity, case fatality and readmission of hospitalized stroke patients in Canada. *Can J Cardiol*, 22 (1), 65-71.
- Kamel Boulos, M. N., Maramba, I., & Wheeler, S. (2006). Wikis, blogs and podcasts: a new generation of Web-based tools for virtual collaborative clinical practice and education. *BMC Med Educ*, 6, 41.
- Kamel Boulos, M. N., & Wheeler, S. (2007). The emerging Web 2.0 social software: an enabling suite of sociable technologies in health and health care education. *Health Info Libr J*, 24 (1), 2-23.
- Karsh, B. T., Escoto, K. H., Beasley, J. W., & Holden, R. J. (2006). Toward a theoretical approach to medical error reporting system research and design. *Applied Ergonomics*, 37 (3), 283-295.
- Kerr, D. H. (1981). Knowledge utilization: Epistemological and political assumptions. *Knowledge Creation Diffusion Utilization*, 2, 483-501.
- Kim, A. (2000). *Community Building on the Web*. Berkeley, CA: Peachpit Press.
- Kloda, L. A., & Bartlett, J. C. (2009). Clinical information behavior of rehabilitation therapists: a review of the research on occupational therapists, physical therapists, and speech-language pathologists. *Journal of the Medical Library Association*, 97 (3), 194-202.
- Koh, J., Kim, Y.-G., Butler, B., & Bock, G.-W. (2007). Encouraging participation in virtual communities. *Commun. ACM*, 50 (2), 68-73.
- Korner-Bitensky, N., Barrett-Bernstein, S., Bibas, G., & Poulin, V. (2011). National survey of Canadian occupational therapists' assessment and treatment of cognitive impairment post-stroke. *Aust Occup Ther J*, 58 (4), 241-250.
- Korner-Bitensky, N., Desrosiers, J., & Rochette, A. (2008). A national survey of occupational therapists' practices related to participation post-stroke. *J Rehabil Med*, 40 (4), 291-297.

- Korner-Bitensky, N., Menon-Nair, A., Thomas, A., Boutin, E., & Arafah, A. M. (2007). Practice style traits: do they help explain practice behaviours of stroke rehabilitation professionals? *J Rehabil Med*, 39 (9), 685-692.
- Kortteisto, T., Kaila, M., Komulainen, J., Mantyranta, T., & Rissanen, P. (2010). Healthcare professionals' intentions to use clinical guidelines: a survey using the theory of planned behaviour. *Implement Sci*, 5, 51.
- Kovic, I., Lulic, I., & Brumini, G. (2008). Examining the medical blogosphere: an online survey of medical bloggers. *J Med Internet Res*, 10 (3), e28.
- Krueger, R. A. (1998). Chap. 8: Strategies used by experts (*Analyzing and reporting focus group results* (p. 79-96). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Labelle, J., Swaine, B. R., & Dykes, R. W. (2002). Validation par les dossiers médicaux d'un système d'information dédié à la clientèle victime d'un traumatisme crânien - Content validity of an information system used for head injury rehabilitation based on an analysis of medical records. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 45 (6), 243-256.
- Lapaige, V. (2010). "Integrated knowledge translation" for globally oriented public health practitioners and scientists: Framing together a sustainable transfrontier knowledge translation vision. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 3, 33 - 47.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated Learning : Legitimate Peripheral Participation*,. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Lavis, J. N. (2006). Research, public policymaking, and knowledge-translation processes: Canadian efforts to build bridges. *J Contin Educ Health Prof*, 26 (1), 37-45.
- Law, M. (2008). Introduction to Evidence-Based Practice. Dans M. Law & J. MacDermid, *Evidence-based rehabilitation: a guide to practice* (2^e éd., p. 3-14). Thorofare: SLAKE Incorporated.
- Lehoux, P., Williams-Jones, B., Miller, F., Urbach, D., & Tailliez, S. (2008). What leads to better health care innovation? Arguments for an integrated policy-oriented research agenda. *Journal of Health Services Research and Policy*, 13 (4), 251-254.
- Lemieux-Charles, L., & Champagne, F. (2004). *Using Knowledge and Evidence in Health Care: Multidisciplinary Perspectives*. Toronto: University of Toronto Press.
- Lenfant, C. (2003). Shattuck lecture--clinical research to clinical practice--lost in translation? *New England Journal of Medicine*, 349 (9), 868-874.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1996). *La recherche qualitative. Fondements et pratiques*. (2e édition^e éd.). Montréal: Éditions Nouvelles.
- Li, L., Grimshaw, J., Nielsen, C., Judd, M., Coyte, P., & Graham, I. (2009). Use of communities of practice in business and health care sectors: A systematic review. *Implementation Science*, 4 (1), 27.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Logan, J. O., & Graham, I. D. (1998). Toward a Comprehensive Interdisciplinary Model of Health Care Research Use. *Science Communication*, 20 (2), 227-246.

- Lomas, J. (1993). Diffusion, dissemination, and implementation: who should do what? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 703, 226-235; discussion 235-227.
- Long, S., de Jonge, D., Ziviani, J., & Jones, A. (2009). Paediatricots: Utilisation of an Australian list serve to support occupational therapists working with children. *Aust Occup Ther J*, 56 (1), 63-71.
- Lorenzi, N. M., Novak, L. L., Weiss, J. B., Gadd, C. S., & Unertl, K. M. (2008). Crossing the implementation chasm: a proposal for bold action. *J Am Med Inform Assoc*, 15 (3), 290-296.
- Luo, J. S. (2007). Social networking: Now professionally ready. *Primary Psychiatry*, 14 (2), 21-24.
- Malvey, D., Alderman, B., & Todd, A. D. (2009). Blogging and the health care manager. *Health Care Manag (Frederick)*, 28 (2), 159-164.
- Mansouri, M., & Lockyer, J. (2007). A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. *J Contin Educ Health Prof*, 27(1), 6-15.
- Mathieu, J. (2007). Blogs, podcasts, and wikis: the new names in information dissemination. *J Am Diet Assoc*, 107 (4), 553-555.
- McKee, M., Britton, A., Black, N., McPherson, K., Sanderson, C., & Bain, C. (1999). Methods in health services research. Interpreting the evidence: choosing between randomised and non-randomised studies. *BMJ*, 319 (7205), 312-315.
- McKibbon, K. A., Lokker, C., Wilczynski, N. L., Ciliska, D., Dobbins, M., Davis, D. A., Haynes, R. B., Straus, S. E. (2010). A cross-sectional study of the number and frequency of terms used to refer to knowledge translation in a body of health literature in 2006: a Tower of Babel? *Implement Sci*, 5, 16.
- McLean, R., Richards, B. H., & Wardman, J. I. (2007). The effect of Web 2.0 on the future of medical practice and education: Darwikinian evolution or folksonomic revolution? *Med J Aust*, 187 (3), 174-177.
- Menon, A., Korner-Bitensky, N., Kastner, M., McKibbon, K. A., & Straus, S. (2009). Strategies for rehabilitation professionals to move evidence-based knowledge into practice: a systematic review. *J Rehabil Med*, 41 (13), 1024-1032.
- Menon-Nair, A., Korner-Bitensky, N., & Ogourtsova, T. (2007). Occupational therapists' identification, assessment, and treatment of unilateral spatial neglect during stroke rehabilitation in Canada. *Stroke*, 38 (9), 2556-2562.
- Metzler, M. J., & Metz, G. A. (2010). Translating knowledge to practice: An occupational therapy perspective. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57 (6), 373-379.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). Répertoire des établissements. Repéré le 7 décembre 2009 à <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02ListeEtab.asp?Etab=Region>
- Ministère de la santé et des services Sociaux (2008). *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience - Afin de faire mieux ensemble*. Québec. Repéré le 28 mars 2011 à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-848-01.pdf>

- Mitton, C., Adair, C. E., McKenzie, E., Patten, S. B., & Wayne Perry, B. (2007). Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. *Milbank Quarterly*, 85 (4), 729-768.
- Murray, S., Giustini, D., Loubani, T., Choi, S., & Palepu, A. (2009). Medical research and social media: Can wikis be used as a publishing platform in medicine? *Open Medicine*, 3 (3), 121-122.
- Nagy, P., Kahn, C. E., Jr., Boonn, W., Siddiqui, K., Meenan, C., Knight, N., & Safdar, N. (2006). Building virtual communities of practice. *J Am Coll Radiol*, 3 (9), 716-720.
- National Center for the Dissemination of Disability Research. (2005). What is Knowledge Translation? *Focus: Technical Brief*, 10, 1-4.
- Nonaka, I., Reinmoeller, P., & Senoo, D. (2000). Integrated IT Systems to Capitalize on Market Knowledge. Dans G. von Krogh, I. Nonaka & T. Nishiguchi, *Knowledge Creation A source of Value* (p. 36-60). New York: Palgrave.
- O'Reilly, T. (2005). What Is Web 2.0: Design Patterns and Business Models for the Next Generation of Software. Repéré le 28 mars 2011 à <http://oreilly.com/web2/archive/what-is-web-20.html>
- Organisation mondiale de la Santé. (2011). Maladies chroniques. Repéré le 2 mars 2011 à http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
- Page, V., Wentling, T., & Ardichvili, A. (2003). Motivation and barriers to participation in virtual knowledge-sharing communities of practice. *Journal of knowledge management*, 7 (1), 64-77.
- Pare, G., Sicotte, C., Poba-Nzaou, P., & Balouzakis, G. (2011). Clinicians' perceptions of organizational readiness for change in the context of clinical information system projects: insights from two cross-sectional surveys. *Implementation Science*, 6 (1), 15.
- Patton, M. Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Services Research*, 34 (5 Pt 2), 1189-1208.
- Poissant, L. (2006). [Atelier sur les communautés de pratique].
- Poissant, L. (2008). *L'union fait la force! Les communautés de pratique, une approche gagnante*. Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation - Université de Montréal. Montréal.
- Poissant, L., Ahmed, S., Riopelle, R. J., Rochette, A., Lefebvre, H., & Radcliffe-Branch, D. (2010). Synergizing expectation and execution for stroke communities of practice innovations. *Implement Sci*, 5, 44.
- Pollock, A. S., Legg, L., Langhorne, P., & Sellars, C. (2000). Barriers to achieving evidence-based stroke rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 14(6), 611-617.
- Probosz, K., Wcislo, R., Otfinowski, J., Slota, R., Kitowski, J., Pisula, M., & Sobczyk, A. (2009). A multimedia holistic rehabilitation method for patients after stroke. *Stud Health Technol Inform*, 144, 261-263.
- Ranmuthugala, G., Plumb, J., Cunningham, F., Georgiou, A., Westbrook, J., & Braithwaite, J. (2011). How and why are communities of practice established in the healthcare

- sector? A systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 11 (1), 273.
- Reisman, M. (2009). Health care blog watch: emerging trends in the blogosphere. *P T*, 34 (3), 153-154.
- Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires. À propos. Repéré le 28 avril 2011 à <http://www.canadianstrokenetwork.ca>
- Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires. (2011). La qualité des soins de l'AVC au Canada (p. 62).
- Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (2009). *États généraux de la recherche en adaptation-réadaptation*.
- Rethlefsen, M. L., Rothman, D. L., & Mojon, D. S. (2009). *Internet Cool Tools for Physicians*. Berlin: Springer.
- Rochette, A., Korner-Bitensky, N., & Desrosiers, J. (2007). Actual vs best practice for families post-stroke according to three rehabilitation disciplines. *J Rehabil Med*, 39 (7), 513-519.
- Rogers, E. M. (1962). *Diffusion of Innovations*. (5^e éd.). Glencoe: Free Press.
- Rosenberg, W., & Donald, A. (1995). Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *BMJ*, 310 (6987), 1122-1126.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312, 71-72.
- Salbach, N. M., Jaglal, S. B., Korner-Bitensky, N., Rappolt, S., & Davis, D. (2007). Practitioner and organizational barriers to evidence-based practice of physical therapists for people with stroke. *Phys Ther*, 87 (10), 1284-1303.
- Satterfield, J. M., Spring, B., Brownson, R. C., Mullen, E. J., Newhouse, R. P., Walker, B. B., & Whitlock, E. P. (2009). Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. *Milbank Quarterly*, 87 (2), 368-390.
- Sauer, I. M., Bialek, D., Efimova, E., Schwartzlander, R., Pless, G., & Neuhaus, P. (2005). "Blogs" and "wikis" are valuable software tools for communication within research groups. *Artif Organs*, 29 (1), 82-83.
- Schleyer, T., Spallek, H., Butler, B. S., Subramanian, S., Weiss, D., Poythress, M. L., Rattanathikun, P., Mueller, G. (2008). Facebook for scientists: requirements and services for optimizing how scientific collaborations are established. *J Med Internet Res*, 10 (3), e24.
- Schwamm, L., Fayad, P., Acker, J. E., 3rd, Duncan, P., Fonarow, G. C., Gircus, M., Goldstein, L. B., Gregory, T., Kelly-Hayes, M., Sacco, R. L., Saver, J. L., Segrest, W., Solis, P., Yancy, C. W. (2010). Translating evidence into practice: a decade of efforts by the American Heart Association/American Stroke Association to reduce death and disability due to stroke: a presidential advisory from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 41 (5), 1051-1065.
- SCORE (Stroke Canada Optimization of Rehabilitation through Evidence) evidence-based recommendations for the upper and lower extremities and risk assessment post-stroke. (2007). Ottawa (ON): Canadian Stroke Network.

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2008). *SIGN 50: A guideline developer's handbook*.
- Seale, C. (1999). Chap 4. : Guiding ideals (*The quality of qualitative research* (p. 32-50). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Sethi, S. K. M. D. (2007). Blog/Web Log-A New Easy and Interactive Website Building Tool for a Non-net Savvy Radiologist. *Journal of Thoracic Imaging*, 22 (2), 115-119.
- Sicotte, C., & Pare, G. (2010). Success in health information exchange projects: solving the implementation puzzle. *Social Science and Medicine*, 70 (8), 1159-1165.
- Stratégie canadienne de l'AVC. (2010). Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (mise à jour de 2010) (p. 243).
- Straus, S. E., Glasziou, P., Richardson, W. S., & Haynes, R. B. (2011). *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach it*. (Fourth^e éd.). Churchill Livingstone.
- Straus, S. E., Tetroe, J., & Graham, I. (2009a). Defining knowledge translation. *CMAJ*, 181 (3-4), 165-168.
- Straus, S. E., Tetroe, J. M., & Graham, I. D. (2009b). Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *J Clin Epidemiol*.
- Street, A. F., Swift, K., Annells, M., Woodruff, R., Gliddon, T., Oakley, A., & Ottman, G. (2007). Developing a web-based information resource for palliative care: an action-research inspired approach. *BMC Med Inform Decis Mak*, 7, 26.
- StrokEngine. (2010). Repéré le 28 mars 2011 à <http://www.strokengine.ca/>
- Teasell, R. (2011). EBRSR: Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation. Repéré à <http://www.ebrsr.com/>
- Tetroe, J. (2007). Knowledge Translation at the Canadian Institutes of Health Research: A Primer *Focus: Technical brief*, 18, 1-8. Repéré le 28 mars 2011 à <http://www.ncddr.org/kt/products/focus/focus18/>
- Tetroe, J. M., Graham, I. D., Foy, R., Robinson, N., Eccles, M. P., Wensing, M., Durieux, P., Legare, F., Nielson, C. P., Adily, A., Ward, J. E., Porter, C., Shea, B., Grimshaw, J. M. (2008). Health research funding agencies' support and promotion of knowledge translation: an international study. *Milbank Quarterly*, 86 (1), 125-155.
- Thomas, A. U., Fried, G. P., Johnson, P., & Stilwell, B. J. (2010). Sharing best practices through online communities of practice: a case study. *Hum Resour Health*, 8 (1), 25.
- Timpka, T., Eriksson, H., Ludvigsson, J., Ekberg, J., Nordfeldt, S., & Hanberger, L. (2008). Web 2.0 systems supporting childhood chronic disease management: a pattern language representation of a general architecture. *BMC Med Inform Decis Mak*, 8, 54.
- Touré, M., Poissant, L., & Swaine, B. R. (2011). Assessment of organizational readiness for e-health in a rehabilitation centre. *Disability and Rehabilitation*.
- Van De Belt, T. H., Engelen, L. J., Berben, S. A., & Schoonhoven, L. (2010). Definition of Health 2.0 and Medicine 2.0: a systematic review. *J Med Internet Res*, 12 (2), e18.

- Van Schaik, P., Bettany-Saltikov, J. A., & Warren, J. G. (2002). Clinical acceptance of a low-cost portable system for postural assessment. *21* (1), 47-57.
- Venkatesh, V., & Davis, F. D. (2000). A Theoretical Extension of the Technology Acceptance Model: Four Longitudinal Field Studies. *Management Science*, *46* (2), 186-204.
- Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. *Management Information Systems Quarterly*, *27*, 425- 478.
- Ward, V., House, A., & Hamer, S. (2009). Developing a framework for transferring knowledge into action: a thematic analysis of the literature. *Journal of Health Services Research and Policy*, *14* (3), 156-164.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1975). *Changements, Paradoxes et Psychothérapie*. Paris: Seuil.
- Weiss, C. H. (1979). The Many Meanings of Research Utilization. *Public Administration Review*, *39* (5), 426-431.
- Weiss, J. B., & Champion, T. R., Jr. (2007). Blogs, wikis, and discussion forums: attributes and implications for clinical information systems. *Studies in Health Technology & Informatics*, *129* (Pt 1), 157-161.
- Weiss-Lambrou, R., & Macfadyen, L. (2005). Soutien du corps professoral dans une initiative d'enseignement avec les technologies de l'information et de la communication à l'Université de Montréal. *Revue internationale des technologies en pédagogie universitaire*, *2* (1), 59-61.
- Wenger, E. (1998). *Communities of Practice: Learning, Meaning and Identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wenger, E., McDermott, R., & Snyder, W. M. (2002). *Cultivating Communities of Practice*. Boston: HBS press.
- Wetmore, A. O., Boyd, L. D., Bowen, D. M., & Pattillo, R. E. (2010). Reflective blogs in clinical education to promote critical thinking in dental hygiene students. *Journal of Dental Education*, *74* (12), 1337-1350.
- Wilson, D. T., & Yowell, S. S. (2008). Resourceful blogging: using a blog for information sharing. *Med Ref Serv Q*, *27* (2), 211-220.
- World Health Organization. (2005). Bridging the “Know-Do” Gap - Meeting on Knowledge Translation in Global Health (p. 17).
- World Stroke Organization - Stroke Guideline Sub-Committee. (2009). Clinical Practice Guideline Development Handbook for Stroke Care (p. 25).
- Wright, A., Bates, D. W., Middleton, B., Hongsermeier, T., Kashyap, V., Thomas, S. M., & Sittig, D. F. (2009). Creating and sharing clinical decision support content with Web 2.0: Issues and examples. *J Biomed Inform*, *42* (2), 334-346.
- Wyer, P. C. (2007). Responsiveness to change: a quality indicator for assessment of knowledge translation systems. *Academic Emergency Medicine*, *14* (11), 928-931.
- Yarbrough, A. K., & Smith, T. B. (2007). Technology acceptance among physicians: a new take on TAM. *Medical Care Research and Review*, *64* (6), 650-672.

Younger, P. (2010). Internet-based information-seeking behaviour amongst doctors and nurses: a short review of the literature. *Health Info Libr J*, 27 (1), 2-10.

ANNEXE I : Guide d'entrevue

PARTIE 1 - VOTRE EMPLOI

- 1- Quel est votre rôle auprès de la clientèle AVC?
 - + Quelle proportion de votre travail correspond à la clientèle AVC?
- 2- Malgré votre charge de travail, quels moyens utilisez-vous afin d'avoir une pratique basée sur des données probantes? Donnez-moi des exemples précis.
 - + Quelle importance accordez-vous à la pratique basée sur les données probantes?
 - + Comment évaluez-vous l'application d'une pratique basée sur les données probantes dans l'établissement dans lequel vous travaillez, dans le programme dans lequel vous travaillez et dans le RMAVC (si applicable)?
 - + Avez-vous pris connaissances des meilleures pratiques de l'AVC?
- 3- Expliquez-moi comment vous faites pour développer des connaissances dans votre pratique.
 - + Rôle de la socialisation et du partage d'expériences personnelles
 - + Rôle des échanges entre experts
 - + Maîtrise de vos connaissances
 - + Rôle de la technologie pour le développement et la maîtrise des connaissances
- 4- Expliquez-moi ce que vous faites lorsque vous avez une question clinique ou une problématique clinique.
 - + Utilité ou impact d'un répertoire partagé de ressources
 - + Collaboration intra – inter disciplinaire ou inter établissement
 - + Impact d'un site Web sur votre pratique
 - + Influence de la technologie sur les possibilités de collaboration
- 5- Décrivez-moi votre utilisation de l'ordinateur dans votre pratique.
 - + Type de tâches
 - + Uniquement sur votre milieu de travail ou aussi à domicile
 - + Temps consacré
 - + Principaux sites Web consultés
 - + Facteurs qui vous poussent à utiliser le Web

- ✚ Satisfaction envers disponibilité des ordinateurs et de l'accès à Internet
- ✚ Habiletés personnelles
- ✚ Ressources pour vous soutenir

6- Quelle serait votre utilisation dans un monde idéal? Parlez-moi de ce qui serait différent (avec mêmes thèmes à explorer)

PARTIE 2 – LE SITE WEB

Évaluer l'importance que vous accorderiez à la présence de fonctions sur une plate-forme Web. Votre évaluation devrait refléter votre perception de la pertinence des fonctions en fonction de l'utilisation que vous envisagez. Justifiez votre cotation (Pourquoi? Comment? Dans quel contexte l'utiliserez-vous ou non?).

Échelle de 0 à 10

0 = pas du tout pertinent pour vous

10 = très pertinent pour vous

	Consultation	Publication
Blogue * Échanger des <u>réflexions</u> par écrit de façon <u>asynchrone</u> et <u>publique</u> . Pouvoir donner un délai maximum.		
Forum * ex. : forum sur le dépistage des chutes chez l'AVC Échanger sur un <u>sujet/thème</u> par écrit de façon <u>asynchrone</u> et <u>publique</u> . Pouvoir donner un délai maximum.		
Clavardage * Échanger de façon <u>synchrone</u> et <u>privée</u> avec une personne ou en groupe.		
Balados * Échanger du contenu audio ou vidéo qui peut être écouté n'importe quand, n'importe où et n'importe comment.		
Wiki * Échanger un document qui peut être modifié par toute personne qui y a accès.		
Vidéo ex. : clip expliquant les étapes de passation d'un outil d'évaluation Échanger des vidéos.		
Messagerie Échanger par écrit de façon <u>asynchrone</u> et <u>privée</u> avec les autres.		
Bibliothèque virtuelle d'articles scientifiques Échanger un document. Organiser les documents par dossiers, par thèmes ou autres.		

Communauté Faire partie de sous-communautés (en fonction de votre profession, votre milieu de travail ou autres) pour échanger.	
Évènements (calendrier) Gérer un calendrier des activités du groupe.	
Statistiques Savoir le nombre de visiteurs qui ont accédé au site chaque jour.	
Pouvoir voter ou donner une appréciation sur un blogue, un document ou autre.	
Liens Avoir des liens à d'autres sites (ex. : Strokengine, REPAR).	
Alertes Avoir des alertes qui signalent les changements survenus depuis votre dernière consultation de la plate-forme.	

1- Souhaitez-vous qu'on sache votre nom, votre discipline et votre lieu de travail lorsque vous publiez un commentaire dans un blogue, un document ou autres?

- ✚ Pensez-vous que le niveau de dévoilement de l'identité puisse avoir un impact sur la qualité de l'information transmise? Pourquoi?

2- Pensez-vous que le site Web aura un impact sur la performance de votre pratique?

- ✚ Fréquence anticipée d'utilisation
- ✚ Facteurs pouvant optimiser votre utilisation
- ✚ Effort nécessaire
- ✚ Sources de motivations et de démotivation à vous rendre sur le site

3- En fonction de l'ensemble de cet échange, pour vous, quel serait l'utilité principale du site Web?

Nous venons de faire le tour des questions relatives à notre étude. Avant de finir, j'aimerais savoir s'il y a quelque chose d'autre, que vous jugez important, dont nous n'avons pas abordé durant l'entrevue.

Conclusion : Pour finir, je vous demanderais de compléter cette fiche d'identification afin que l'équipe de recherche puisse avoir un portrait des personnes qui ont été interviewées.

ANNEXE II : Fiche d'identification des répondants

Je vous prie de prendre note que cette fiche est anonyme et que les informations qui seront recueillies resteront confidentielles.

Sexe : Féminin [] Masculin []

Date de naissance :

Profession :

Années d'ancienneté dans votre profession :

Années d'ancienneté auprès de la clientèle AVC :

Proportion actuelle d'activités cliniques / d'activités de gestion (nombre d'années):

Organisation :

Années d'ancienneté dans cette organisation :

Années d'ancienneté dans le RMAVC (si applicable):

Nombre d'ordinateurs disponibles dans le cadre de votre emploi :

ANNEXE III : Approbation du comité d'éthique

Certificat d'éthique

Par la présente, le comité d'éthique de la recherche des établissements du CRIR (CÉR) atteste qu'il a évalué, par voie accélérée, le projet de recherche **CRIR-CRIR-440-0709** intitulé:

« **Synergizing Expectation and Execution for Stroke Communities of Practice** ».

Présenté par: **Lise Poissant, Ph.D.**

Collaborateurs : **Annie Rochette
Hélène Lefebvre
Deborah Radcliffe-Branch
Richard J. Riopelle**

Le présent projet répond aux exigences éthiques de notre CÉR. Le Comité autorise donc sa mise en œuvre sur la foi des documents suivants :

- Formulaire A daté du 5 mai 2009 ;
- Preuve d'octroi de fonds datée du 9 mars 2009 ;
- Document intitulé « Avis de décision sur les subventions », daté du 2 mars 2009 ;
- Formulaire d'évaluation de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay, attestant que le projet est accepté sur le plan de la convenance institutionnelle (16 juillet 2009) ;
- Protocole de recherche intitulé « Synergizing Expectation and Execution for Stroke Communities of Practice Innovations » et ses annexes (version telle qu'approuvée par le CÉR le 23 juillet 2009) ;
- Formulaire d'évaluation de la convenance institutionnelle du Centre de réadaptation La RessourSe mentionnant l'acceptation du projet sur le plan de la convenance institutionnelle (daté 19 décembre 2005) ;
- Document intitulé « Typology questionnaire » (version du 23 juillet 2009) ;
- Sondage sur la propension à utiliser les technologies de l'information en santé (version du 23 juillet 2009) ;
- Survey of Organizationa ; Readiness for E-Health ; (version du 23 juillet 2009);
- Grille d'évaluation sur la participation à une communauté de pratique (version du 23 juillet 2009);
- Curriculum vitae de Deborah Radcliffe-Branch

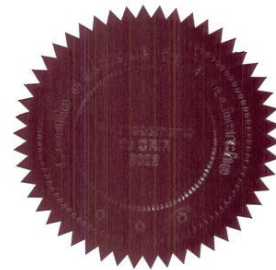
Ce projet se déroulera dans le site du CRIR suivant : **Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal**

Ce certificat est valable pour un an. En acceptant le présent certificat d'éthique, le chercheur s'engage à :

1. Informer, dès que possible, le CÉR de tout changement qui pourrait être apporté à la présente recherche ou aux documents qui en découlent (Formulaire M) ;
2. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout incident ou accident lié à la procédure du projet ;
3. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche, ou encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation au projet ;
4. Notifier, dès que possible, le CÉR de toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme de subvention ou de réglementation ;
5. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question l'intégrité ou l'éthicité du projet ainsi que la décision du CÉR ;
6. Notifier, dès que possible, le CÉR de l'interruption prématurée, temporaire ou définitive du projet. Cette modification doit être accompagnée d'un rapport faisant état des motifs à la base de cette interruption et des répercussions sur celles-ci sur les sujets de recherche ;
7. Fournir annuellement au CÉR un rapport d'étape l'informant de l'avancement des travaux de recherche (formulaire R) ;
8. Demander le renouvellement annuel de son certificat d'éthique ;
9. Tenir et conserver, selon la procédure prévue dans la *Politique portant sur la conservation d'une liste des sujets de recherche*, incluse dans le cadre réglementaire des établissements du CRIR, une liste des personnes qui ont accepté de prendre part à la présente étude ;
10. Envoyer au CÉR une copie de son rapport de fin de projet / publication.

[Redacted Signature]

Me Michel T. Giroux
Président du CÉR



Date d'émission
23 juillet 2009

ANNEXE IV : Formulaire de consentement



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Cliniciens et gestionnaires

- Institution:** Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR)
- Titre du projet:** Développement d'une plateforme informatisée pour optimiser la prestation des services de santé à la population AVC
- Équipe de recherche:** **Lise Poissant** erg, PhD- Professeure adjointe, École de réadaptation, Université de Montréal- CRIR
Sara Ahmed pht, PhD- Professeure adjointe, École de physiothérapie et d'ergothérapie, Université McGill- CRIR
Annie Rochette erg, PhD- Professeure adjointe, École de réadaptation, Université de Montréal- CRIR
Hélène Lefebvre inf, PhD- Professeure adjointe, Faculté infirmière, Université de Montréal- CRIR
Deborah Radcliffe-Branch psy, PhD- Professeure adjointe au département de neurologie et neurochirurgie, Université McGill
Richard J. Riopelle MD- Chef Neurologie/Neurochirurgie, Université McGill

Introduction: Une étude est présentement en cours pour évaluer une nouvelle approche pour optimiser les soins et les services offerts à la population AVC et favoriser l'intégration des données probantes dans la pratique clinique. Dans le cadre de cette étude, des cliniciens et gestionnaires de différentes organisations sont sollicités à participer à une entrevue semi-structurée afin d'évaluer leurs besoins en lien avec l'instauration d'une infrastructure technologique. Nous aimerions que vous participiez à cette étude en répondant à une entrevue pour nous aider à identifier vos besoins en fonction de votre environnement de travail.

Procédures: Vous avez été choisi puisque vous êtes reconnu comme étant un clinicien ou un gestionnaire qui s'intéresse aux soins des patients AVC. La complétion d'une entrevue

individuelle permettra de colliger des informations sur vos besoins ainsi que sur les barrières et les facilitateurs à l'utilisation d'une plate-forme informatisée. Nous estimons que l'entrevue durera entre 60 et 90 minutes.

Participation: Votre participation est volontaire et vous pouvez retirer votre consentement et interrompre votre participation à cette étude à tout moment sans avoir à fournir d'explication.

Confidentialité: Nous avons pris la liberté de recruter des cliniciens et gestionnaires travaillant, comme vous, auprès de la clientèle AVC pour faire cette entrevue. Votre nom ne figurera pas sur la copie d'identification que vous allez remplir. Les entrevues seront enregistrées et transcrites en verbatim. Nous vous demandons de ne nommer ou de ne mentionner aucune information permettant d'identifier une personne lors de l'entrevue. Nous vous avons assigné un numéro et ce sera la seule façon dont vous serez identifié. Les informations que nous obtiendrons de vous seront gardées confidentielles, sous clé dans un classeur au centre de recherche (site de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal). Les données seront compilées sur ordinateur et sauvegardées sur un serveur sécurisé du centre de recherche. Seulement les membres de l'équipe de recherche ou le comité éthique de la recherche de la faculté de médecine de l'Université de Montréal (CÉRFM) auront accès à cette base de données. Les enregistrements seront détruits au plus tard cinq ans après la fin du projet de recherche. Les résultats de cette étude seront publiés dans des revues scientifiques mais aucune information ne permettra de vous identifier. Des informations sur votre discipline professionnelle pourront être utilisées afin de faire des analyses comparatives.

Désagréments potentiels: Certaines personnes trouvent que répondre à des questions est stressant et ennuyeux. Si la communication avec l'équipe de recherche peut vous aider à comprendre la nécessité de cette entrevue, n'hésitez pas à nous contacter.

Bénéfices potentiels: Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel. Par contre, les résultats de cette étude aideront à établir le type de programmation reliant les connaissances, les actions et l'infrastructure nécessaire pour optimiser la prestation de services auprès de la clientèle AVC. Il est pressenti que cette étude améliorera la qualité des services offerts en favorisant la collaboration et l'échange de connaissances pour les patients ayant subi un AVC.

Compensation : Si vous acceptez de participer, nous vous verserons une compensation financière en guise de dédommagement de 40\$. La compensation sera versée à la fin de l'entrevue en argent comptant.

Coordonnées: Si vous avez quelconques questions concernant cette étude, communiquez avec madame Lise Poissant au [REDACTED] Mme Poissant est une chercheuse qui s'intéresse au développement de technologie de l'information et d'outils d'aide à la décision dans le domaine médical et de la réadaptation.

Vous pouvez communiquer avec le Bureau de l'ombudsman de l'Université de Montréal pour obtenir des renseignements éthiques ou faire part d'un incident ou formuler des plaintes ou des commentaires au [REDACTED]

En signant ce formulaire de consentement vous agréez que cette étude vous a été expliquée. Vous confirmez également que vous avez bien lu le formulaire de consentement et que vos interrogations ont été correctement répondues. De par votre signature, vous acceptez de participer à cette étude.

Déclaration du participant

Je comprends ce qui est attendu de moi et je consens à participer à cette étude. Une copie de ce formulaire de consentement sera donnée au participant nommé ci-dessous.

Signatures

Nom

Date

Participant

Lise Poissant

Chercheur

L'original du formulaire sera conservé au Centre de Recherche de l'Institut de Réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal et une copie signée sera remise au participant. Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CÉR du CRIR (Projet CRIR-440-0709) le 23 juillet 2009.

ANNEXE V : Abrégés

David, I., Poissant, L., Ahmed, S., & Rochette, A. (2010, Juin). Qualitative study on using a computer platform to exchange knowledge within a community of practice on strokes. Abstracts From the 1st Canadian Stroke Congress. *Stroke*, 41(7), e505.

Background: Information technology has the capacity to accelerate access to and the exchange of information relevant to the clinical decision-making process. The advent of Web 2.0 (blogs, forums, etc.) creates huge possibilities for the exchange of knowledge and support for best clinical practices. The purpose of this project is to describe how health care professionals working with individual who have had a stroke view the use of Web 2.0 in their clinical practice, and to identify their needs and preferences for the development of a knowledge exchange platform. **Methodology:** Semi-structured interviews were held with 20 health care professionals and managers working with stroke patients. Half of these participants are members of the Montreal Stroke Network. **Findings:** The outcomes of the interviews will be presented as themes and concepts linked with the Knowledge Creation Model (Nonaka) and Communities of Practice Model (Wenger). **Conclusions:** The findings in this study will be used to develop an interactive platform for the exchange of knowledge to accelerate the implementation of the Guidelines for Canadian Clinical Practice for health care professionals. The findings in this study will contribute to the development of a logic model for indicators of changing practices.

David, I., Poissant, L., Rochette, A., Ahmed, S. (2011, Septembre). *A Qualitative Study on the Development of an Interprofessional Virtual Community of Practice (présentation par affiche)*. Medicine 2.0. Stanford University, CA, USA.

Background: Information and communication technologies have the ability to accelerate access and sharing of relevant information to support clinical decision-making. The Web 2.0 (blog, forum, wiki, etc.) offers significant potential to support best clinical practice. In Quebec, health professionals are increasingly pressured to adopt an evidence-based practice to ensure greater efficiency of their services. However, the transition between "know what to do" and "know how to do" is still difficult. To overcome this situation, the Web 2.0 is beginning to be used within professional practice to expose that knowledge through communities of practice.

Objective: The aim of this study was to: 1) gain a better understanding of the perceptions of professionals on the development of a Web 2.0 platform in order to support communities of practice in stroke care; 2) examine variables that have an impact on the perceived ease of use and usefulness of the platform.

Methods: A qualitative study was conducted with clinicians and managers. We conducted semi-structured interviews with three groups of professionals. The first group consisted of active members of the Montreal Stroke Network (MSN), which is a face-to-face network. Since 2006, this network gathers three communities of practice in stroke care. The second group consisted of less active professionals within the MSN. The third group consisted of people who worked outside the greater Montreal area and were unaware of the MSN. The structure of the guide was organized as follows: first, participants were asked to explain their job and then specifically discuss their perceptions and needs relative to a Web 2.0 platform. Issues related to the strategies used for knowledge sharing, the benefits of community of practice and the use of technology were also discussed. The interviews transcripts were subject to a content analysis based on the Technology Acceptance Model.

Results: Twenty-four interviews were conducted (mean age 45 ± 18 years; men=0/24). The main emerging theme are relating to usefulness and ease of use perceived by health care providers concerning Web 2.0. Knowledge transfer was identified by 23 out of 24 participants to be the most useful outcome of a Web 2.0 platform. Respondents also expressed the need for a user-friendly platform. Accessibility to a computer and Internet,

characteristics of the Web 2.0 platform, user support, technology skills and previous technological experience were found to influence perceived ease of use and usefulness. Lack of time emerged as having a negative influence on the behavioral intention to use this tool, despite highly perceived usefulness of the Web 2.0. On the other hand, nearly half of respondents mentioned that the Web 2.0 platform would allow them to save time.

Conclusions: Professionals consider the Web 2.0 as a very useful application for knowledge transfer and sharing. However, lack of time and lack of technological skills remain as perceived barriers to the use of this technology.