

**CADRE DE RÉFÉRENCE EN
TRANSFERT DES CONNAISSANCES
DANS LE CONTEXTE DU SOUTIEN AUX
PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

**CIUSSS DE
L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL**

**Direction des services multidisciplinaires,
volet des pratiques professionnelles**

1^{er} décembre 2023

Mise à jour mineure du 4 avril 2025

CADRE DE RÉFÉRENCE EN TRANSFERT DES CONNAISSANCES DANS LE CONTEXTE DU SOUTIEN AUX PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Rédacteurs :

Jocelyn Bisson, conseiller cadre au développement des processus cliniques ¹

Luc Legris, directeur adjoint ¹

Ève Bérubé, conseillère clinique aux pratiques psychosociales ¹

Thiaba Ddiaye, stagiaire l'École nationale d'administration publique

Marco Lunghi, conseiller clinique aux pratiques psychosociales ¹

Collaborateurs:

Rémi Beauregard, conseiller clinique ¹

France Deslauriers, conseillère clinique ¹

Mathieu Hamel, chef de service ¹

Linda Labelle, conseillère cadre physiothérapie ¹

Amélie Lacroix, conseillère cadre nutrition ¹

Simon Laliberté, conseiller cadre psychologie ¹

Stéphanie Lalonde-Gagnon, conseillère cadre activités respiratoires ¹

Marcel Landry, conseiller cadre innovation et pratiques exemplaires ¹

Nathalie Le Blanc, conseillère cadre ergothérapie ¹

Lydia Tremblay, conseillère cadre travail social ¹

Émilie Varin, conseillère cadre psychoéducation ¹

Mise en page :

Angela Lucia, agente administrative, classe 1 ¹

Maria Ciarletta, technicienne en administration ¹

Aouataf Benchabane, technicienne en administration ¹

Ce document est disponible en format électronique (PDF) sur le site Web du CIUSSS-EMTL au:

<https://extranetcemtl.cemtl.rtss.qc.ca/soins-et-services/services-multidisciplinaires/dsm-pp-offre-de-services>

Le contenu de ce document peut être cité, à condition d'en mentionner la source.

DEPOT LEGAL – 3E TRIMESTRE 2023

BIBLIOTHEQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUEBEC

ISBN : 978-2-550-96509-1 (PDF)

© CIUSSS-EMTL (2023)

¹ CIUSSS-EMTL, Direction des services multidisciplinaires, volet des pratiques professionnelles

TABLES DES MATIÈRES

Introduction	1
1. Le transfert des connaissances	3
1.1 Pertinence du transfert des connaissances	3
1.2 Les types de connaissances en santé et services sociaux	3
1.3 Les étapes du processus de transfert des connaissances	4
1.4 Les stratégies de transfert des connaissances	6
1.5 Le modèle d'application des connaissances de la DSM-PP	9
2. Étape 1 : Identifier la problématique	11
2.1 Fiche de demande	11
2.2 Analyse et orientation de la demande	12
2.3 Structure de gouvernance	12
3. Étape 2 : Analyser la problématique	13
3.1 Analyse des parties prenantes	13
3.2 Analyse de la situation actuelle	14
3.3 Balisage	14
3.4 La recension des écrits	15
4. Étape 3 : Adapter : Élaborer une solution adaptée	16
4.1 Utilisation des connaissances pour élaborer une solution adaptée	16
4.2 Validation de la cible et des modalités du changement	16
4.3 Enjeux pratiques à l'établissement des objectifs de changement	17
4.4 Les modalités de changement	17
4.5 Les déterminants du changement	19
5. Étape 4 : Planifier le changement	20
5.1 Plan d'action	20
5.2 Suivi et ajustement du plan d'action	21
5.3 Élaboration des indicateurs	21
5.4 Communication du projet	22
6. Mise en œuvre du projet	24
6.1 Collaboration avec les équipes des directions clientèles	24
6.2 Réalisation des préalables	24
6.3 Résistance au changement	24
7. Évaluer, ajuster et pérenniser	26
7.1 Évaluation de programme	26
7.2 Évaluation des processus	27
7.3 L'évaluation des résultats	27
7.4 Étapes pour l'évaluation d'un programme	28
7.5 Enjeux de la pérennisation	28
8. Conclusion	29
9. Références	30
10. Annexes	33
Annexe A Définition des termes	33
Annexe 1 Axes d'intervention de la DSM-PP	35
Annexe 2 Facteurs associés au processus de TC (INSPQ, 2009)	36

Annexe 3	Facteurs favorisant la diffusion des connaissances *	37
Annexe 4	Fiche de la demande	38
Annexe 5	Responsabilités des trois niveaux de gouverne d'un projet ¹	40
Annexe 6	Canevas général de structure de gouvernance	41
Annexe 7	Registre des parties prenantes	43
Annexe 8	Analyse des parties prenantes de la DSM-PP	44
Annexe 9	Analyse stratégique des cinq principales parties prenantes associées aux projets de la DSM-PP	46
Annexe 10	Analyse des causes avec la méthode d'Ishikawa	49
Annexe 11	Le niveau de preuve scientifique	49
Annexe 12	Aide-mémoire des déterminants, enjeux et modalités d'intervention	50
Annexe 13	Outil d'identification des déterminants et modalités de changement	53
Annexe 14	Gabarit de plan d'action de la DSM-PP	54
Annexe 15	Définition des différents types d'indicateurs	55
Annexe 16	Fiche indicateur	57

ACRONYMES

DSI	Direction des soins infirmiers
DSP	Direction des services professionnels
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DQEPE	Direction qualité, évaluation, performance et éthique
PP	Pratiques professionnelles
DSM-PP	Direction des services multidisciplinaires – Volet pratiques professionnelles
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
TC	Transfert de connaissances
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
MSSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CISSS	Centre intégré de santé et des services sociaux
ETC	Équivalent temps complet
SVO	Station visuelle opérationnelle

REMERCIEMENT

Nous tenons à remercier Alexandrine Lamontagne, chef de service, performance et bureaux de coordination de projets, DQÉPÉ, CIUSSS-EMTL, pour nous avoir conseillé et guidé lors du début des travaux. Merci également d'avoir mobilisé l'équipe de la DQÉPÉ pour offrir à notre équipe de la DSM-PP une formation sur mesure en gestion de projet.

Merci également à Brigitte Vachon, professeure agrégée, Centre de recherche de l'IUSMM et à Aliko Thomas, chercheure agrégée, École de physiothérapie et d'ergothérapie, Université McGill, pour nous avoir guidé dans le choix des modèles de référence et confirmé la pertinence d'une telle démarche.

DIRECTIVES DE LECTURE DE DOCUMENT

Ce document se veut interactif et apporte les balises et les modèles pour le développement des pratiques professionnelles tout en offrant les outils pour leur implantation. Comme lecteur, une première lecture donne rapidement une vue d'ensemble. Les éléments sont présentés par des textes courts qui synthétisent les notions à retenir. Pour chacune des sections, le lecteur a la possibilité d'approfondir les éléments abordés en se référant aux hypers liens qui sont en bleus;

Pour activer l'hyper lien le lecteur doit :

1. Mettre son curseur sur l'hyper lien : [en bleu](#)



2. Appuyer sur Ctrl et fait une clique gauche sur la souris.



3. Pour revenir au point de départ, le lecteur doit appuyer simultanément sur ALT et flèche gauche.



Bonne navigation !!!

INTRODUCTION

En étroite collaboration avec l'ensemble des directions du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL), la Direction des services multidisciplinaires (DSM) – volet pratiques professionnelles (DSM-PP) a comme mandat d'assurer la qualité, la pertinence, l'efficacité et l'efficience des pratiques professionnelles dans le cadre de la prestation des soins et services offerts dans le CIUSSS-EMTL.

Au niveau national, il existe trois grandes visées de l'offre de service des Directions des services multidisciplinaires (MSSS, DSM, 2017) :

- La pertinence clinique vise à assurer l'application, par les équipes cliniques, des pratiques fondées sur les données probantes ou inspirées des pratiques innovantes.
- Le développement des trajectoires de soins et de services intégrés vise à assurer l'harmonisation des pratiques cliniques et l'optimisation des champs d'exercices des professionnels.
- Le soutien à la collaboration interprofessionnelle et aux pratiques collaboratives sont des fondements dans l'actualisation des responsabilités des DSM ainsi que des incontournables pour répondre adéquatement et efficacement aux besoins des clientèles.

Pour actualiser son mandat et répondre à ces trois grandes visées, l'équipe de la DSM-PP réalise plusieurs [projets et activités](#).² Ces projets et activités touchent différents volets de l'offre de service de la DSM-PP qui se déclinent en cinq grands axes.

Axes d'intervention de la DSM-PP

1. Le développement de la pratique professionnelle
2. Les pratiques d'excellence et d'innovation
3. Le maintien et le développement des compétences
4. La sécurité et la qualité de l'acte professionnel
5. Le soutien aux processus de dotation

Ces axes d'intervention se définissent en sous-axes plus spécifiques ([ANNEXE 1](#)) permettant de réaliser le mandat des pratiques professionnelles avec des balises spécifiques et concrètes pour la DSM-PP. Cependant, les connaissances évoluant constamment, cela pose de nombreux défis en termes d'acquisition et de mise à jour des connaissances, de leur diffusion et de leur adaptation nécessaire dans les milieux de pratique.

² Référez-vous à l'[Annexe A](#) pour la définition des termes. Vous pouvez aussi cliquer sur les termes en bleus soulignés pour aller directement à cette annexe.

Dans ce contexte, plusieurs questions peuvent se poser. Dans la foulée des publications scientifiques, quelles sont les meilleures pratiques qui peuvent s'appliquer à un contexte de pratique donné en tenant compte : des ressources en place, des forces et des difficultés particulières des équipes cliniques et des particularités parfois singulières de sa clientèle ?

C'est ici que les modèles, méthodes et outils en transfert des connaissances deviennent utiles en fournissant les moyens éprouvés pour cheminer à partir d'une problématique donnée (ou d'un besoin de changement dans les pratiques) vers la réalisation effective des changements voulus. Ceci est d'autant plus vrai pour des changements de pratiques importants qui impliquent généralement la recherche des causes à l'état actuel des pratiques, la recension des écrits afin d'identifier les meilleures pratiques, l'adaptation judicieuse des connaissances scientifiques aux contextes des milieux d'implantation, la diffusion des connaissances, de même que leur appropriation effective dans les milieux de pratique.

Les objectifs spécifiques de ce cadre de référence sont les suivants :

- Partager un langage et une compréhension commune de la nature des activités et projets menés par la DSM-PP dans le contexte de son offre de service.
- Identifier les meilleures stratégies pour faciliter l'analyse et la compréhension des problématiques d'utilisation des connaissances dans les milieux cliniques (identification des déterminants et des stratégies de gestion de changement).
- Clarifier les rôles et les responsabilités des pratiques professionnelles de la DSM versus ceux des volets opérationnels dans les différentes étapes de la réalisation des projets et activités.
- Favoriser une meilleure diffusion et utilisation des données probantes dans les milieux cliniques.

Dans ce contexte, le présent cadre de référence a pour objectif central de soutenir l'équipe de la DSM-PP dans la réalisation de ses mandats et la conduite de ses projets et activités. Il permettra également de faire connaître les grandes balises de son rôle de soutien dans le développement des pratiques professionnelles auprès des directions clientèles.

1. LE TRANSFERT DES CONNAISSANCES

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), définit le transfert des connaissances (TC) comme l'ensemble des activités et mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation des connaissances les plus à jour possible en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans l'exercice de la gestion en matière de santé (Lemire, Souffez et Laurendeau, 2009). D'autres appellations sont utilisées dans la littérature pour référer à un concept similaire, comme la médecine fondée sur les données probantes, la traduction des connaissances, l'utilisation de la recherche ou la diffusion de l'innovation. Nous utiliserons le terme de transfert de connaissance (TC) qui reste le terme le plus largement employé au niveau international dans différents milieux (Graham, 2006).

1.1 Pertinence du transfert des connaissances

Le TC n'est pas un phénomène nouveau, mais il a pris beaucoup d'importance depuis les années 2000. Plusieurs politiques d'innovation visent à favoriser un plus grand dialogue entre la science et les milieux de pratique pour accroître les retombées de la recherche. Par ailleurs, le TC vise explicitement à combler le fossé qui existe entre l'état des connaissances et l'état des pratiques, notamment en santé.

Dans le contexte du mandat de la DSM-PP, les modèles, stratégies et outils du TC sont utilisés pour favoriser l'utilisation judicieuse des connaissances afin d'améliorer les pratiques cliniques et ainsi de mieux répondre aux besoins des équipes cliniques et des usagers. Ils peuvent aider à mieux structurer l'analyse des demandes, des besoins et des problématiques, et ainsi à mieux structurer et utiliser les connaissances issues de la recherche et des milieux de pratique.

1.2 Les types de connaissances en santé et services sociaux

Les connaissances qui font l'objet d'application en santé en santé et services sociaux sont de trois types : les connaissances issues de la recherche, des savoirs tacites (ex : des intervenants, des experts et des usagers) et des données analysées. Les trois types de savoirs sont à considérer.

1.2.1 Les connaissances issues de la recherche

Ces connaissances peuvent provenir de trois types de recherche : la recherche fondamentale, la recherche clinique et la recherche appliquée. La recherche fondamentale concerne les travaux expérimentaux ou théoriques entrepris principalement en vue d'acquérir de nouvelles connaissances sur les fondements des phénomènes et des faits observables (Laurendeau et Joubert, 2008, cité dans Lemire et al., 2009). Les résultats de ce type de recherche ne sont généralement pas utilisables directement. La recherche clinique vise à mieux comprendre les maladies et à développer des interventions thérapeutiques efficaces, alors que la recherche appliquée est encore plus spécifique et vise, par exemple, à identifier les facteurs associés à l'adoption de certaines pratiques sécuritaires parmi des groupes plus à risque.

1.2.2 Les connaissances issues des savoirs tacites

Les savoirs tacites réfèrent aux connaissances et au savoir-faire qu'ont accumulé au fil de leur formation et de leur expérience, les professionnels, les gestionnaires, les chercheurs et les usagers. Ce type de savoirs n'est généralement pas accessible directement et nécessite une interaction avec le détenteur du savoir pour le rendre manifeste et utilisable. Par exemple, lorsque des professionnels ou gestionnaires participent à des recherches, consultations, forums d'experts ou démarches de **KAIZEN**, leur savoir tacite peut être objectivé et intégré à une démarche rigoureuse pour éclairer une situation, documenter des bonnes pratiques et soutenir une prise de décision. Leur opinion peut être précieuse pour interpréter les données existantes dans un contexte spécifique, pour se prononcer lorsque les données sont insuffisantes, ou pour adapter les connaissances provenant de milieux de pratique extérieurs à un milieu de pratique local (INSPQ, 2009). Dans la perspective du modèle de partenariat de soins et de services (RUIS de l'Université de Montréal, 2014), le recours et la reconnaissance du savoir expérientiel des usagers dans l'organisation des services de santé, combinés à l'utilisation du savoir tacite des professionnels et gestionnaires peut grandement contribuer à consolider la prise de décision et à améliorer les services de santé.

1.2.3 Les connaissances issues des données analysées

Les connaissances issues des données analysées peuvent provenir de différentes sources : les données sur l'état de santé et de bien-être de la population, les données administratives, les données relatives aux interventions, les résultats d'évaluation, les résultats de recherches et les résultats de sondages faits dans le milieu concerné. Ces connaissances peuvent contribuer à soutenir les démarches en TC alimentant ainsi la prise de décision et l'ajustement des projets en fonction des besoins spécifiques du terrain.

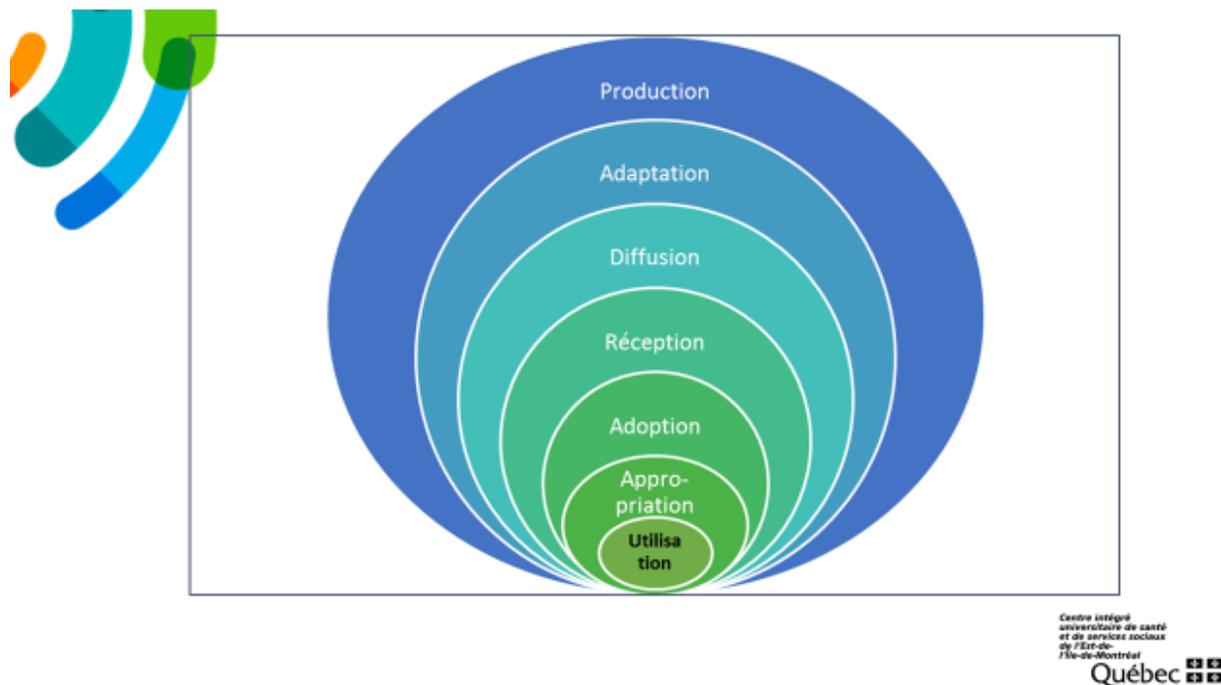
1.3 Les étapes du processus de transfert des connaissances

Le modèle de l'INSPQ de l'application des connaissances (2009, Figure 1) comprend sept étapes, de la production de la connaissance jusqu'à son **utilisation dans la pratique**. La considération de ces étapes nous permet de comprendre en quoi une connaissance sera ou non utilisée, que ce soit par le gestionnaire, l'intervenant ou l'utilisateur. Les facteurs de réussite de chacune de ces étapes dans le processus de TC sont présentés à l'**ANNEXE 2**.

L'**adaptation** permet de rendre compréhensibles et utilisables les connaissances produites pour ceux à qui elles sont destinées. La vulgarisation et la schématisation sont des exemples d'adaptation qui permettent de formuler les connaissances en considérant les caractéristiques et les contextes des personnes concernées. La **diffusion des connaissances** permet ensuite de communiquer ces connaissances pour les rendre accessibles aux personnes visées. Plusieurs moyens de diffusion des connaissances existent, tels que les conférences, les publications, les

médias, les formations ou autres types de communications interpersonnelles. La diffusion des connaissances implique, en soi, une panoplie de stratégies (voir [section 1.4.1](#)).

Figure 1 : Les étapes du processus de transfert des connaissances (INSPQ, 2009)

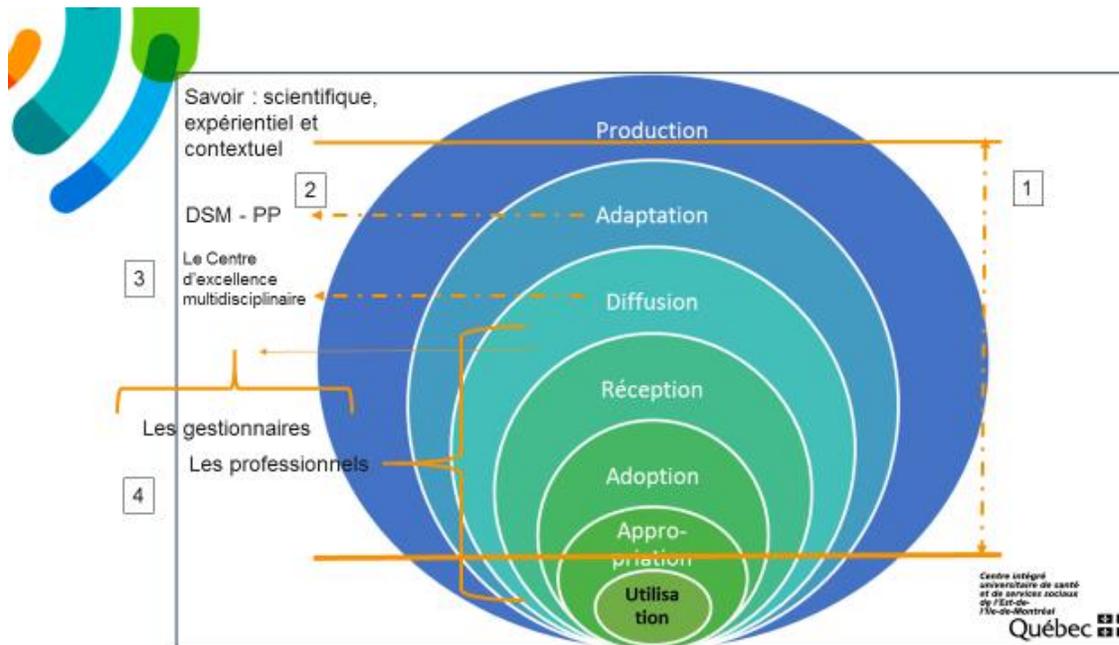


Les étapes suivantes—la réception, l'appropriation et l'utilisation des connaissances—s'adressent à la personne concernée par la connaissance à utiliser. Une connaissance doit être nécessairement « **reçue** » pour être utilisée. La **réception** réfère donc au contexte dans lequel les connaissances sont transférées et reçues, à la capacité et à l'intérêt des utilisateurs potentiels de recevoir ces informations.

Ensuite, pour qu'une connaissance « reçue » soit utilisée, cette connaissance doit aussi être **adoptée et appropriée** par les personnes cibles. L'**adoption** réfère au processus par lequel une personne décide d'accepter et de considérer comme vraie une nouvelle connaissance. Et l'**appropriation** renvoie au processus par lequel une personne assimile les nouvelles connaissances et les intègre dans son bagage de connaissances, d'expertises et de savoir-faire pour les utiliser dans sa pratique.

L'offre de service de la DSM-PP se réfère au modèle de l'INSPQ (Figure 2, 2009) et s'adresse particulièrement à l'écart connu entre les connaissances et leur utilisation (1). En santé, il faut souvent plusieurs années avant que les nouvelles connaissances issues de la recherche soient utilisées dans la pratique. Une recension des écrits à cet égard indique une moyenne de 17 ans (Morris et al., 2011).

Figure 2 : Le processus de transfert des connaissances appliqué aux pratiques professionnelles de la DSM-PP



Dans une organisation, les « pratiques professionnelles », telles que la DSM-PP, la DSI et la DSP, jouent un rôle important dans l'adaptation des connaissances (2). En soutien aux [gestionnaires opérationnels](#), elles sont à l'affût des nouvelles connaissances à diffuser ou à implanter. Pour ce faire, les contenus doivent être adaptés en tenant compte des réalités des équipes concernées, des gestionnaires opérationnels, professionnels et intervenants. À ce titre, pour plusieurs activités du Centre d'excellence multidisciplinaire (CEM)—Rendez-vous scientifiques, conférences-midi, veilles informationnelles, regroupements disciplinaires, capsules vidéo —les connaissances sont d'abord adaptées (2) avant d'être diffusées à leurs publics cibles (3).

Lorsque la visée est l'utilisation des connaissances, un accent particulier doit être donné aux quatre dernières étapes du modèle (Réception, Adoption, Appropriation et Utilisation). Pour qu'une connaissance soit reçue, adoptée, appropriée et utilisée, les pratiques professionnelles doivent soutenir étroitement les gestionnaires et les intervenants de leurs équipes dans ces étapes du processus de TC (4).

1.4 Les stratégies de transfert des connaissances

De nombreuses stratégies peuvent être utilisées pour transmettre les connaissances aux publics visés et les appliquer dans les différents milieux de pratique. Les stratégies retenues doivent être adaptées au public cible, au type de connaissances à transmettre et aux objectifs à atteindre (sensibiliser, influencer, adopter une nouvelle compréhension ou nouvelles pratiques). Les stratégies doivent également tenir compte des contraintes et facteurs facilitant l'utilisation des

connaissances par les acteurs des publics visés. Il existe deux grandes catégories de stratégies de transfert des connaissances : les stratégies de diffusion et les stratégies d'utilisation.

1.4.1 Les stratégies de diffusion

Les stratégies de diffusion ont pour but de rendre accessibles et compréhensibles de nouvelles connaissances à un groupe d'acteurs concernés. Ces stratégies de TC favorisent la réception des connaissances dans de larges publics, mais demeurent insuffisantes pour engendrer l'utilisation concrète des connaissances dans la pratique (Bero et al., 1998 ; Lemire et al., 2009 ; Demers, 2013). Pour cela, et quand c'est le but visé, les stratégies d'utilisation des connaissances sont requises.

1.4.1.1 La production d'un contenu

Il faut considérer les étapes du modèle du TC comme un processus dynamique qui implique plusieurs allers-retours. Un contenu de connaissances doit être produit et adapté à un public cible avant d'être diffusé. Pour ce faire, il est recommandé d'intégrer des acteurs du public cible (des gestionnaires opérationnels ou cliniciens d'expérience) dès la démarche de production. Cela aura pour effet de faciliter les phases suivantes du TC (Lemire et al., 2009).

1.4.1.2 L'adaptation du contenu et du gabarit selon les publics cibles

Le contenu produit doit être adapté aux publics visés. Il faut d'abord identifier ces publics, les utilisateurs potentiels, mais aussi les personnes qui peuvent influencer ces utilisateurs. Enfin, l'objectif visé par la diffusion des connaissances doit être précisé pour chacun de ces publics.

Pour chacun des publics visés, on privilégie l'information la plus pertinente et la plus utile. Le message transmis doit être bref, clair, cohérent et démontrer des applications concrètes (Lane, 2015 ; Lemire et al., 2009). Le matériel à diffuser doit être adapté à ses besoins, préoccupations, niveaux de connaissances, pratiques courante et à son contexte environnemental de même qu'à l'objectif ciblé par la diffusion (Straus et al., 2013). À cette étape, les services de communication sont des partenaires indispensables dans la planification et la mise en œuvre des stratégies afin de rejoindre les publics cibles.

1.4.2 La diffusion des connaissances

Cette étape vise à communiquer, rendre accessibles et compréhensibles les connaissances aux utilisateurs potentiels. On utilise pour cela différents canaux de communication : site internet, revue scientifique ou professionnelle, conférence, présentation ou webinaire. Les modalités de diffusion unidirectionnelles telle que les revues scientifiques permettent de rejoindre de larges publics. D'autre part, les modalités plus interactives (séminaires, ateliers) rejoignent moins de personnes à la fois et entraînent un investissement de temps et d'argent plus grand mais elles favorisent davantage l'appropriation et l'utilisation des connaissances diffusées (Straus et al., 2013; Lemire et al., 2009).

Le choix des stratégies de diffusion à adopter est reliée :

- au **type des connaissances** (ex. : résultats de recherche, consensus d'experts) ;
- aux **objectifs à réaliser** (ex. : sensibilisation, adoption d'une nouvelle vision, changement d'habitudes de vie dans une population) ;
- aux **acteurs concernés** (ex. : praticiens, gestionnaires, usagers) ;
- aux **organisations impliquées** (ex. : temps et ressources disponibles à la diffusion des connaissances).

Avec les avancées des dernières années, les nouvelles technologies de l'information et des communications offrent de grandes possibilités pour la diffusion des connaissances. Les réseaux sociaux, les plateformes Web, les formations à distance interactives en temps réel et les micros blogues qui permettent une réaction instantanée, comme Twitter, en sont des exemples. Auparavant, l'utilisateur était passif, puisque l'information n'allait que dans une seule direction (radio, télévision, journal). Maintenant, les moyens de communication ont pris une stature multidirectionnelle, permettant à l'acquéreur de devenir, par moment, un messenger proactif de connaissances. Ces nouvelles technologies favorisent les processus de TC en stimulant la communication des savoirs qui émanent du terrain, qu'il s'agisse de les communiquer à des chercheurs, aux décideurs ou à d'autres intervenants du milieu de la pratique (Demers, 2013).

En contrepartie, ces nouvelles technologies de l'information n'établissent pas toujours les liens de confiance nécessaires au climat d'échanges et de participation. De plus, la personne, le groupe ou l'organisme qui véhicule l'information a aussi son importance. Des études montrent que de nouvelles informations communiquées par des personnes, en qui l'auditoire a confiance, sont plus aisément acceptées. Les gens ont une meilleure réaction quand l'information est présentée par un pair. Donc, le choix d'un messenger à l'écoute des autres, crédible et flexible est essentiel (Straus et al., 2013 ; Demers, 2013 ; Lemire et al., 2009).

De plus, l'appel à des agents de liaison ou « **courtiers de connaissances** » est notamment mentionné ces dernières années comme stratégie novatrice du transfert de connaissances pour les organisations. Commenté dans plusieurs études dans le domaine de la santé et des services sociaux (bien que son rôle puisse varier), le « courtier de connaissances » sert d'abord de liaison entre les producteurs de connaissances issues de la recherche et les utilisateurs. Ses tâches peuvent inclure la recension des écrits, la gestion de l'information par des sites de veille informationnelle, la sélection et diffusion des connaissances issues de la recherche, la synthèse d'informations, l'organisation de rencontres et d'activités de transfert de connaissances, le réseautage, l'accompagnement et le soutien aux utilisateurs (Marion et Houlfort, 2015).

En somme, l'accord entre les connaissances produites et les besoins des utilisateurs, la qualité des connaissances produites et leur facilité d'accès, leur pertinence, leur utilité et leur niveau de

convenance, ainsi que la forme et le langage utilisé peuvent favoriser le processus de transfert et l'utilisation de ces connaissances (Lemire et al., 2009). L'[Annexe 3](#) est un aide-mémoire présentant les principaux facteurs facilitant la stratégie de diffusion des connaissances.

1.4.3 Les stratégies d'application des connaissances

Les stratégies d'application des connaissances ont pour but de faciliter l'intégration et l'application des connaissances dans un contexte donné. Ces stratégies, qui tiennent compte des sept étapes du processus du TC, sont particulièrement efficaces pour mener vers l'adoption et l'utilisation des connaissances dans la pratique (Lemire et al., 2009). Elles visent par contre un public beaucoup plus circonscrit et exigent beaucoup plus d'investissement de la part des acteurs et des partenaires impliqués.

Ce type de stratégies a pour cible les déterminants individuels et organisationnels associés au TC tels les compétences et processus cliniques, le leadership ou l'organisation des ressources et utilisent les moyens usuels associés à la transformation des pratiques, telle la formation, le coaching, l'encadrement clinique et le soutien entre pairs, les pratiques collaboratives. Ces stratégies, tout comme les stratégies de diffusion des connaissances, sont au cœur du présent cadre de référence.

1.5 Le modèle d'application des connaissances de la DSM-PP

Pour actualiser son mandat le DSM-PP s'inspire en grande partie des principes et des stratégies du TC tels qu'abordés jusqu'à maintenant. Par ailleurs, le modèle de Graham (2006), basé sur les principes d'amélioration continue et la gestion de projet, permet de structurer davantage les actions nécessaires à mettre en place pour atteindre l'objectif de l'utilisation des connaissances souhaitée. Ce modèle intègre donc l'ensemble des stratégies du TC, mais nous offre une méthodologie structurée par étape pour mener à bien les changements de pratique voulus. Le modèle de référence de la DSM-PP est donc inspiré du modèle de Graham (2006) et adapté à la réalité de l'offre de service de la DSM-PP et au contexte organisationnel du CIUSSS.

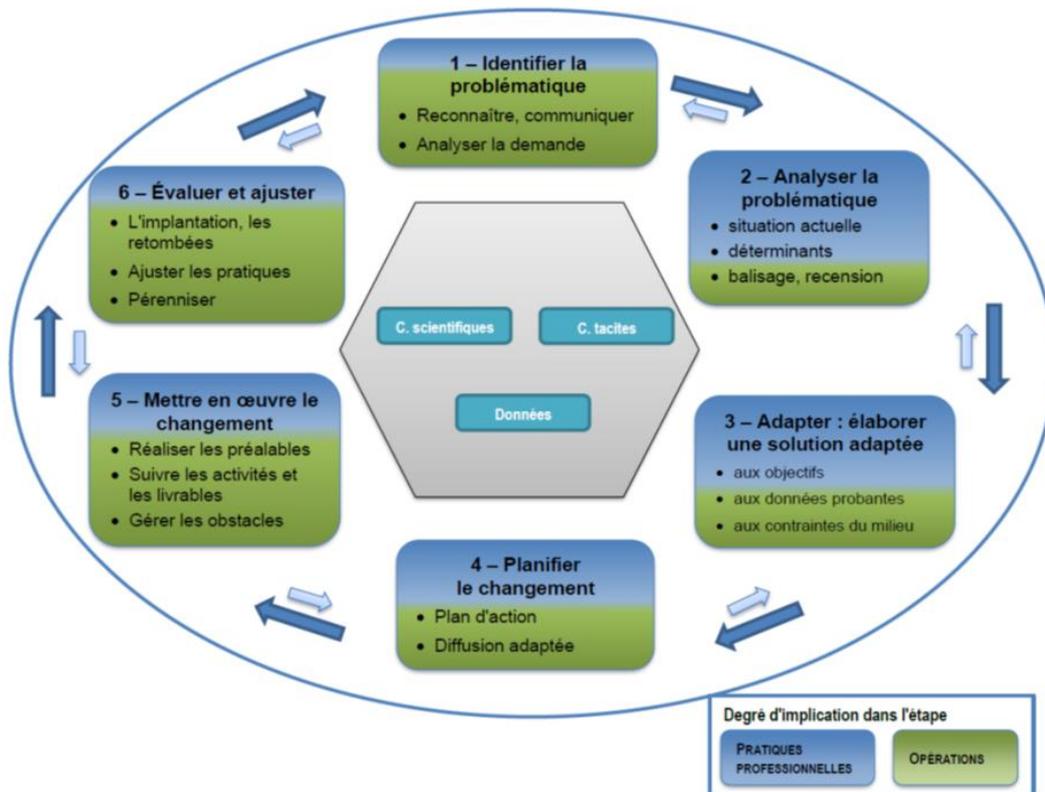
Comme vous le constaterez, le modèle comprend six étapes, de l'identification de la problématique à l'évaluation de l'implantation jusqu'aux retombées des changements de pratiques (Figure 3). Au centre du modèle se retrouve les trois types de connaissances de référence, soit celles issues de la recherche, des données analysées et des savoirs tacites. Les grandes flèches indiquent le sens principal du déroulement des étapes du processus. Les petites flèches en sens contraire indiquent les retours possibles à des étapes précédentes suivant les résultats obtenus à chaque étape. Le processus n'est donc pas linéaire et suppose un va-et-vient constant entre la pratique concrète et les connaissances de référence à utiliser.

Le modèle illustre le rôle respectif de la DSM-PP et de ses partenaires des directions clientèles (volet opérationnel) dans le cycle de transfert des connaissances. Dans ce modèle, les volets

opérationnels (en vert) et pratiques professionnelles (en bleu) sont en constante interaction tout au long du processus, mais dont les proportions dans l'investissement et la responsabilité varient selon les étapes. Ainsi, et de façon générale, les pratiques professionnelles ont un rôle plus prépondérant aux étapes d'analyser la problématique, d'adapter les connaissances au contexte local et de planifier le changement. De son côté, le volet opérationnel a un rôle prépondérant dans l'identification de la problématique, la mise en œuvre du changement, l'évaluation et la pérennisation des pratiques.

La présentation sommaire des 6 étapes complète les aspects théoriques du cadre référence, pour chacune des étapes du modèle ont réfère à un hyper lien et aux outils associés permettant son opérationnalisation.

Figure 3 : Modèle d'application des connaissances à la DSM-PP



2. ÉTAPE 1 : IDENTIFIER LA PROBLÉMATIQUE

L'identification d'une problématique se fait généralement au niveau des opérations et peut concerner un processus clinique, des ressources, un service, les résultats d'une intervention ou tout autre aspect en lien avec le continuum de services. Pour entrer dans le cycle de TC, une personne doit identifier ce problème, le formuler et le communiquer par exemple via une demande de soutien à la DSM-PP afin d'y trouver une solution. L'étape comprend également l'analyse, la validation et l'orientation de la demande de soutien.

L'identification de la problématique peut également procéder de haut en bas ("top – down") et provenir par exemple d'une nouvelle orientation du MSSSS, de la planification stratégique de notre CIUSSS, d'un changement dans une politique ou un cadre réglementaire faisant en sorte de mettre à jour un écart entre les pratiques en cours et les pratiques visées et de soulever ainsi un besoin de soutien pour amorcer un changement de pratiques. L'opérationnalisation de cette étape comporte trois éléments : (1) la fiche de demande ; (2) l'analyse et l'orientation de la demande ; (3) la structure de gouvernance.

2.1 Fiche de demande

Pour assurer la fluidité dans l'arrimage avec le volet opérationnel, différents canaux peuvent être utilisés pour communiquer la demande de soutien à la DSM-PP : soit par écrit ou verbalement et directement d'un gestionnaire des opérations à un conseiller de la DSM-PP. Afin de traiter et d'orienter la demande adéquatement, ce dernier veillera à bien saisir la problématique, le besoin et l'objectif du requérant ainsi que le rôle ou mandat prévu pour la DSM-PP dans la réalisation de l'objectif visé, soit comme porteur du projet ou collaborateur. Il pourra utiliser pour cela la **Fiche de demande** ([Annexe 4](#)) qui lui permet de bien documenter, d'analyser et orienter la demande.

- Le problème perçu et le contexte (enjeux, climat).
- La pratique ou la situation à améliorer
- La nature du changement visé, sa portée, les objectifs visés.
- L'échéancier général et les ressources disponibles.
- L'historique des mesures prises face à la situation.
- La priorité du besoin, l'interdépendance avec les autres projets ou priorités organisationnelles en cours ou à venir.
- La contribution attendue de la DSM-PP (comme porteur ou collaborateur).

La Fiche aidera à préciser l'orientation de la demande, à savoir si elle mène à un **projet** en bonne et due forme ou plutôt, à une **activité** de moins grande envergure, telle une activité ponctuelle ou récurrente (ex. : participation à un comité de travail clinique ou clinico-administratif). Dans le cas où on s'oriente vers un projet, les deux grandes sections de la fiche seront complétées : soit la

section « Demande » et la section « Projet ». Dans le cas où il s'agira d'une activité, seule la section « Demande » sera complétée ou utilisée comme aide-mémoire.

2.2 Analyse et orientation de la demande

L'analyse de la demande vise à bien comprendre la requête de soutien, avoir l'information nécessaire pour cela, bien saisir le besoin du demandeur, vérifier qu'elle cadre bien avec le mandat et l'offre de service de la DSM-PP et statuer sur son orientation.

Une demande peut être acceptée par la DSM-PP si l'objectif de la demande ou le type général d'intervention à entreprendre, cadre avec le mandat et l'offre de service de la DSM-PP. Cette analyse se fait généralement conjointement avec le demandeur du projet. Les précisions et ajustements nécessaires peuvent alors être apportés de façon à bien préciser la nature de la problématique, du besoin ou du changement souhaité et le rôle de la DSM-PP à cet égard.

Il est à prévoir que certaines demandes ne cadreront pas avec le mandat de la direction. Dans ce cas, il serait souhaitable d'orienter le demandeur vers une direction ou un service plus approprié au sein du CIUSSS-EMTL ou dans le réseau de la santé.

2.3 Structure de gouvernance

Une structure de gouvernance est essentielle pour amorcer les travaux. Elle doit être rattachée à une structure existante dans le CIUSSS et permette d'assurer la hiérarchisation décisionnelle nécessaire pour faire avancer les travaux, escalader les enjeux et donner les orientations.

Il existe des comités de coordination clinique qui permettent les rattachements nécessaires entre les projets ou activités et les directions, qui permettent de légitimer les mandats et d'assurer les suivis nécessaires. Les directions clientèles ont également leur propre structure de gouvernance (comité de gestion, salle de pilotage, station visuelle opérationnelle) et les projets ou activités doivent y être rattachés. Dans la gestion des demandes, le répondant DSM-PP doit s'assurer de l'existence de ces rattachements, que ce soit au niveau des directions que de ceux des comités de coordination du CIUSSS, selon l'ampleur des travaux et leur transversalité. Le répondant DSM-PP doit également se référer à la structure de gouvernance de sa direction par le biais du comité de gestion, des statutaires et de la salle de pilotage.

Selon son ampleur, un projet peut compter jusqu'à trois niveaux de gouverne : soit un **comité directeur**, une **équipe projet** et des **comités de travail** pour des mandats et parties spécifiques du projet. Le rôle et les responsabilités de ces trois niveaux de gouverne sont définis de façon détaillée à l'[Annexe 5](#).

Un canevas général de structure de gouvernance est présenté en [Annexe 6](#). On y retrouve un organigramme générique ainsi qu'un exemple de tableau descriptif de comité pour en préciser le mandat, les animateurs, les participants et les modalités de rencontres.

3. ÉTAPE 2 : ANALYSER LA PROBLÉMATIQUE

L'analyse de la problématique vise à bien comprendre et décrire la demande et la problématique, à identifier les connaissances utiles pour trouver les solutions les plus adaptées. Une telle analyse doit être basée sur des sources de données fiables, issues de la recherche et de la consultation des acteurs clés détenteurs de savoirs identifiés en collaboration avec le [promoteur du projet](#) ou le comité projet. Cela comprend **l'analyse des parties prenantes**, **l'analyse de la situation actuelle** (analyse des causes et déterminants), **le balisage**, la **recension et la synthèse des écrits** pertinents en lien avec la problématique

3.1 Analyse des parties prenantes

Les parties prenantes sont les acteurs, individuels ou collectifs, internes ou externes à l'organisation, qui sont concernés ou impactés par le projet. Selon leurs intérêts, les parties prenantes peuvent être affectées positivement ou négativement par la réalisation du projet et être ainsi favorables ou non à sa réalisation. Et certaines d'entre elles peuvent avoir beaucoup d'influence et d'autres peu sur le déroulement du projet. Il importe donc de bien identifier et analyser les parties prenantes afin de prévoir les mesures à mettre en place pour optimiser leur contribution à la réalisation du projet ou réduire les obstacles potentiels qu'elles pourraient soulever. Pour identifier les parties prenantes à impliquer dans les différentes étapes du projet, il faut considérer :

- Qui sont les acteurs clés concernés par le projet ?
- Quels sont leurs intérêts ou attentes face au projet ?
- Quel est leur niveau d'influence et leur rôle souhaité dans le projet ?
- Quelles mesures mettre en place pour gagner leur soutien et réduire les obstacles potentiels qu'ils pourraient soulever.

Le **Registre des parties prenantes**, à l'[Annexe 7](#), permet de colliger et d'organiser ces informations.

Pour la DSM-PP, certains acteurs clés reviennent régulièrement dans les parties prenantes identifiées (les directions clientèles, les directions conseils dont la DSI et la DSP, les intervenants de différentes disciplines, les médecins, les conseils professionnels, les ordres professionnels, les syndicats, les usagers et leurs familles). Chacun de ces acteurs peut avoir des intérêts particuliers dans le projet et il importe de considérer leur influence potentielle ainsi que leur rôle éventuel dans le projet.

Pour faciliter cette réflexion, les membres de la DSM-PP ont fait l'exercice d'analyser globalement les différentes parties prenantes concernées dans ses projets, de voir comment elles peuvent être regroupées, d'identifier leurs principaux intérêts et préoccupations, les éléments sensibles pour la DSM-PP et les stratégies pouvant être mises en place pour répondre à leurs préoccupations. Les résultats de cette analyse sont présentés à l'[Annexe 8](#).

3.2 Analyse de la situation actuelle

L'analyse de la situation actuelle est un incontournable pour bien comprendre le contexte de la demande, préciser la nature de la problématique, ses causes et ses conséquences potentielles, ainsi que les leviers du changement. Selon la nature de la demande, l'analyse de la situation actuelle peut porter sur différents aspects, soit sur l'objet même de la problématique tel que le processus clinique en place, les rôles et responsabilités, de même que les services dispensés. Lors de l'analyse, il peut être avantageux d'inclure les éléments pouvant être associés à la problématique, soit comme causes ou facteurs contribuant, soit comme conséquences. L'avantage est de mieux comprendre la situation actuelle dans son ensemble, autant le problème comme tel que les éléments pouvant y avoir contribué et ses conséquences. Cela permet par la suite de mieux identifier les leviers du changement et d'intervenir sur la ou les causes réelles du problème plutôt que sur les symptômes uniquement.

Pour identifier les causes potentielles, la tempête d'idées (brainstorming) peut être utilisée auprès de personnes ayant une bonne connaissance du problème. Alternativement, ou en complément, on peut partir des déterminants reconnus comme ayant une influence sur l'état des pratiques et sur l'adoption des nouvelles pratiques et les déterminants du changement identifiés dans les modèles d'application des connaissances.

Il y a également la méthode d'Ishikawa (dans Jeanneret et Chevalier, 2009) (voir [l'Annexe 10](#)) qui est une représentation graphique en diagramme utilisé pour identifier l'ensemble des causes possibles d'un problème dans le but d'établir un plan d'action. Il est basé sur le classement des causes regroupées en 5 catégories, à savoir les « 5M » qui sont : la main d'œuvre, la matière, le matériel ou les moyens, la méthode et le milieu. Les catégories peuvent être adaptées en fonction du contexte de l'organisation, de ses objectifs et de sa problématique.

3.3 Balisage

Le balisage vise à documenter les pratiques en cours dans l'organisation ou ailleurs en lien avec la problématique. Cela se distingue de l'analyse de la problématique actuelle et de la recension des écrits scientifiques. Dans le balisage, on peut procéder avec les mêmes moyens que pour l'analyse de la situation actuelle, en ayant recours au besoin à la consultation de personnes, de groupes de discussion, à des entretiens téléphoniques, des sondages ou l'analyse documentaire.

3.4 La recension des écrits

Pour apporter les changements optimaux face à la problématique ciblée, il est impératif de faire la recension des écrits scientifiques spécifiques et expérientiels à la problématique, recenser les résultats de la recherche et cibler, s'il y a lieu, les meilleures pratiques ou les connaissances utiles pouvant s'appliquer.

Différentes sources d'information peuvent être consultées, avec différents niveaux de preuve selon les méthodologies employées. Selon la problématique ciblée, cela peut être un exercice relativement simple et mener rapidement à l'identification de meilleures pratiques bien connues et déjà bien balisées. À l'inverse, l'exercice peut aussi être très complexe et exiger des recherches relatives à différents concepts associés à la problématique, la nécessité de départager les meilleures des moins bonnes recherches et de synthétiser l'information recueillie où il peut parfois être difficile d'extraire des consensus et une compréhension bien intégrée.

Dans la mesure du possible, on utilisera des sources ayant le niveau de preuve le plus élevé, telles les revues systématiques (ex. Cochrane, NICE Guidelines), qui ont également l'avantage de présenter des résultats de recherches grandement synthétisés. Il n'est toutefois pas possible de recourir à ces sources pour toutes les problématiques. Il faut alors avoir recours à des sources d'information ayant des niveaux de preuve moins élevés, à des lignes directrices d'organisations scientifiques ou cliniques reconnues où les résultats sont filtrés pour la qualité des méthodologies employées et ensuite résumés. Il faut cependant consulter la littérature scientifique par les bases de données bibliographiques (Pubmed, Medline, PsychInfo, etc.) et identifier dans le lot des recherches publiées présentant les méthodologies les plus rigoureuses. Le tableau de [l'Annexe 11](#) peut être utilisé pour juger du niveau de fiabilité ou de preuve associé aux différentes méthodologies de recherches utilisées (Haute autorité de santé, 2013).

Dans certains cas, une consultation d'acteurs clés, de cliniciens, de gestionnaires ou de chercheurs concernés par la problématique peut être appropriée. Elle peut établir une base afin d'identifier les bonnes pratiques cliniques et aussi guider la recherche documentaire vers des sources plus inédites. L'intégration dans la démarche d'un spécialiste de l'information peut être envisagée par le biais du **centre de documentation** du CIUSSS. Son rôle serait d'agir en soutien à la recherche en vérifiant les données probantes pertinentes pour la pratique clinique et la mise en place des meilleures pratiques.

4. ÉTAPE 3 : ADAPTER : ÉLABORER UNE SOLUTION ADAPTÉE

La phase d'adaptation consiste à utiliser l'ensemble des connaissances produites à la phase d'analyse, tant celles sur la situation actuelle et ses déterminants que celles issues du balisage et de la recension des écrits scientifiques. Ceci sert à élaborer la solution la plus adaptée qui soit, celle qui tient compte de façon optimale à la fois des données probantes, des meilleures pratiques, mais aussi des contraintes et forces du milieu où les changements ou les nouvelles pratiques seront implantés. Deux objectifs sont ici visés : (1) préciser la cible du changement ; (2) préciser les stratégies et les modalités du changement visé, impliquant : l'utilisation des connaissances pour élaborer une solution adaptée, la validation de la cible et des modalités du changement, la considération des enjeux pratiques à l'établissement des objectifs de changement, les modalités de changement.

4.1 Utilisation des connaissances pour élaborer une solution adaptée

L'étape de l'adaptation permet d'utiliser judicieusement les connaissances afin d'élaborer une solution adaptée permettant d'atteindre les objectifs visés. Quels objectifs pourraient être raisonnablement fixés en lien avec les ressources en place, les facteurs en cause et les meilleures pratiques s'appliquant dans le contexte ? Cette solution adaptée comprend les objectifs et les modalités du changement, spécifiquement les moyens envisagés et les préalables à mettre en place pour réaliser les objectifs visés.

Le porteur du projet, en collaboration avec les gestionnaires opérationnels, doit s'assurer que les objectifs visés et les modalités de changement choisies respectent : les connaissances les plus à jour en lien avec la problématique et les besoins réels et les contraintes concrètes du milieu. Dans cette optique, toutes les sources d'information recensées à l'étape de l'analyse doivent être considérées.

4.2 Validation de la cible et des modalités du changement

Une fois la cible du changement clairement identifiée et bien validée auprès du promoteur, il importe d'en mesurer la recevabilité auprès des parties prenantes qui risquent d'être impactées de près ou de loin par son application. Cela implique généralement les intervenants. L'analyse des parties prenantes faite à l'étape précédente permet de cibler les acteurs à consulter pour valider, et au besoin, bonifier cette proposition de changement. Les modalités de consultation habituelles (sondage, groupe de travail, discussion) peuvent être utilisées à cette fin et à titre d'exemple, les questions suivantes peuvent être considérées.

4.3 Enjeux pratiques à l'établissement des objectifs de changement

Parmi les contraintes et considérations pratiques qui doivent être prises en compte pour établir des cibles de changement bien adaptées aux besoins du milieu, certaines sont des incontournables : les ressources requises et la capacité d'appropriation du milieu.

4.3.1 Ressources requises

Il s'agit d'estimer chacune des catégories de facteurs associés au changement, tant les ressources humaines, matérielles, financières, informatiques, le temps pour le développement des outils et former le personnel. Le temps et la disponibilité des gestionnaires de proximité et du personnel sont particulièrement importants pour la réalisation de cette étape. Afin que les changements soient réalisables, la somme des coûts et des investissements requis pour la réalisation du projet doit être considérée, de même que les modifications à apporter au besoin. L'analyse des ressources réelles peut nous conduire à revoir les objectifs visés et à modifier les cibles pour les rendre plus réalistes.

4.3.2 Capacité d'appropriation du milieu

Cette étape réfère à la capacité d'un milieu à intégrer de nouvelles connaissances (Cohen et Levinthal, 1990 ; Zahra et George, 2002). Cette dimension doit être estimée rapidement pour évaluer la pertinence du projet ou pour s'assurer de coordonner les changements dans une période où le milieu peut être réceptif. Il faut s'assurer que le projet est priorisé parmi les autres activités, et ce, tout au long de la durée estimée.

L'effort d'appropriation nécessite une compréhension fine de la situation dans laquelle évoluent les destinataires du changement afin de susciter chez eux un intérêt à changer. Cet effort doit être complété au niveau fonctionnel par des expérimentations qui tiennent compte des contraintes actuelles de la situation à changer. Les acteurs concernés sont alors en mesure de prendre conscience des exigences du changement et de les articuler dans un schéma d'action réaliste (Rondeau, 2008)

4.4 Les modalités de changement

Les modalités de changement sont les approches et moyens spécifiques à mettre en place pour apporter ce qui est souhaité, réaliser les préalables, communiquer les changements, former le personnel, etc. Ces modalités peuvent être de nature très diverse ; quatre majeures seront présentées ici.

4.4.1 Implication des gestionnaires

Le leadership et l'engagement des gestionnaires opérationnels (chef d'équipe, chef d'administration de programme, coordonnateur et directeur adjoint) à la gestion du changement sont essentiels à l'adoption des changements visés. Le gestionnaire doit transmettre une vision

claire et partagée quant aux processus à mettre en application, ainsi qu'aux rôles qui doivent être entérinés (Nutley et Davies, 2001). Les gestionnaires de proximité ont une influence notable sur leur personnel. Le leadership du gestionnaire référant à sa capacité à motiver les membres de son équipe et exprimer les comportements souhaités, est considéré comme une composante cruciale pour l'atteinte des résultats escomptés (Mosson, 2018).

4.4.2 Implication des champions cliniques

Les champions cliniques sont les personnes qui ont démontré des qualités de leader dans leur milieu de pratique. Ce sont des personnes clés qui appuient l'innovation et les changements proposés (Pawson et al., 2004). Ils peuvent aider leurs collègues à modifier leur attitude, leurs habitudes, à renforcer leurs compétences et leurs façons de travailler. Ils contribuent à faire sens aux changements proposés.

Selon la nature des projets ou l'étape du cycle de TC, l'intensité, la complexité et le degré d'engagement des champions cliniques et des gestionnaires de proximité peuvent varier. À l'étape de l'analyse et de l'adaptation, ils peuvent contribuer à sensibiliser le porteur du projet et ses collaborateurs à certains enjeux. Ils peuvent participer à l'élaboration d'un plan d'action reflétant la réalité, renforcer l'esprit d'équipe, consolider l'appropriation des nouvelles pratiques et contribuer à la résolution de problèmes lors de la mise en œuvre. Enfin, ils peuvent participer à l'évaluation des changements de pratiques et leur pérennisation.

L'importance que le message soit porté par des personnes en qui l'auditoire a confiance tient du sens commun. La crédibilité du champion clinique est à l'origine de son influence auprès de ses pairs. Et cette crédibilité doit toujours être considérée, maintenue, voire même renforcée par l'attitude du champion, la teneur de son message et son aptitude à le transmettre. Le porteur du message doit toujours se poser la question : Qu'est-ce qui est important pour l'auditoire ? Qu'est-ce qui fait sens pour lui ? Et comment le lui présenter ?

4.4.3 Modalités axées sur la formation

La formation du personnel est une modalité très souvent employée pour apporter les changements souhaités et réaliser les objectifs d'un projet. La formation peut fournir au personnel les connaissances sur les nouvelles pratiques à mettre en œuvre, développer les compétences requises, valoriser les principes à mettre de l'avant, faire comprendre les nouveaux processus cliniques et les nouveaux services. Selon l'ampleur du projet et les besoins du milieu, la formation peut prendre différentes formes en termes de durée, d'objectifs, de type de contenu transmis, de méthode d'apprentissage ou de moyens de transmission de l'information.

4.4.4 Développement d'outils et de processus cliniques

Le développement d'outils cliniques adaptés au milieu est souvent requis dans les projets où les processus cliniques sont modifiés. Cela implique généralement plusieurs étapes dont la recherche

d'outils pertinents, leur adaptation aux besoins du milieu, le développement de guides explicatifs, l'informatisation des outils, la formation aux formulaires et outils informatiques. Les besoins de l'équipe doivent toujours rester au cœur de cette étape. Il est important de se poser ces questions : Qui utiliseront les outils ? Comment seront-ils intégrés aux processus cliniques ? Respectent-ils les champs de pratiques professionnelles ? Quelles ressources seront requises à leur développement et leur implantation ? Souvent, des compromis devront être faits entre la richesse de l'information qui doit être recueillie et ce qui est possible de faire à cet égard dans la pratique. Il est avantageux de simplifier l'exercice de saisie par une mise en page aérée, l'utilisation de listes et de choix de réponses prédéterminés.

4.5 Les déterminants du changement

L'aide-mémoire à l'[Annexe 12](#) permet de faciliter la réalisation des étapes à l'élaboration des objectifs et des modalités de changement. Des exemples sont donnés pour les déterminants importants de chaque étape du cycle d'AC ainsi que pour les différentes modalités d'intervention s'appliquant à ces déterminants en fonction des parties prenantes concernées. Celles-ci sont réparties en deux grands groupes : (1) le pôle gestion, qui comprend le CIUSSS-EMTL, les directions, les gestionnaires terrain et les autres partenaires organisationnels ; (2) les équipes cliniques, qui comprend les professionnels et les médecins ainsi que les usagers et les familles. Dans la première colonne, on indique les principaux déterminants spécifiques à l'étape du cycle d'AC, et dans les deux colonnes suivantes les actions à réaliser auprès des deux grands groupes de parties prenantes de la DSM-PP pour réaliser avec succès l'étape d'AC.

Pour faciliter l'identification des déterminants d'intérêt pour le projet, préciser la situation actuelle, la situation visée et l'écart entre les deux, les modalités de changements pour mener à bien ce changement spécifique et les ressources requises pour cela, on peut utiliser l'Outil d'identification des déterminants et modalités de changement à l'[Annexe 13](#).

5. ÉTAPE 4 : PLANIFIER LE CHANGEMENT

La planification du changement doit évidemment débiter dès la prise en charge de la demande de façon à bien documenter et analyser la demande, planifier l'analyse de la problématique, structurer la démarche pour utiliser les connaissances et préciser les cibles et les modalités du changement. Ces étapes permettront de bien comprendre la problématique, connaître les facteurs en cause et les leviers sur lesquels agir pour amener les changements voulus. Il devient alors possible de planifier les travaux et les interventions de façon spécifique pour réaliser ces changements, en actualisation : le plan d'action, le suivi et l'ajustement du plan d'action, l'élaboration des indicateurs, la communication du projet.

5.1 Plan d'action

Le plan d'action (PA) sert à détailler les actions à réaliser pour atteindre les livrables et les objectifs. Le plan d'action précise la séquence des activités à réaliser, les durées prévues de ces activités dans un échéancier précis, ainsi que les rôles et responsabilités des contributeurs dans la réalisation des différents livrables et activités. Il importe de bien tenir compte des contraintes, de la disponibilité des ressources et des contributeurs, de l'engagement des parties prenantes à sa réalisation et de s'assurer que l'échéancier soit réaliste.

Tableau 1 Les grandes étapes de l'élaboration du plan d'action

- Utiliser les grands thèmes de la structure du projet comme sections du plan d'action.
- Préciser les actions spécifiques requises pour produire les livrables du projet.
- Pour chaque action :
 - Identifier un responsable ; les collaborateurs à impliquer ; la durée prévue de façon réaliste et tenant compte des autres actions devant être faites avant ou en simultanée ;
 - Structurer ces activités dans une séquence logique où les préalables sont d'abord réalisés, en tenant compte des ressources disponibles et des contraintes du milieu (ex. vacances, priorités des collaborateurs).
- Élaborer et valider l'échéancier auprès des collaborateurs.

5.1.1 Grandes étapes de l'élaboration du plan d'action

On doit se référer au gabarit de plan d'action de la DSM-PP présenté à l'[Annexe 14](#).³ Le gabarit est structuré selon les six étapes du modèle de TC. Les actions types généralement prévues à chacune des étapes y sont déjà inscrites à titre d'exemples, en plus d'exemples de livrables types indiqués dans le champ « Livrables / commentaires ». Des modifications peuvent bien sûr être apportées selon la nature du projet.

5.2 Suivi et ajustement du plan d'action

Un plan d'action est clairement utile pour planifier les travaux à réaliser. Cependant, il a toute son utilité lorsqu'il est véritablement employé comme guide et rappel quotidien aux actions à réaliser ou en cours de réalisation. Il permet de rappeler les responsabilités, de s'assurer du respect des délais pour agir. Son suivi régulier permet d'identifier les actions où des retards ou des difficultés particulières qui peuvent survenir. À cet égard, il peut et doit être constamment ajusté afin de permettre la résolution des enjeux et difficultés rencontrés dans la réalisation des objectifs. Ces ajustements font partie des aléas normaux de la réalisation de tous projets. Cependant, il importe de les valider avec le [promoteur du projet](#) ou en accord avec la structure de gouvernance du projet, surtout ceux qui auraient des impacts sur l'échéancier du projet.

Le plan d'action a aussi une grande importance comme outil de communication. Il sert à transmettre et rappeler à ses collaborateurs leurs mandats et responsabilités dans les différentes étapes et livrables du projet. Il peut être directement utilisé dans le cadre des réunions comme outil de suivi.

5.3 Élaboration des indicateurs

Un indicateur est une mesure qui indique l'état de situation ou le progrès réalisé pour atteindre un objectif du projet. Les indicateurs sont essentiels pour assurer la bonne gestion des projets, documenter l'évolution du projet dans ses différentes composantes, s'assurer de l'atteinte des objectifs tant au plan des changements visés qu'à celui de ses retombées ultimes. Leur suivi régulier permet de prendre les décisions appropriées pour ajuster, si nécessaire, les cibles ou les modalités de changements, et pour statuer sur la réussite du projet et en évaluer les aspects à bonifier.

³ Au besoin, on peut se référer à un gabarit de plan d'action plus général, tel celui de la DQÉPÉ disponible sur l'intranet sous l'onglet : « Qualité, évaluation, performance et éthique / Performance et coordination des projets organisationnels / Gestion de projets / Boîte à outils ».

5.3.1 Choix des indicateurs

Le choix, l'élaboration et l'implantation dans les opérations des indicateurs de suivi est une étape importante pouvant impliquer un investissement important en temps et ressources auprès des parties prenantes. Aussi, il est préférable de les restreindre au plus petit nombre possible, de ne retenir que les indicateurs essentiels au bon suivi du projet, mais de les choisir et de les élaborer judicieusement et avec la plus grande rigueur possible. Les indicateurs doivent être associés à des objectifs SMART : Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes et Temporellement définis. Ils doivent être élaborés de façon à bien représenter l'importance du problème ou de l'objectif à mesurer. Les données à recueillir pour évaluer les indicateurs doivent être facilement disponibles.

De nombreuses façons ont été proposées pour catégoriser les indicateurs. Nous retenons ici une catégorisation souvent utilisée issue du modèle de Donabedian (Contandriopoulos et al., 1993) pour l'évaluation des soins et services de santé. Dans ce modèle, on distingue trois types d'indicateurs : les indicateurs de structure, de processus et de résultats. Les indicateurs d'effets collatéraux, particulièrement utiles en gestion de projets, peuvent aussi être ajoutés à ces trois autres. Ceux-ci sont présentés en détails à l'[Annexe 15](#).

5.3.2 Fiche indicateur

Une fois le choix des indicateurs fait, il reste à les définir et les opérationnaliser rigoureusement de façon à ce que leur production et leur utilisation en temps opportun soient possibles dans les contraintes du projet. À cet effet, il est suggéré d'utiliser la **Fiche indicateur** ([Annexe 16](#)) qui permet de préciser les éléments essentiels de l'indicateur, tels que sa définition précise, le responsable de sa mise en œuvre, les objectifs visés, la cible à atteindre, les formules de calcul, les sources de données, l'unité de mesure, les activités requises pour la collecte de données, les balises à l'interprétation des résultats, la fréquence de production, les processus liés au contrôle de la qualité.

5.4 Communication du projet

Entre le moment où une problématique est identifiée, que le projet est conçu et que les changements sont implantés dans les services, il existe souvent un délai important. Même si ce délai est inévitable dans la réalisation des phases du projet, il est important de le minimiser le plus possible et prévoir les communications nécessaires pour cela.

Le plan de communication permet en outre de bien identifier les publics visés, de préciser les contenus à transmettre en fonction de leurs préoccupations, intérêts et attentes et d'identifier les meilleures stratégies et moyens pour leur communiquer afin de maximiser l'atteinte des objectifs du projet.

Les questions suivantes peuvent fournir une base à l'élaboration d'un bon plan de communication:

- **Raison de l'action** : Pourquoi entreprendre ce projet ? Quels sont les problèmes rencontrés ?
- **Conditions actuelles** : D'où part-on ? Comment fonctionne-t-on actuellement ?
- **Objectifs** : Quels sont les objectifs, les cibles visées ? Quels résultats veut-on atteindre ?
- **Avantages** : Quels sont les bénéfices envisagés pour les différentes parties prenantes ?
- **Attentes** : Quels sont les attentes envers les parties prenantes ? Quels sont les impacts prévus ?
- **Étapes à venir** : Quelles sont les prochaines étapes ? À quoi s'attendre dans les prochaines semaines, les prochains mois ?

En outre, différents canaux de communication peuvent être utilisés selon les besoins et la stratégie de communication retenue : les notes de services, le courriel, l'intranet—que ce soit par l'intermédiaire de capsules d'information, une Foire aux questions, le Fil des nouvelles ou de documents intégrés à la structure des répertoires de l'intranet—les salles de pilotage et les SVO, les rencontres d'équipes ou des comités spéciaux.

Les **moments clés pour communiquer concernent** : la planification du projet, le lancement du projet, l'avancement du projet (les grands jalons), l'évaluation des résultats et la clôture du projet.

Tous ces éléments peuvent être intégrés et bien articulés dans le plan de communication. Évidemment, les travaux déjà faits sur les parties prenantes et le plan d'action vont déjà fournir la base du contenu à y intégrer et des enjeux à prendre en compte. Les préoccupations et les intérêts des parties prenantes seront particulièrement utiles à considérer à cette étape-ci. Il restera à préciser les éléments spécifiques de la communication retrouvés dans le gabarit : le contenu, les destinataires, les médias, le moment et les émetteurs. Selon l'ampleur du projet, le service des communications du CIUSSS-EMTL peut aussi être interpellé.

En complément, le rapport A3, qui est déterminé par la dimension du format (297×420 mm), est un excellent outil pour être en mesure de présenter l'ensemble des éléments d'un projet : le contexte, la raison d'être de l'action, les objectifs, les causes du problème, les pistes d'amélioration et le plan d'action (Jimmerson, 2007 ; Sobek et Cindy, 2004). Même si sa complétion demande une grande rigueur et un esprit de synthèse, ce rapport devient un outil important pour présenter rapidement le projet et mobiliser les personnes qui doivent être impliquées.

6. MISE EN ŒUVRE DU PROJET

L'étape de mise en œuvre du projet est centrale, puisqu'elle constitue le moment où les changements sont concrètement implantés et mis en action avec et auprès des équipes et de la clientèle. C'est le véritable test de la qualité des étapes et des livrables précédents, particulièrement du plan d'action où sont définis les cibles, objectifs et modalités d'actions retenus pour réaliser les changements. Cependant, indépendamment de la qualité du plan d'action et des étapes qui y ont mené, la mise en œuvre peut se heurter à diverses difficultés et défis, dont celui de la résistance au changement, il faut tenir compte des points suivants: la collaboration des pratiques professionnelles avec les équipes des directions clientèles, la réalisation des préalables, la résistance au changement et pourquoi on résiste au changement ?

6.1 Collaboration avec les équipes des directions clientèles

Le succès de cette étape repose en grande partie sur la mobilisation des équipes et des gestionnaires de proximité. C'est à cette étape que l'intensité de l'implication du volet opérationnel par rapport au volet des pratiques professionnelles devient prépondérante. C'est à cette étape aussi que les professionnels sont mobilisés pour s'approprier de nouveaux outils, de nouvelles connaissances, compétences, rôles, façons de travailler ensemble avec leurs collègues et les usagers. C'est à cette étape que les gestionnaires de proximité ont un rôle capital dans le soutien et la mobilisation de leurs équipes.

Pour les pratiques professionnelles, c'est à cette étape cruciale que leur rôle devient plus en soutien aux opérations, dans l'organisation et la prestation des formations, dans le coaching des équipes et dans le soutien à l'identification des solutions et des enjeux rencontrés sur le terrain.

6.2 Réalisation des préalables

Les préalables à réaliser sont les livrables qui doivent être mis en place pour assurer la mise en œuvre. Il peut s'agir des outils cliniques à élaborer, ajuster et implanter dans les opérations, des changements dans la structure de postes, des formations à élaborer, organiser et à offrir au personnel. Bref, tout ce qui doit être fait et réalisé en termes de livrables pour conduire au changement visé.

6.3 Résistance au changement

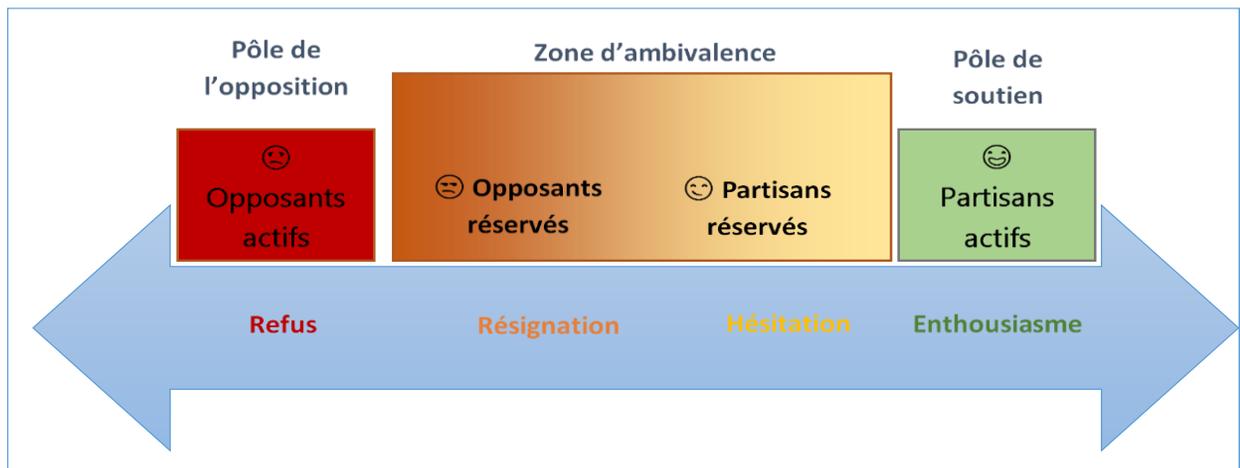
La résistance au changement est inévitable. Il serait possible de penser qu'avec une bonne planification, une bonne gestion et de la consultation, la résistance au changement pourrait être prévenue. De fait, tous les textes en gestion du changement l'affirment : la résistance au changement est inévitable et normale. Les meilleures stratégies de gestion du changement peuvent certainement contribuer à faire accepter le changement et à réduire l'intensité de certains types de résistances. Toutefois, elles peuvent rarement les éliminer complètement, et ce, même pour les changements que les gens souhaitent. La résistance au changement peut provenir de

nombreuses sources. Aussi, il importe d'en connaître les principales, de savoir comment gérer ces résistances, comment les utiliser le mieux possible au profit de l'avancement du projet. Si elle est bien gérée, la résistance peut avoir son utilité, car elle peut renseigner sur des aspects ignorés durant la planification du projet (ex : risques mal évalués au départ).

6.3.1 Pourquoi résiste-t-on au changement ?

Dans tous changements, il y a une multitude de réactions possibles. Souvent la mobilisation aura la forme d'une courbe plus ou moins normale avec une bonne partie des personnes plus ou moins opposées ou plus ou moins partisans ; des groupes plus restreints de partisans actifs très favorables au changement ; et des opposants actifs très défavorables au changement. Les opposants actifs refuseront le changement, s'y opposeront et l'exprimeront clairement. Les opposants réservés, bien que défavorables au changement, seront plus réservés et s'y résigneront. Les partisans réservés, seront favorables au changement, mais de façon plus hésitante et moins manifeste. Les partisans actifs seront ceux qui adopteront clairement le changement et qui l'exprimeront avec enthousiasme.

Pour chacune des réactions sur ce continuum de comportements associés au changement, il est important d'y adapter des stratégies en conséquence. Par exemple, il est souvent pertinent de ne pas mettre trop d'effort au début pour faire changer d'idée les opposants actifs, mais plutôt de bien comprendre les opposants réservés. Pour se faire, une bonne analyse des causes associées au changement devient incontournable. Plusieurs thématiques connues peuvent nous aider à comprendre pourquoi les gens auront des réserves aux changements. D'entrée de jeu, des personnes seront toujours opposées à tous les changements, et ce, peu importe la nature. Par ailleurs, la mécompréhension des raisons de changement peut être un frein important ou encore simplement la peur de l'inconnu. Un facteur qui peut également avoir de l'impact est la perception du manque de compétence en lien avec le changement à venir, le sentiment de ne pas être à la hauteur. La peur également de sortir du statu quo ou de notre zone de confort peut être un facteur qui rend la mobilisation des équipes difficile.

Figure 4 : Continuum des comportements de soutien / d'opposition au changement (voir la source)

L'analyse de ces facteurs et la connaissance du positionnement des groupes personnes concernés sur le continuum des comportements nous permettra d'identifier les bonnes stratégies de communication à mettre en place.

7. ÉVALUER, AJUSTER ET PÉRENNISER

L'évaluation, l'ajustement et la pérennisation des changements constitue la dernière étape du cycle de transfert des connaissances. C'est à cette étape qu'il est possible d'apprécier si tous les efforts consacrés au projet ont mené ou non aux changements visés, à identifier l'atteinte des objectifs et, si non, pour quelles raisons. Tant que le projet n'a pas été évalué et que les changements n'ont pas été mesurés, il est difficile de tirer des conclusions fiables sur sa réussite. Seule une évaluation menée en bonne et due forme peut permettre d'identifier le niveau d'atteinte des objectifs et les correctifs nécessaires pour pérenniser les changements obtenus : l'évaluation de programme, les étapes pour l'évaluation d'un programme, les enjeux de la pérennisation.

7.1 Évaluation de programme

Plus souvent qu'autrement, l'utilisation des connaissances est le but visé dans le cycle de transfert des connaissances. De fait, l'utilisation des connaissances peut être instrumentale (l'application concrète de connaissances), conceptuelle (changements dans la compréhension et dans les attitudes) ou persuasive (utilisation visant à convaincre les autres). En contexte de gestion de projet, l'utilisation instrumentale des connaissances est particulièrement importante. Celle-ci permet d'apporter les changements voulus dans les pratiques et les comportements des individus (intervenants et usagers) et ultimement, de réaliser les buts visés sur la santé des usagers (Straus et al., 2013).

Selon la **Société Canadienne d'évaluation (2020)** : "L'évaluation est l'appréciation systématique de la conception, de la mise en œuvre ou des résultats d'une initiative pour des fins d'apprentissage ou de prise de décision."

- **Appréciation.** L'appréciation évaluative tient compte de la valeur, du mérite, de la portée, de l'importance ou de la qualité (Scriven, 1991). Elle peut viser à identifier ce qui fonctionne, pour qui, de quelles façons, dans quelle mesure, dans quelles circonstances et comment (Pawson et Tilley, 2004). Elle peut examiner les résultats attendus et obtenus, la chaîne des résultats, les processus, les facteurs contextuels et la causalité, et ce, afin d'apprécier les réalisations ou leur absence (Pawson et Tilley, 2004). L'évaluation peut se concentrer sur un large éventail de sujets, y compris la pertinence, l'accessibilité, l'intégralité, l'intégration, la réalisation des objectifs, l'efficacité, l'impact, le coût, l'efficience et la durabilité (Patton, 1997).
- **Systématique.** Une évaluation devrait être aussi systématique et impartiale que possible. Une évaluation est méthodique et fournit des informations crédibles, fiables et utiles, permettant de réintégrer les leçons apprises dans le processus de prise de décision des utilisateurs et des bailleurs de fonds. L'évaluation est basée sur des données empiriques et généralement sur les méthodes caractéristiques de la recherche sociale, donc sur le processus de collecte et de synthèse des données probantes (Rossi, Lipsey et Freeman, 2004).

7.2 Évaluation des processus

L'**évaluation des processus** permet d'évaluer si les activités et les interventions prévues dans un programme sont implantées et réalisées tel que prévu auprès de la clientèle visée. Lorsque l'évaluation des processus se fait sur une base continue, impliquant des mesures répétées régulièrement d'éléments du programme, cela référera davantage au **monitorage des processus**. L'évaluation des processus implique généralement l'évaluation du programme en ce qui a trait à **l'utilisation des services** et à **l'organisation du programme**. L'évaluation de l'utilisation des services concerne le degré auquel la population visée reçoit effectivement les services visés ; alors que l'évaluation de l'organisation du programme concerne le degré auquel le programme fonctionne comme prévu (en termes d'interventions, de services).

7.3 L'évaluation des résultats

L'évaluation des résultats permet d'évaluer les retombées sur la clientèle visée après la mise en œuvre du programme ou du changement. L'évaluation des résultats ne présume pas que les changements observés soient nécessairement causés par le programme ou l'intervention. Pour cela, des devis de recherche et d'évaluation très spécifiques, rigoureux et beaucoup plus exigeants (utilisant par exemple des groupes contrôle avec répartition aléatoire et à double insu des sujets d'expérience) doivent être conduits pour assurer des liens de causalité et on parlerait alors de **l'évaluation des effets** d'un programme.

7.4 Étapes pour l'évaluation d'un programme

Le « Guide d'évaluation dans le domaine de la recherche en santé », développé par les Instituts de recherche en santé du Canada, propose un modèle en 10 étapes pour concevoir et conduire une évaluation de programme en bonne et due forme (Bowen, 2020). Nous les résumons ici et en présentons les principaux enjeux et défis dans le contexte de projets d'application des connaissances.

7.4.1 Exécuter les activités d'évaluation

Contrairement à la recherche expérimentale, il n'y aura pas d'hésitation en évaluation à ajuster les processus, les fonctionnements, les outils au besoin et en cours d'implantation et d'évaluation. À moins de vouloir évaluer l'impact d'un programme ou d'un changement tel que conçu, il sera préférable d'apporter des ajustements bénéfiques au fur et à mesure de l'implantation, en fonction de l'information recueillie, et, dans la mesure où l'évaluation le justifie.

Et en ce sens, il y aura, dans la mesure du possible, un échange régulier entre évaluateurs, gestionnaires et intervenants. Ainsi, il deviendra possible de tirer profit de leur rétroaction et perceptions quant au déroulement des opérations sur le terrain. Ce type d'échanges permet aussi aux évaluateurs de communiquer à l'équipe des résultats sommaires, voire des rapports préliminaires pouvant stimuler l'équipe à faire les ajustements nécessaires pour mieux atteindre les objectifs du projet. À tout le moins, cela permet à l'équipe l'opportunité de mieux s'approprier du processus d'implantation du changement et des résultats émergeant de la démarche.

7.5 Enjeux de la pérennisation

Les enjeux de la pérennisation sont présents dans tous les projets. Comment faire en sorte que les changements apportés par les interventions d'un projet demeurent en place ? Il s'agit de la dernière étape du cycle de transfert des connaissances qui est cruciale et qui permet la viabilité à long terme des interventions du projet. Normalement, un projet mobilisera beaucoup de personnes qui ne sont pas directement concernées par les interventions. C'est le cas des équipes des pratiques professionnelles où le rôle est de soutenir le volet opérationnel des services à s'approprier les changements.

La pérennisation repose en grande partie sur la prise en charge totale du changement par les équipes directement concernées. Pour y arriver, il est crucial d'intégrer aux structures de gouvernance en place des mécanismes de monitoring continu des effets de l'initiative des changements en question. D'où l'importance d'avoir identifié des indicateurs qui nous permettent d'assurer le maintien des changements voulus. La mise en place de structure de suivi en amélioration continue aide grandement à la pérennisation des changements, salles de pilotage pour le niveau tactique et stratégique et les stations visuelles pour le niveau opérationnel.

8. CONCLUSION

La rédaction d'un cadre de référence demande un temps d'arrêt qui s'oppose à une évolution constante des connaissances. Pour ces raisons, il faut envisager ce document comme évolutif et dans une perspective d'amélioration continue.

Nous avons fait le pari dans ce document de présenter de façon à la fois sommaire et suffisamment articulée les principaux éléments et étapes d'un modèle complet de transfert des connaissances, en misant sur une mise en application pratique du modèle dans une perspective où le rôle des pratiques professionnelles doit nécessairement se compléter à celui des opérations. Nous avons vu les éléments importants à considérer dans les stratégies de diffusion des connaissances afin d'optimiser la réception, l'adoption, l'appropriation et enfin l'utilisation des connaissances par les publics ciblés. Nous avons également vu avec les stratégies d'application des connaissances, les différentes étapes pour optimiser l'utilisation des connaissances dans les contextes plus spécifiques encore et généralement en contexte d'accompagnement d'équipe et de gestion de projets. Les six étapes du modèle que sont l'identification de la problématique, l'analyse, l'élaboration d'une solution adaptée, la planification du changement, la mise en œuvre et l'évaluation ont été présentées dans le détail avec un accent sur les outils recommandés pour faciliter et accompagner leur complétion. La plupart d'entre eux sont présentés en annexe du document.

Dans la dynamique actuelle des demandes faites à la DSM-PP, les projets sont parfois déjà amorcés lorsque les pratiques professionnelles sont impliquées. Elles amorcent leur rôle alors que la problématique est déjà identifiée, qu'une forme d'analyse a été faite ou amorcée et que des solutions sont déjà envisagées. Cela ne correspond pas à l'idéal visé, où les pratiques professionnelles ont un rôle important à jouer dans les premières étapes du projet pour faire les analyses préalables, identifier les meilleures solutions selon le contexte donné et les recensions des écrits et des meilleures pratiques. Aussi, nous espérons que la diffusion de ce guide aidera les équipes à mieux comprendre le rôle des pratiques professionnelles dans l'accompagnement qu'elles pourront offrir et soutiendra du même élan la DSM-PP ou plus largement les pratiques professionnelles dans leur conduite des projets en accompagnement des équipes terrain.

9. RÉFÉRENCES

- Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, E. H., Oxman, A.D. et Thomson, M. A. (1998). Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group, *BMJ*, 317(7156), 465-468.
[doi:10.1136/bmj.317.7156.465](https://doi.org/10.1136/bmj.317.7156.465)
- Bowen, S. (2020). *Guide d'évaluation dans le domaine de la recherche en santé*. Instituts de recherche en santé du Canada. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/45336.html>
- Cohen, W. M. et Levinthal, D. A. (1990). Absorptive Capacity: A New Perspective on Learning and Innovation. *Administrative Science Quarterly*, 35(1), 128-152.
<https://www.jstor.org/stable/2393553>
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services*. Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal.
http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf
- Contandriopoulos, A-P., Champagne, F., Denis, J-L. et Pineault, R. (1993). L'évaluation dans le domaine de la santé – Concepts et méthodes. *Bulletin* 33(1), 12-17.
- Demers, M. (2013). *S'investir en transfert de connaissances*. Québec en forme.
<https://fr.readkong.com/page/s-investir-en-transfert-de-connaissances-8082238>
- CIUSSS-EMTL, DQÉPÉ (2019). *Formation en gestion de projet pour la DSM* [document inédit]. CIUSSS-EMTL.
- Graham, I. D., Logan J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W. et Robinson, N. (2006), Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24.
- Haute autorité de santé (2013). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique – État des lieux. Haute autorité de santé. https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
- Jeanneret, Y. et Chevalier, Y. (2009). La physionomie des systèmes : diagramme et représentation. *Communication & Langages*, 2(2), 63-79.
<https://doi.org/10.4074/S0336150009002063>
- Jimmerson, C. (2007). *A3 problem solving for healthcare: A practical method for eliminating waste*. Productivity Press.
- Lane, J. (2015). *Guide pour accompagner l'implantation de bonnes pratiques*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.
https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2518655?docref=II9Ibht_NX2Mi3x927UhNA

- Laurendeau, M-C. et Joubert, P. (2008). *Perspectives de développement de la recherche à l'Institut national de santé publique du Québec*. Institut national de santé publique du Québec. https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/64302?docref=Z3Q1k_YqcMqAUbgtYX6dVA
- Lemire, A., Souffez, K. et Laurendeau, M-C. (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances-Bilan des connaissances et outil d'animation*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf
- Marion, C. et Houlfort, N. (2015). Transfert de connaissances issues de la recherche en éducation : situation globale, défis et perspectives. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 18(2), 56-89. <https://www.erudit.org/fr/revues/ncre/2015-v18-n2-ncre02453/1036033ar/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2017). Offre de service nationale [document inédit]. Directions des services multidisciplinaires (DSM).
- Morris, Z. S., Wooding, S. et Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(12), 510-520.
- Mosson, R., von Thiele Schwarz, U., Hasson, H., Lundmark, R. et Richter, A. (2018). How do I Lead? Validation of a scale measuring active and passive implementation leadership in Swedish healthcare. *BJM Open*, 8(6), 1-11. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/6/e021992.full.pdf>
- Nutley, S.-M. et Davies, H. (2001). Developing organizational learning in the NHS. *Medical Education*, 35(1), 35-42.
- Patton M. Q. (1997). *Utilization-focused evaluation* (3^e Edition). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G. et Walshe, K. (2004). Realist synthesis: an introduction. *ESRC Research Methods Programme*, (2), 1-46.
- Pawson, R., et Tilley, N. (2004). *Realist Evaluation*. British Cabinet Office. https://www.dmeformeace.org/wp-content/uploads/2017/06/RE_chapter.pdf
- Rondeau, A. (2008). L'évolution de la pensée en gestion du changement: leçons pour la mise en œuvre de changements complexes. *Télescope*, (automne), 1-12.
- Rossi, P., Lipsey, M. W. et Freeman, H. (2004). *Evaluation: A Systematic Approach* (7^e Edition). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Scriven M. (1991). *Evaluation thesaurus* (4^e Edition). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Société Canadienne d'évaluation (2015). *Qu'est-ce que l'évaluation?* Société Canadienne d'évaluation. <https://evaluationcanada.ca/fr/quest-ce-que-levaluation>
- Sobek, II., Durward, K. et Jimmerson, C. (2004). *A3 reports: tool for process improvement*. In IIE Annual Conference Proceedings.

- Stetler, C. B., Legro, M. W., Wallace, C. M., Bowman, C., Guihan, M., Hagedorn, H., Kimmel, B., Sharp, N. D., et Smith, J. L. (2006). The role of formative evaluation in implementation research and the QUERI experience. *Journal of general internal medicine*, 21(2), 1–8.
<https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00355.x>
- Straus, S., Tetroe, J. et Graham, I. D. (2013). *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice* (2^e Edition). BMJ Books.
- Zahra, S. et George, G. (2002). Absorptive Capacity: A Review, Reconceptualization and Extension. *Academy of Management Review*, (27), 185-203.
<http://www.jstor.org/stable/4134351>

10. ANNEXES

Annexe A Définition des termes

Contributeur DSM-PP

Le contributeur DSM-PP est le conseiller de la DSM-PP qui a un rôle de contributeur dans un projet porté par une autre direction. À ce titre, le ou les contributeurs ont pour responsabilités de valider les attentes à leur égard et, selon le cas mais toujours en fonction de leur expertise, de participer à la définition de la fiche de projet et du A3 projet, de contribuer à la planification et la mise en œuvre du projet et de contribuer aux livrables et au suivi des travaux.

Déterminants du changement

Les facteurs modifiables que la stratégie entend modifier pour surmonter les obstacles et activer les facilitateurs pour l'adoption et l'implémentation de données probantes.

Données probantes

Programmes, pratiques, principes, procédures, produits et politiques qui se sont révélés efficaces.

Facilitateurs (agent de changement, courtier du savoir, champions du changement, etc.)

Personnes clés qui font partie du réseau du milieu de pratique, qui appuient le changement proposé et qui ont démontré des qualités de leader dans le milieu de pratique ou l'organisation (Pawson et al., 2004). Les personnes qui facilitent les changements de pratiques peuvent faire partie ou non du service ou de l'organisme et possèdent des aptitudes particulières pour aider les autres à accomplir des processus de changement (Stetler et al., 2006).

Gestionnaires opérationnels

Les gestionnaires opérationnels sont les gestionnaires des équipes cliniques tels que chef d'équipe, chef d'administration de programme, coordonnateur et directeur adjoint.

Kaizen

La méthode Kaizen est une méthode d'amélioration continue née au Japon dans les années 50, dans les usines Toyota. Elle consiste à faire de petites améliorations incrémentales et régulières dans le but d'améliorer significativement nos performances sur le long terme.

Porteur du projet

Le porteur du projet est la personne mandatée par le promoteur du projet pour réaliser et mener à bien le projet. Cela inclue les principales étapes de la gestion de projet, dont l'analyse de la demande, la planification, la mise en œuvre, l'évaluation et la pérennisation du projet. Il est de la responsabilité du porteur de garder le cap sur les objectifs, les livrables et les échéanciers. Il a ainsi une imputabilité plus grande que celles de ses collaborateurs dans l'ensemble du projet.

Promoteur du projet

Le promoteur est la personne ultimement responsable du projet à laquelle le porteur du projet doit s'adresser pour les grandes questions d'orientation du projet ou de la demande. Il s'agit de la personne imputable des résultats. Dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la performance, il s'assure que les objectifs du projet soient cohérents avec les orientations stratégiques de l'établissement. Il est également imputable de la mise en place des conditions de succès du projet (DQÉPÉ, CIUSSS-EMTL, 2019).

Projet et activité

Un projet se définit comme l'ensemble des interventions faites dans le but de répondre à un besoin de changement dans les opérations. Il comprend les étapes classiques d'analyse, de planification, de mise en œuvre et de clôture. Il comprend aussi une certaine envergure, un certain nombre de personnes impliquées ainsi qu'une durée de réalisation déterminée.

D'autre part, une activité se réalise dans un délai plus restreint, elle implique moins de parties ou elle s'inscrit dans les opérations courantes et récurrentes de la direction (ex. : rencontres de comités statutaires, consultations ponctuelles, activités régulières de transfert de connaissances). Dans l'ensemble, environ 60% des heures travaillées par les membres de la DSM-PP sont consacrées aux projets et 40% aux activités.

Répondant DSM-PP

Le répondant DSM-PP est le membre de la DSM-PP responsable du projet (si porté par la DSM-PP) ou contribuant au projet et responsable de représenter la DSM-PP auprès de la direction responsable et du promoteur du projet. Il peut y avoir plusieurs contributeurs DSM-PP pour un projet, mais un seul répondant DSM-PP.

Structure de découpage

Décomposition hiérarchique des travaux nécessaires pour réaliser les objectifs d'un projet.

Annexe 1 Axes d'intervention de la DSM-PP

1.	Développement de la pratique professionnelle	
1.1	Élaborer les processus, trajectoires et services	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer ou réviser les processus, les trajectoires ou l'organisation des services, en fonction des meilleures pratiques, des normes et des standards.
1.2	Documents et outils	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer ou réviser les outils et les documents de référence cliniques : ex. politiques, protocoles, guides ou outils adaptés au milieu de pratique
1.3	Approche collaborative	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir le développement et l'implantation de l'approche collaborative sur le terrain.
1.4	Évaluer les pratiques et les résultats	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer les pratiques et les résultats cliniques. [À distinguer de l'évaluation de compétences 4.2, et de l'évaluation liée à sécurité 4.1.]
1.5	Définir l'offre de service, rôles et resp. prof.	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer ou réviser l'offre de service, les rôles et responsabilités professionnelles d'une discipline prof. dans un secteur spécifique.
2.	Le centre d'excellence multidisciplinaire	
2.1	Partenariat et réseautage	<ul style="list-style-type: none"> Développement de partenariats avec les programmes, facultés/départements, regroupements disciplinaires
2.2	Transfert et développement des savoirs	<ul style="list-style-type: none"> 2.2.1 – Conférences, rendez-vous scientifiques multidisciplinaires 2.2.2 - Veilles informationnelles développement
2.3	Diffusion des pratiques innovantes	<ul style="list-style-type: none"> Faire connaître les projets cliniques, créer des ponts entre les deux centres de recherche et les directions clientèles, diffuser les meilleures pratiques
2.4	Rayonnement	<ul style="list-style-type: none"> Diffuser les projets des membres du CM, faire connaître les membres du CM, création de prix d'excellence, mettre en lumière les différents titres d'emploi
3.	Maintien et développement des compétences	
3.1	Formation	<ul style="list-style-type: none"> Formation : identifier les besoins, élaborer et animer des formations.
3.1b	Formation DSM-PP	<ul style="list-style-type: none"> Formation des membres de la DSM-PP
3.2	Soutien clinique	<ul style="list-style-type: none"> Développement et consolidation du soutien clinique dans l'organisation, développement des compétences professionnelles des PEC. Supervision de stage.
3.3	Conseil multi	<ul style="list-style-type: none"> Collaboration avec le Conseil Multidisciplinaire
4.	Sécurité et qualité de l'acte professionnel	
4.1	Évaluer la pratique	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer la pratique professionnelle : ex. lors d'événements sentinelles ou de situations à risque de préjudices et proposer des améliorations.
4.2	Évaluer les compétences (et suivis)	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer les compétences professionnelles
4.3	Développement des pratiques en sécurité	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer ou réviser les processus, outils et documents de référence cliniques en lien avec la sécurité. Soutenir leur implantation dans la pratique.
4.4	Gestion qualité et risques	<ul style="list-style-type: none"> Collaborer à la gestion de la qualité et des risques (agrément, normes, POR, rapports du coroner, AH223, ordres professionnels, curateur public).
4.5	Régimes de protection	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la conformité qualitative des évaluations et la présence de tous les documents requis
4.6	Curateur public fiduciaires	<ul style="list-style-type: none"> Valider les mesures de fiducie et assurer les liaisons nécessaires
5.	Processus de dotation	
5.1	Outils et processus de dotation	<ul style="list-style-type: none"> Participer à l'élaboration / amélioration des outils de dotation
5.2	Entrevues de sélection	<ul style="list-style-type: none"> Participer aux entrevues de sélection
5.3	Soutien aux stages	<ul style="list-style-type: none"> Valider les offres de supervisions de stage, aider à promouvoir l'accueil de stagiaires auprès d'une discipline, aider à relocaliser un stagiaire en cas de besoin, gestion des plaintes.

Annexe 2 Facteurs associés au processus de TC (INSPQ, 2009)

Étape	Facteurs favorisant le transfert
Production	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques du producteur de connaissances (ex. : chercheur) : réputation, expérience, crédibilité, implication dans des réseaux. • Adéquation entre les connaissances produites et les besoins des utilisateurs : pertinence, utilité et prise en compte des préoccupations des utilisateurs. • Implication d'utilisateurs et de décideurs au processus de production des connaissances. • Qualité des connaissances produites (démarche rigoureuse, valide et fiable). • Ressources mises à la disposition du producteur (temps, équipements, financement). • Contexte de production : politique de soutien à la recherche, politique de TC, appui des organismes subventionnaires et présence d'agents et d'organismes relayeurs.
Adaptation	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation des connaissances aux caractéristiques, exigences, niveaux et profils des utilisateurs. • Clarté et accessibilité du langage. • Politique de soutien à la vulgarisation des connaissances. • Accès à des ressources de communication et à des experts de vulgarisation.
Diffusion	<ul style="list-style-type: none"> • Supports utilisés pour le transfert : nature, attrait, convivialité (papier, fichier téléchargeable). • Choix de canaux de diffusion (guides, périodiques, Internet, etc.). • Élaboration d'une stratégie de diffusion. • Existence de réseaux (réseaux de recherche, communautés de pratique, etc.). • Présence et implication d'agents et d'organismes relayeurs (ex. : services de communication). • Contexte de diffusion : politique de soutien à la diffusion des connaissances, appui des organismes subventionnaire, accès à des ressources.
Réception	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'agents de liaison et d'organismes relayeurs (choix du bon message). • Accès aux connaissances produites (présence d'un centre de documentation, accès à Internet, etc.). • Caractéristiques des utilisateurs : intérêt à court terme, âge, niveau d'éducation et motivation des utilisateurs.
Adoption	<ul style="list-style-type: none"> • Utilité perçue des connaissances transférées au moment du transfert. • Correspondance entre les connaissances produites et les problèmes à résoudre. • Interaction (fréquence et qualité) entre les producteurs et les utilisateurs de connaissances.
Appropriation et utilisation	<ul style="list-style-type: none"> • Perception de l'utilité des connaissances et de la crédibilité des connaissances produites. • Caractéristiques des utilisateurs : niveau d'éducation, formation reçue, expériences antérieures de recherche, valeur positive accordée aux connaissances scientifiques, motivation personnelle à s'approprier et à utiliser les connaissances, capacité à comprendre et à utiliser les connaissances, avantages escomptés. • Contexte organisationnel : soutien des pairs et de l'organisation, charge de travail, marge de décision, climat de travail, présence de champions et de leaders qui soutiennent le changement, disponibilité de ressources internes, etc.

Annexe 3 Facteurs favorisant la diffusion des connaissances *

1. **Déterminer les objectifs du plan de transfert des connaissances.**
2. Se **questionner** si la **force et l'importance** de la **nouvelle connaissance** justifient les **objectifs de transfert de connaissance**.
3. **Identifier les groupes cibles et leurs besoins** pour déterminer les connaissances à partager et choisir les modes de diffusion à privilégier. La démarche utilisée sera différente si l'on désire rejoindre des parents, des décideurs ou des professionnels de la santé.
4. **Adapter le contenu et la forme des connaissances** au groupe visé afin de les rendre plausibles et accessibles ainsi que pour faciliter leur compréhension. L'information doit répondre aux besoins ou préoccupations et le message doit être clair, concis, cohérent et, si possible, illustré par des exemples concrets.
5. **Identifier le messager le plus crédible** pour transmettre les messages et **comment le mobiliser** pour les communiquer.
6. **Indiquer** quelles pourraient être les **barrières** et les **facilitateurs** à l'**adoption des connaissances issues de la recherche**.
7. **Diffuser les connaissances** à l'aide des canaux de communication disponibles (publication ; conférence et présentation ; séance de formation et atelier; réunion, remue-méninges et table ronde; communauté de pratique).
8. **Accompagner les acquéreurs potentiels de connaissances** pour s'assurer qu'ils sont réceptifs et capables de s'approprier les connaissances transférées en les intégrant à leur vécu expérientiel pour les utiliser, ensuite, dans des situations réelles. Par exemple, pour résoudre un problème, répondre à des préoccupations de nature décisionnelle, entretenir la réflexion sur un sujet ou motiver la prise de décision. En général, les activités qui permettent une appropriation des connaissances comportent un lieu physique et un temps d'échange, des connaissances qui répondent à des besoins, une interaction entre les participants et un processus de suivi.
9. **Évaluer le processus de mise en œuvre** des stratégies de **transfert des connaissances** utilisées et leurs **retombées** (données quantitatives et qualitatives)).
10. **Déterminer les ressources nécessaires** pour réaliser le **plan de diffusion** (activités pour atteindre chaque public cible, outils pour appuyer ces activités, membres du personnel nécessaire).

- Adapté de Straus et al., 2013.

Annexe 4 Fiche de la demande

A. Section Demande	
1. Identification de la demande	
Date de la demande :	•
Titre de la demande	•
Énoncé du besoin	• •
Promoteur	•
Direction / programme responsable	Menu déroulant
Porteur du projet *	•
Répondant DSM-PP	•
2. Catégorisation	
Axe principal	Menu déroulant
Axe secondaire	Menu déroulant
Suivi en salle de pilotage DSM-PP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Objectif prioritaire associé	Menu déroulant
3. Orientation de la demande	
Niveau d'intervention	<input type="checkbox"/> Collaborateur <input type="checkbox"/> Porteur
Étape d'intervention	<input type="checkbox"/> Identifier <input type="checkbox"/> Analyser <input type="checkbox"/> Adapter <input type="checkbox"/> Planifier <input type="checkbox"/> Mettre en œuvre <input type="checkbox"/> Évaluer, ajuster, pérenniser
Type de demande	<input type="checkbox"/> Projet <input type="checkbox"/> Activité
Autorisation (selon la structure de gouvernance)	•
Priorisation / degré d'urgence	• 1) 2) 3)

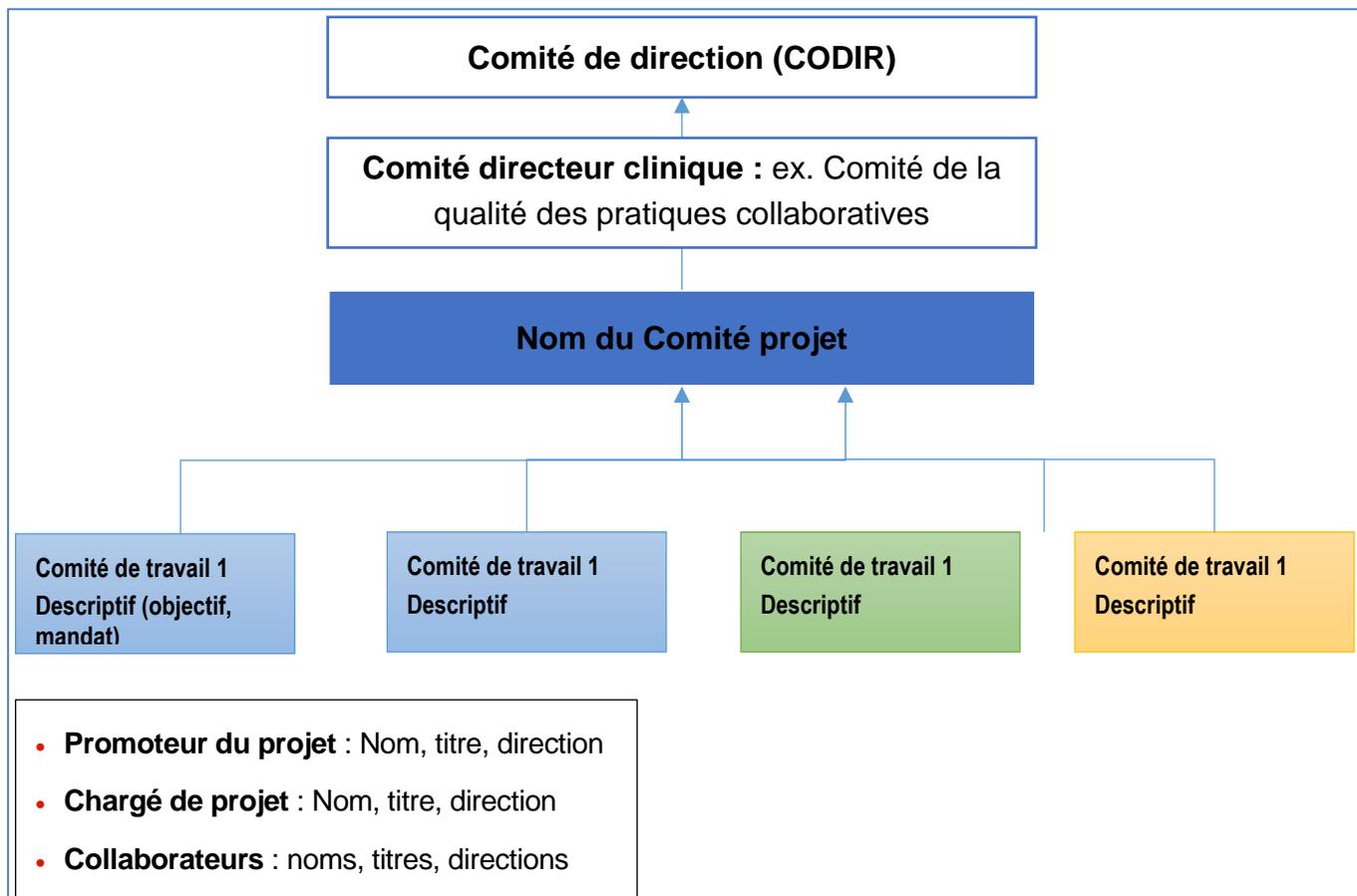
SECTION PROJET			
4. Justification du projet			
Énoncé du problème			
Problématique locale	•		
Balisage, recension des écrits	•		
Contexte			
Contexte de la demande	•		
Enjeux RH, prof., disciplinaires	•		
Historique	•		
5. Parties prenantes			
Parties prenantes : directions, programmes, partenaires, etc.	Niveau d'implication attendu		
	•		
	•		
6. Portée du projet			
Inclusions	•		
Exclusions	•		
Contraintes et dépendances	•		
Risques	•		
7. Objectifs et indicateurs de performance préliminaires			
Objectifs SMART, cibles	•		
Indicateurs	• Nom de l'indicateur ; voir fiche Indicateur		
8. Plan d'action préliminaire			
Étapes du projet	Livrables	Responsable	Échéancier
•	•	•	•
•	•	•	•
•	•	•	•

Annexe 5 Responsabilités des trois niveaux de gouverne d'un projet ¹

Gouverne	Rôles et responsabilités
<p>Le comité directeur (se rattacher à un comité existant si possible)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les orientations stratégiques du projet. • Approuver l'A3 projet. • Prioriser les opportunités liées au projet. • Suivre l'avancement du plan d'action et les risques associés au projet. • Approuver les besoins en ressources (humaines, financières, matérielles, informationnelles) relatifs à la mise en œuvre du projet (lien avec le CoDir au besoin). • Soutenir la diffusion du plan de communication à l'ensemble des équipes concernées. • Suivre l'évolution des indicateurs de performance associés au projet. • Si l'état de santé global du projet est compromis (au rouge), agir quant aux obstacles escaladés et identifier les actions stratégiques à mettre en place pour y remédier.
<p>L'équipe projet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valider et bonifier l'A3 projet. • Déterminer les stratégies de mise en œuvre du projet. • Élaborer le plan d'action et l'échéancier du projet, avec un responsable identifié pour chaque volet • Assurer la mise en œuvre des livrables selon l'échéancier établi. • Identifier les besoins en ressources (humaines, financières, matérielles, informationnelles) relatifs à la mise en œuvre du projet. • Mettre en place les actions nécessaires pour soutenir la gestion du changement. • Participer à l'élaboration et à l'actualisation du plan de communication. • S'assurer de l'arrimage entre les différents partenaires internes et externes avec le soutien du comité directeur. • Identifier les indicateurs de performance du projet. • Déterminer les groupes de travail à mettre en place. • Obtenir la rétroaction du personnel sur les changements ciblés. • Identifier les obstacles rencontrés, les actions nécessaires à mettre en place par l'équipe de projet ainsi que ceux à escalader au comité directeur. • Réaliser et suivre le plan de contrôle afin d'assurer la pérennité du projet.
<p>Les groupes de travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les groupes de travail seront constitués au besoin selon les livrables à réaliser. • Pour chacun d'eux, il sera opportun de bien préciser le mandat, le porteur ou principal responsable, les participants requis ainsi que la fréquence des rencontres et la durée prévue des travaux.

¹ CIUSSS-EMTL, DQÉPÉ (2019)

Annexe 6 Canevas général de structure de gouvernance



Nom du comité de projet	
Mandat (ex.)	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer, valider les grandes orientations du projet • Approuver le plan d'action global. • Approuver les ressources relatives à la mise en œuvre du plan d'action. • Assurer la coordination de la mise en œuvre du plan d'action : <ul style="list-style-type: none"> ○ Diffuser les orientations générales du plan d'action ; ○ Soutenir la gestion du changement dans les différents comités de travail. • Suivre l'état d'avancement des livrables selon l'échéancier établi et les indicateurs de performance du projet • Escalader les obstacles rencontrés au comité de direction le cas échéant
Animateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Nom, titre, direction ; promoteur du projet • Nom, titre, direction ; chargé de projet
Participants	DSM Nom, titre, secteur Autre dir. Nom, titre, secteur
Fréquence	
Date 1^{ère} renc	
Nom du comité de travail	

Mandat (ex.)	•
Animateurs	• Nom, titre, direction ; chargé de projet / animateur
Participants	DSM Nom, titre, secteur Autre dir. Nom, titre, secteur Autre dir. Nom, titre, secteur
Fréquence	
Date de la 1^{ère} rencontre	

Annexe 7 Registre des parties prenantes

Parties prenantes Nom, titre d'emploi ; coordonnées	Intérêts / préoccupations Actions souhaités	Niveau d'influence 1 – Faible 5 - Élevé	Rôle dans le projet Promoteur, leader positif, etc.	Mesures à mettre en place pour gagner le soutien ou réduire les obstacles
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•

Annexe 8 Analyse des parties prenantes de la DSM-PP

L'analyse des parties prenantes associées globalement aux activités et projets de la DSM-PP font ressortir cinq groupes de parties prenantes (voir l'[Annexe 9](#)) :

- La direction générale et le MSSS ;
- Les gestionnaires des directions clientèles et spécifiques ;
- Les intervenants et les médecins ;
- Les usagers, leurs proches et leurs familles ;
- Les autres partenaires organisationnels.

En ce qui concerne la réalisation des projets de la DSM-PP, la direction générale et le MSSS sont surtout préoccupés par la légitimation de l'action, la priorisation du projet dans l'ensemble des priorités du CIUSSS-EMTL, la vigie globale en regard du projet et l'alignement avec les orientations ministérielles. Comme stratégies, la DSM-PP peut consulter la direction générale pour légitimer l'amorce de projets d'envergure, analyser l'aspect budgétaire de ses projets et s'assurer de leur priorisation.

Dans les directions clientèles et cliniques (DI-TSA-DP, DPJASP, DPSMDI, SAD et réad. SAPA et DI-TSA-DP, DHSLD, DSP), les principales préoccupations sont :

- La représentation adéquate de la réalité clinique et organisationnelle dans la conduite des projets ;
- L'impact sur les équipes et la clientèle de même que sur la charge de travail des intervenants et ;
- La pression qu'occasionne les changements sur les ressources.

Il y a un souci que les projets conduisent à une plus grande efficacité et un plus grand accès aux services, que les projets fassent sens au plan clinique et soient en cohérence avec les mandats et les offres de services des programmes. Pour la DSM-PP, il y a une préoccupation pour la qualité des services professionnels, le respect des règles et normes professionnelles, la faisabilité, l'acceptation et ultimement la réalisation de ses projets et mandats. Il y a également, pour la DSM-PP, un souci de faire connaître son offre de service aux directions clientèles. Ainsi qu'une volonté de bien connaître et de tenir compte de la réalité de ces différentes directions.

Les intervenants, professionnels et médecins comprennent également les syndicats. Leurs principales préoccupations sont l'autonomie professionnelle, la clarté et le respect des rôles et responsabilités, la charge de travail, le sens clinique, le sentiment d'appartenance, le développement professionnel, la qualité de vie au travail. Pour la DSM-PP, on note un souci de bien comprendre les réalités du terrain dans ses analyses des problématiques pour bien œuvrer vers des changements.

Pour les usagers, leurs proches et leurs familles, la préoccupation première est de répondre à leurs besoins prioritaires. Selon le cas, cela peut être de retrouver la santé, retrouver ou maintenir son autonomie, soulager ses souffrances ou autres. Mais il leur importe aussi d'avoir des réponses à leurs questions, de pouvoir participer aux décisions qui concernent les soins et services qui leur sont offerts, d'être traités avec dignité, dans le respect de leurs droits. L'implication directe de patients partenaires dans les structures de projets permet de bien représenter le savoir expérientiel des usagers et leur famille. Cette implication doit respecter avec rigueur la démarche requise : identifier le profil d'utilisateur recherché, s'assurer qu'il soit bien soutenu pour qu'il puisse bien jouer son rôle, assurer également un suivi de son implication au sein du projet.⁴

Pour les autres partenaires organisationnels, les intérêts sont multiples et potentiellement très différents d'un type de partenaire organisationnel à l'autre. Qu'il s'agisse par exemple des autres CISSS ou CIUSSS, de la santé publique, des organismes communautaires, du Curateur public du Québec, des ordres professionnels ou encore des milieux académiques, les intérêts peuvent varier. Pour certains, il s'agit de bien camper leur expertise lorsque pertinent (autres CIUSSS, milieux communautaires), pour d'autres, c'est de faire respecter les cadres réglementaires (ordres professionnels), de faire appliquer leurs recommandations (coroner, curateur public) ou d'offrir de bons milieux de stages (milieux académiques). Selon le projet, il importera de bien identifier ces partenaires et savoir tenir compte de leurs intérêts et de leur contribution potentielle au projet.

⁴ Voir la procédure de la DQÉPÉ à cet égard.

Annexe 9 Analyse stratégique des cinq principales parties prenantes associées aux projets de la DSM-PP

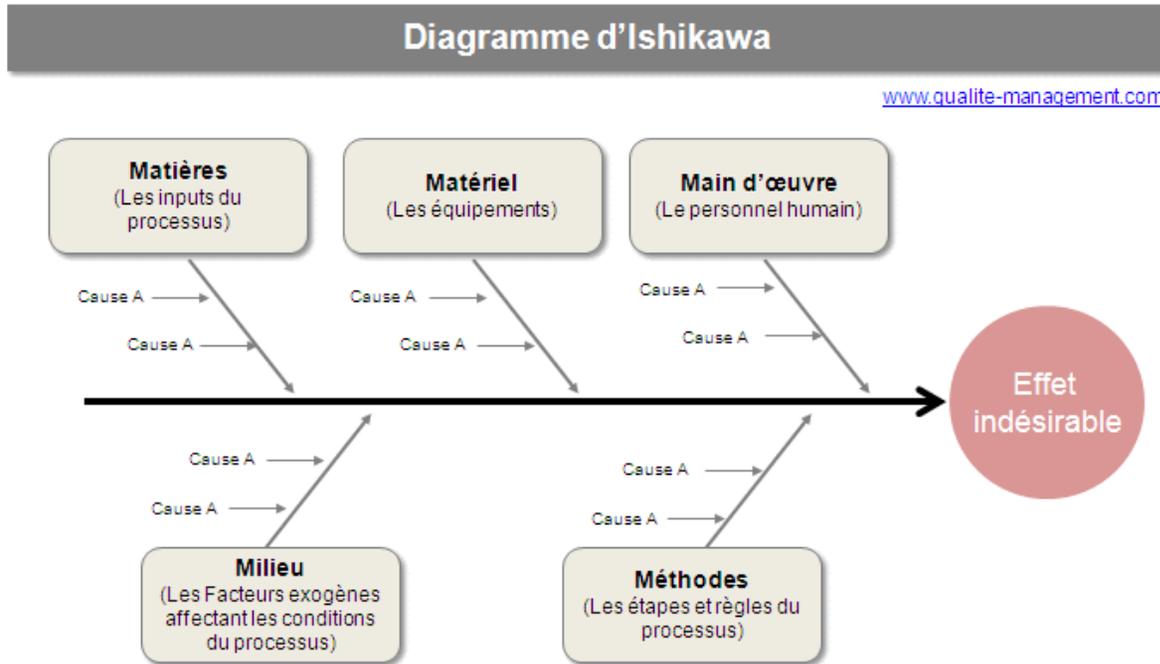
Parties prenantes		Intérêts / préoccupations	Éléments sensibles DSM-PP	Stratégies DSM-PP
Direction générale et MSSS	<ul style="list-style-type: none"> • Direction générale • MSSS 	<ul style="list-style-type: none"> • Légitimation de l'action • Priorisation du projet • Vigie globale 	<ul style="list-style-type: none"> • Imputabilité • Reddition de comptes • Indicateurs de suivi 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation précoce • Analyse de rentabilité • Légitimité, priorisation • Valider la pertinence <p>Comités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CODIR : Comité de direction
Directions et programmes cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • DPJASP • DI TSA DP • DSM OP • DPSMD • SAD et réad. DI-TSA-DP et SAPA • DSI OP • DSI PP • DSP • DSM PP (consultations internes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Représentation de la réalité terrain • Impact sur la clientèle • Pression • Interdisciplinarité • Libération des /temps • Charge de travail • Efficience • Accès • Sens • Cohérence entre mandat et offre de service 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité des pratiques profes. • Respect de règles et normes • Faisabilité et acceptabilité du projet • Réalisation des projets / mandats • Méconnaissance de et attentes erronées envers la DSM-PP • Distance face à la réalité terrain 	<ul style="list-style-type: none"> • Liens et collaboration avec les gestionnaires • Clarifier d'emblée le mandat DSM-PP • Préciser les objectifs (SMART) • Bien définir les rôles et responsabilités • Communication en cours de projet • Arrimage des échéanciers PP-OP • Utilisation de données probantes • Mobilisation des parties prenantes <p>Comités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CCCA Comité de coordination clinico-administrative • CCC Comité de coordination clinique • CQPCI Comité qualité des pratiques cliniques
Intervenants Professionnels Médecins	<ul style="list-style-type: none"> • Syndicats • Professionnels • Techniciens • Personnel d'encadrement clinique • Médecins • 	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie professionnelle • Rôles et responsabilités • Interdisciplinarité • Libérations/temps • Charge de travail • Efficience • Sens • Sentiment d'appartenance • Développement professionnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier l'objet du changement : qui doit faire quoi différemment, quand, où, comment et avec qui ? • Compréhension des influences sur les pratiques cliniques et organisationnelles. • Est-ce que le changement proposé est réaliste/réalisable ? • Identification des obstacles et barrières • 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenir compte de l'historique • Utilisation de données probantes • Chercher le point de vue des employés • Recenser les besoins des intervenants • Mobiliser les intervenants concernés tout au long du processus • S'assurer de l'utilisabilité des connaissances • Identifier des stratégies de communication, diffusion et déploiement • Miser sur le « sens » et la plus-value de la nouvelle pratique

Parties prenantes		Intérêts / préoccupations	Éléments sensibles DSM-PP	Stratégies DSM-PP
		<ul style="list-style-type: none"> • Le maintien des pratiques courantes. • Motivation • Croyances sur les conséquences • 		<ul style="list-style-type: none"> • Tenir compte du point de vue des intervenants au sujet du changement de pratique proposé • Utilisation de stratégies de mise en œuvre • Conférences et ateliers • Vérification et rétroaction • Mobilisation des leaders d'opinion locaux, facilitateurs, champions du changement. • Sectionner le projet en cas de multiples comportements à modifier (priorisation) • Tenir compte de l'impact du changement sur d'autres activités (délais, surcharge) • Tenir compte des pistes de solutions identifiées par les intervenants • Comités : • CEMDP, CECII, CECM
Usagers et familles	<ul style="list-style-type: none"> • Patients partenaires • Représentants légaux et proches • Commissaire aux plaintes et à la qualité des services • DQÉPÉ – événements indésirables 	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'on réponde à leurs besoins • Avoir des réponses à leurs questions • Participer à la planification des services • Respect des droits, de la dignité et de l'éthique 	<ul style="list-style-type: none"> • Considérer les enjeux dans une vision d'amélioration continue • Que les services répondent aux besoins des usagers / proches. • S'assurer de la participation des usagers dans la prestation des soins et la conduite des projets quand c'est souhaitable et possible. 	<p>Comités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comité des usagers • CÉCO : Comité éthique clinique et organisationnelle
Partenaires externes	<ul style="list-style-type: none"> • Autres CIUSSS/CISSS • Santé publique • Organismes communautaires • Curateur public • Coroner 	<ul style="list-style-type: none"> • Arrimage intersectoriel • Partenariat • Gestion des intérêts • Faire part de leur expertise lorsque pertinent • Que l'on respecte les cadres réglementaires (ordres prof.) • Que l'on applique les recommandations 	<ul style="list-style-type: none"> • Respect de lois et règlements • Respect des normes déontologiques • Identification des obstacles et barrières • Gestion de mandats top-down 	<p>Comités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CCU Comité de coordination universitaire

Parties prenantes		Intérêts / préoccupations	Éléments sensibles DSM-PP	Stratégies DSM-PP
	<ul style="list-style-type: none"> • Ordres professionnels/fédérations • Volet académique 	<ul style="list-style-type: none"> • Que l'on offre aux stagiaires de bons milieux de pratique 		

Annexe 10 Analyse des causes avec la méthode d'Ishikawa

Analyse de la situation actuelle (Ishikawa, 1962 dans Qualité & Innovation)



Annexe 11 Le niveau de preuve scientifique

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Annexe 12 Aide-mémoire des déterminants, enjeux et modalités d'intervention

Gestionnaires, organisation et partenaires	Équipes cliniques
Déterminants généraux	
<p>CIUSSS-EMTL et directions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appui stratégique au projet, priorisation du projet. <p>Gestionnaires terrain</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivation et attitude face au changement. • Attentes, gains et utilité perçue. • Acceptation / appui au projet. • Vision de la problématique. <p>Outils de gestion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoring, indicateurs de suivi. <p>Partenaires organisationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaboration, appui au projet. 	<p>Équipe de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • Composition, structure de postes • Rôles et responsabilités • Climat ; leaders + ou – • Encadrement clinique • Roulement / insuffisance du personnel <p>Compétences / connaissances</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habilités personnelles et expérience clinique <p>Attitudes et opinions vs le projet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vision de la problématique (divergence) • Attentes : gains et utilité perçue • Acceptation, motivation face au projet / au changement <p>Processus cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rôles et responsabilité • Séquences d'intervention <p>Outils cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertinence, adéquation (milieu, champ de pratique), qualité, convivialité, applicabilité • Informatisation des outils
1 - Identifier la problématique / analyser la demande	
<p>CIUSSS-EMTL</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'assurer au départ de l'appui stratégique au projet. • Liens au besoin avec : CODIR, CCC, CCCA, CQPCI. <p>Promoteurs / directions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Établir le niveau de participation des gestionnaires terrain et des équipes cliniques. • Analyser la demande avec le promoteur ; compléter et valider la fiche projet. • Clarifier la demande, la problématique, l'objectif • Valider le mandat : promoteur et direction DSM-PP. • Établir la structure de gouvernance, la ligne de gestion, les resp. PP-OP. • Établir le plan d'action sommaire, un échéancier réaliste. <p>Gestionnaires terrain</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au besoin, inclure les gestionnaires à l'analyse de la demande. 	<p>Équipe clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au besoin, s'assurer de la collaboration de l'équipe clinique et des usagers pour préciser et analyser la demande
2 – Analyser la problématique	
<p>Directions / promoteur</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de la participation et de la validation du rapport d'analyse par le promoteur. <p>Gestionnaires terrain</p>	<p>Équipe de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recueillir des équipes cliniques et des usagers, via différentes modalités de cueillette d'information (sondage, groupes de discussion), les informations pertinentes à l'analyse de la

<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer du soutien des gestionnaires pour avoir accès au terrain pour l'analyse de la situation actuelle et au balisage des pratiques. 	<p>problématique : perceptions, opinions, connaissances sur la situation actuelle, leurs besoins, les pratiques en cours, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au besoin, consulter les instances les représentant : CMDP, CECII, CECM, ordres professionnels, syndicat, comité des usagers, etc. • Identifier les déterminants en cause et les leviers potentiels du changement.
<h3>3 – Adapter : élaborer une solution adaptée</h3>	
<p>Directions / promoteur</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de la participation et de la validation par le promoteur des cibles et modalités de changement. <p>Gestionnaires terrain</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impliquer et consulter les gestionnaires terrain pour dans toutes les réflexions entourant l'adaptation • Au besoin, les impliquer dans l'organisation de groupes de discussion avec les équipes cliniques pour préciser les cibles et modalités de changement. 	<p>Équipes cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au besoin, impliquer les équipes cliniques et es usagers dans l'établissement, la validation ou l'ajustement des cibles et modalités de changement. • Au besoin, consulter les instances les représentant : CMDP, CECII, CECM, ordres professionnels, syndicat, comité des usagers, etc.
<h3>4 – Planifier le changement</h3>	
<ul style="list-style-type: none"> • Planifier le changement avec le promoteur et la structure de gouvernance. • Organiser les préalables <ul style="list-style-type: none"> ○ Planifier, organiser les formations et rencontres avec les équipes ○ Développer, adapter et informatiser les outils cliniques et les outils de gestion ○ Élaborer et implanter les indicateurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser les équipes cliniques pour le projet • Élaborer le plan de communication : expliquer et mettre en valeur le projet, les cibles, objectifs et modalités de changement
<h3>5 – Mettre en œuvre le changement</h3>	
<ul style="list-style-type: none"> • Soutien à la réalisation des préalables <ul style="list-style-type: none"> ○ Ajustement de la composition de l'équipe ○ Préciser / clarifier les rôles et responsabilités ○ Intervenir sur le climat d'équipe • Réaliser la séquence d'implantation <ul style="list-style-type: none"> ○ Projet d'expérimentation et rétroaction • Stratégies de soutien / mobilisation des gestionnaires <ul style="list-style-type: none"> ○ Au suivi du changement, la gestion des difficultés, la résolution de problème, suivi des indicateurs ○ Préciser la ligne de communication pour escalader les enjeux au besoin ○ Soutien aux salles visuelles opérationnelles (SVO) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser les leaders cliniques • Préciser / diffuser les modalités de communication des difficultés <p>Réalisation des préalables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stratégies de diffusion et de soutien : <ul style="list-style-type: none"> ○ Implication de leaders positifs et champions cliniques • Formation, coaching, présentation, sensibilisation, encadrement clinique <ul style="list-style-type: none"> ○ Impliquer les nouveaux protocoles / processus cliniques • Outils cliniques <ul style="list-style-type: none"> ○ Développer, adapter / informatiser les outils cliniques ○ Former les intervenants aux nouveaux outils
<h3>6 – Évaluer, ajuster et pérenniser</h3>	
<ul style="list-style-type: none"> • Planifier l'évaluation / la pérennisation <ul style="list-style-type: none"> ○ Planifier l'évaluation / la pérennisation ○ Soutien à l'élaboration d'audits / d'indicateurs / tableau de bord • Réaliser l'évaluation / la pérennisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Avec les gestionnaires, encourager la collaboration des équipes cliniques à l'interprétation des résultats, à la recherche de solutions pour les difficultés potentielles rencontrées • Participer à l'amélioration des pratiques, avec la participation des équipes cliniques et des usagers • Encourager les bonnes pratiques

<ul style="list-style-type: none">○ Soutien la conduite d'audits, l'analyse des résultats, l'actualisation des SVO○ Soutien à l'ajustement des pratiques	
---	--

Annexe 13 Outil d'identification des déterminants et modalités de changement

Étape	Déterminants	Situation actuelle	Situation visée	Écart	Modalités de changement	Ressources requises
1. Identifier la problématique / analyser la demande	•	•	•	•	•	•
2. Analyser la problématique	•	•	•	•	•	•
3. Adapter les connaissances	•	•	•	•	•	•
4. Planifier et préparer le changement	•	•	•	•	•	•
5. Mettre en œuvre le changement	•	•	•	•	•	•
6. Pérenniser le changement	•	•	•	•	•	•

Annexe 14 Gabarit de plan d'action de la DSM-PP

Plan d'action Projet DSM-PP					Titre													
Mise à jour le : 16 mai 2022					202x													
	Description de l'activité	Resp	Coll.	%	202x												Livrables / Commentaires	
					01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12		
1	Élaboration et fondement du projet																	
1.1	Compléter la Fiche Demande			0%														
1.2	Analyse et orientation de la demande																	
1.3	Établir la structure de gouvernance																	
1.4				0%														
2	Analyse de la problématique																	
2.1	Analyse des parties prenantes			0%														
2.2	Analyse de la situation actuelle			0%														
2.3	Balisage interne et externe			0%														
2.4	Recenser les écrits			0%														
3	Élaborer une solution adaptée																	
3.1	Déterminer la cible et les modalités de changements			0%														
3.2	Valider la cible et les modalités de changements			0%														
3.3				0%														
4	Planifier le changement																	
4.1	Élaborer le plan d'action			0%														
4.2	Identifier les indicateurs			0%														
4.3	Préciser les modalités d'évaluation			0%														
4.4	Communiquer le projet			0%														
				0%														
5	Mettre en œuvre le changement																	
5.1	- Réalisation des préalables																	
5.11	Élaborer les outils			0%														
5.12	Élaborer les formations			0%														
5.13	Planifier la gestion du changement			0%														
5.2	- Mise en œuvre																	
5.21	Soutien aux équipes			0%														
5.22	Monitoring et ajustements			0%														
5.23				0%														
				0%														
6	Évaluer et ajuster																	
6.1	Analyse des données			0%														
6.2	Rédaction de rapport			0%														
6.3	Communication des résultats			0%														
6.4	Recommandations pour les suites au projet			0%														

Annexe 15 Définition des différents types d'indicateurs

Indicateurs de structure

La structure comprend tous les facteurs qui affectent le contexte dans lequel sont offerts les soins et services de santé. Cela comprend les installations immobilières, les équipements, les ressources humaines et les facteurs organisationnels, comme par exemple : le nombre d'équivalents temps complet (ÉTC) dans un service, la proportion du personnel visé formé à une nouvelle procédure, le taux de roulement du personnel dans une unité, l'écart entre les ressources financières prévues à une étape du projet et celles encourues.

Indicateurs de processus

Les processus sont toutes les interventions faites par le personnel auprès des usagers et des familles qui constituent les soins et services de santé. Cela comprend par exemple l'évaluation, les interventions et traitements, les services préventifs et éducatifs. Cela peut même inclure les actions faites par les usagers et les familles dans l'optique du partenariat de soins et services.

Les indicateurs de processus permettent d'analyser la mise en œuvre des différents préalables à l'atteinte des objectifs ultimes du projet. Souvent les indicateurs de processus ont rapport avec les changements visés à l'égard des pratiques professionnelles, des processus de travail, des connaissances et compétences des intervenants ou de l'organisation des services.

Par exemple, dans le gabarit du plan d'action ([Annexe 16](#)), la colonne % représente le degré d'avancement pour compléter l'action. Il s'agit d'inscrire un nombre de 0 à 100, qui se traduira par un pourcentage, avec un code de couleur associé. Les actions complétées à 100% sont indiquées en blanc ; de 76% à 99% en vert ; de 41% à 75% en jaune ; de 1% à 40% en orange, et ; les tâches non amorcées (complétées à 0%) en rouge. La moyenne de ces pourcentages, qui indique le pourcentage d'avancement du projet, est indiquée en haut de la colonne.

Les mois spécifiques prévus pour compléter chaque action peuvent être indiqués par des X dans les cases appropriées du calendrier. Au besoin, on pourra modifier la référence aux mois indiqués ou transformer les mois en semaines pour plus de précision.

Voici quelques autres exemples d'indicateurs de processus : le taux de conformité d'une procédure diagnostique ou thérapeutique, le délai d'obtention d'un rendez-vous auprès des professionnels visés par le projet, le taux d'utilisation d'une procédure pour les cas visés (répondant aux critères). Dans un projet impliquant une dimension importante liée au partenariat, on pourrait avoir des indicateurs liés à la satisfaction des partenaires vis-à-vis de la collaboration et leur degré de participation à la prise de décision.

Indicateurs de résultats

Les résultats sont tous les effets des soins et services sur les usagers et la population. Les indicateurs de résultats sont souvent considérés comme les plus importants puisqu'ils permettent d'analyser les retombées concrètes des soins et services, ou des changements apportés par un projet, sur les usagers auxquels ils sont destinés. Ils comprennent les différents aspects de la santé, le comportement, la connaissance, les différents aspects de la qualité de la vie en lien avec la santé, ainsi que la satisfaction face aux services.

Les indicateurs d'effets collatéraux

Dans un projet de grande envergure, il est pertinent de mesurer les effets collatéraux potentiellement nuisibles liés à la réalisation du projet. Ces impacts potentiels devraient être identifiés à l'étape de l'analyse de la problématique. On peut penser par exemple à la charge de travail des équipes directement concernées par le projet, la satisfaction au travail du personnel ou le taux de rétention du personnel.

Annexe 16 Fiche indicateur

Nom de l'indicateur	Définition
Taux d'avancement du/des projets *	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage moyen de réalisation des projets ciblés par rapport aux cibles annuelles convenues pour chacun des projets.
Objectifs	Responsable
<ul style="list-style-type: none"> Suivre l'avancement dans nos projets spécifiques (ceux identifiés pour cet indicateur) ainsi que l'avancement ou les difficultés dans nos différents axes et sous-axes de notre offre de service. 	<ul style="list-style-type: none"> Nom
Formule de calcul	Ventilation
<ul style="list-style-type: none"> % actuel de réalisation du projet / % de réalisation fixé pour l'année Ex. on vise 70% et on est rendu à 50%, soit : $50\% / 70\% = 71.4\%$ La moyenne de ces pourcentages si plusieurs projets sont visés. 	<ul style="list-style-type: none"> Globalement : tous les projets ciblés. Par axe et sous-axe de projets. Pour des projets spécifiques.
Sources de données	Unité de mesure
<ul style="list-style-type: none"> Les pourcentages actuels de réalisation globale du projet dans les Plans d'actions quantitatifs ciblés pour le calcul 	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage (%) : de 0% à 100%
Activités requises à la collecte de données	Cible
<ul style="list-style-type: none"> Mise à jour des plans d'action : indiquer régulièrement les étapes réalisées et valider le pourcentage de réalisation du projet. 	<ul style="list-style-type: none"> 100% à la fin de l'année
Base de comparaison ; balises à l'interprétation des résultats	Fréquence de production
<ul style="list-style-type: none"> À préciser. 	<ul style="list-style-type: none"> Trimestriel / annuel Accent particulier pour les projets en difficulté
Contrôle qualité / validité / fiabilité	Commentaires
<ul style="list-style-type: none"> La qualité est dépendante de la rigueur à laquelle les plans d'actions sont maintenus à jour. 	<ul style="list-style-type: none"> Signification de l'indicateur spécifique au type de projet suivi : ex. taux d'avancement dans les projets de maintien et dév. des compétences

* Ceci est un **exemple** de fiche d'indicateur pour le taux moyen d'avancement d'un projet ou d'un ensemble de projets.

