

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.SC.)

PAR
VANESSA LAFRAMBOISE

TENUE DE DOSSIERS EN ERGOTHÉRAPIE : RECOURS À UNE COMMUNAUTÉ DE
PRATIQUE POUR SOUTENIR L'ÉCRITURE

15 DÉCEMBRE 2015

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

L'accomplissement de ce projet n'aurait pu être possible sans l'implication et le soutien de nombreuses personnes dont la participation est soulignée dans la section suivante.

Merci, en premier lieu, aux ergothérapeutes ayant donné de leur temps précieux pour participer à ce projet, en complétant le questionnaire ou en participant à une entrevue. Cet appui m'a permis de mener à bon terme mon essai en obtenant des résultats très intéressants.

Merci, en deuxième lieu, à Mme Martine Brousseau, professeure au département d'ergothérapie, qui m'a supervisé dans la réalisation de ce projet de fin d'études. Vous m'avez accompagnée dans un projet stimulant et vous avez su éveiller chez moi le souci d'un travail bien fait, rigoureux et réfléchi. L'intérêt que vous avez porté à ce projet a été très motivant pour moi dès notre première rencontre, et ce, jusqu'à la dernière. Grâce à vos encouragements et à votre enthousiasme, je garde en mémoire de beaux échanges et de bons souvenirs de la supervision reçue dans le cadre de ce projet.

Merci, en troisième lieu, à M. Pierre-Yves Therriault et à mes collègues qui ont également contribué à ce projet de recherche dans le cadre du cours de séminaire. Merci pour l'ensemble des suggestions qui ont poussées ma réflexion à un autre niveau.

Merci également à M. Éric Trouvé, directeur de l'Association nationale française des ergothérapeutes pour les corrections et commentaires réalisés qui ont permis de bonifier le projet.

Finalement, merci à mon conjoint et à ma famille pour le soutien constant qu'ils m'ont apporté durant tout mon parcours universitaire. Merci à tous mes collègues de classe, sans qui ces années d'études n'auraient pas été aussi mémorables.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	I
LISTE DES FIGURES	IV
LISTE DES TABLEAUX.....	V
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	VI
RÉSUMÉ	VII
1 INTRODUCTION	1
2 PROBLÉMATIQUE.....	2
2.1 Rédaction dans les dossiers cliniques	2
2.2 Moyens pour soutenir le développement des compétences	5
2.2.1 Soutien au développement des compétences en général	5
2.2.2 Soutien aux compétences en tenue de dossiers.....	7
2.2.3 Communauté de pratique comme moyen de soutien aux compétences.....	8
2.3 Pertinence du sujet	10
2.4 Question de recherche et objectifs	11
3 CADRE CONCEPTUEL	12
3.1 Historique : «communauté de pratique»	12
3.2 Concepts théoriques des communautés de pratique de Wenger	14
3.2.1 Contexte social des apprentissages	14
3.2.2 Trois caractéristiques : domaine, pratique partagée, communauté	15
3.2.3 Types de communauté de pratique	16
3.2.4 Cycle de vie d'une communauté de pratique	17
3.3 Concepts de l'apprentissage coopératif	18
3.4 Principes d'apprentissages chez l'adulte (andragogie)	19
4 MÉTHODOLOGIE.....	21
4.1 Devis de recherche	21
4.2 Méthode d'échantillonnage.....	21
4.3 Méthode de collecte des données et déroulement.....	22
4.4 Plan d'analyse des données.....	23
4.5 Critères de rigueur scientifique	23

4.6 Considérations éthiques	24
5 RÉSULTATS	25
5.1 Caractéristiques des participants	25
5.2 Perception des responsables de la communauté de pratique	26
5.2.1 Précision du type de communauté	26
5.2.2 Élément déclencheur et phase préparatoire.....	27
5.2.3 Déroulement du groupe.....	28
5.2.4 Retombées de la communauté de pratique.....	30
5.2.5 Conditions facilitantes lors de la mise en place d'une communauté de pratique	31
5.2.6 Enjeux lors de la mise en place d'une communauté de pratique	33
5.3 Perception des participants à la communauté de pratique	34
5.3.1 Motivations des participants à s'impliquer dans la communauté de pratique	34
5.3.2 Changements effectués par les participants suite à la communauté de pratique	36
5.3.3 Perceptions des participants sur la communauté de pratique	36
5.3.4 Perceptions des participants de leur tenue de dossiers	38
6 DISCUSSION	41
6.1 Taux de participation	41
6.2 Perception des responsables de la communauté de pratique	42
6.3 Perception des participants à la communauté de pratique	48
6.4 Perception par rapport à la tenue de dossiers.....	50
6.5 Forces et limites de l'étude	51
6.6 Retombées de l'étude	53
7 CONCLUSION	55
8 RÉFÉRENCES	57
ANNEXE A	64

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Types de communautés selon leur contexte d'émergence	13
Figure 2. Perceptions des participants par rapport à la communauté de pratique.....	37
Figure 3. Satisfaction des participants par rapport à la tenue de dossiers.....	39
Figure 4. Importance accordée à la tenue de dossiers par les participants	39

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Compétence 2.2 du Référentiel de compétences de l'OEQ 3

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
ACMDP	Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec
CEFARIO	Centre facilitant la recherche et l'innovation dans les organisations
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
OPQ	Ordre des psychologues du Québec

RÉSUMÉ

Problématique : La rédaction dans les dossiers cliniques constitue une activité professionnelle incontournable puisqu'elle favorise la qualité des services offerts aux clients. Elle est aussi le reflet de la démarche clinique ergothérapique. D'ailleurs, depuis ces dernières années, les référentiels de compétences et les guides de pratique guident sur le contenu et les processus impliqués. Ces changements se sont effectivement reflétés dans la tenue de dossiers qui s'est bonifiée (Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], 2005). La rédaction dans les dossiers s'avère une tâche complexe puisque plusieurs critères de qualité y sont associés. Elle doit représenter de façon succincte le raisonnement clinique de l'ergothérapeute, sa démarche clinique, les modèles théoriques de la profession, la structure et les principes de communication écrite et les exigences réglementaires provinciales. Cette tâche amène parfois des inconforts auprès des ergothérapeutes. Ainsi, l'objet de cette étude portera sur un moyen innovant de soutenir les compétences en rédaction dans les dossiers en présentant l'étude d'une communauté de pratique pour soutenir la rédaction dans les dossiers cliniques en ergothérapie. **Objectif :** L'objectif est de décrire les processus d'implantation d'une communauté de pratique déjà mise en place sur l'écriture dans les dossiers. **Cadre conceptuel :** Les éléments du cadre conceptuel mis en avant sont les concepts théoriques reliés aux communautés de pratique et à ceux de l'apprentissage coopératif ainsi que les principes d'apprentissage chez l'adulte. **Méthode :** Le devis de recherche peut être qualifié d'étude descriptive simple de nature qualitative. Il s'agit d'une étude à visée exploratoire, de manière rétrospective. L'échantillonnage est non-probabiliste par réseau. La méthode de collecte de données s'effectue principalement en deux volets, soit une entrevue semi-structurée auprès des responsables et un questionnaire auprès des ergothérapeutes participants à cette communauté. Les données qualitatives font l'objet d'analyse de contenu afin de faire ressortir les thèmes les plus fréquents et les données quantitatives font l'objet quant à elles de statistiques descriptives. **Résultats :** Les résultats présentés proviennent de deux types de répondants, soient des responsables de la communauté de pratique et les ergothérapeutes membres de cette communauté ($n=6$). Les résultats issus de l'entrevue auprès des responsables de la communauté de pratique font ressortir les thèmes suivants : précision du type de communauté, les phases d'implantation : phase préparatoire de la communauté, élément déclencheur de celle-ci ainsi que phase de déroulement des rencontres et leur contenu, retombées de la communauté et préalables et enjeux à la mise en

place d'une communauté de pratique. Les résultats issus des questionnaires remplis par les six ergothérapeutes membres de la communauté de pratique abordent les thèmes suivants : motivations à s'impliquer dans la communauté de pratique, changements effectués suite à la communauté de pratique, perceptions des participants sur la communauté de pratique et perceptions sur la tenue de dossiers. **Discussion :** La présente étude fait valoir des résultats inédits quant à l'implantation d'une communauté de pratique pour soutenir l'écriture dans les dossiers, compte tenu de la complexité de cette tâche. Une des forces de la présente étude a été l'implication des membres de la communauté de pratique, autant de la part des responsables que des ergothérapeutes. En effet, le taux de participation a été excellent. Par ailleurs les limites de l'étude se rattachent à la non-saturation des données qui aurait pu être atteinte par des entrevues approfondies en personne. **Conclusion :** Quoique modestes, les résultats présentés dans cet essai démontrent que la communauté de pratique s'avère un outil intéressant afin de soutenir les compétences en rédaction dans les dossiers cliniques en ergothérapie.

Mots-clés : Communauté de pratique, Tenue de dossiers cliniques, Ergothérapie, Formation continue, Compétences

Problem: Documentation is an essential activity since it promotes the quality of professional services offered to clients. It is also considered the results of occupational therapy clinical reasoning. Moreover, in recent years, guidelines for practice and competencies have evolved greatly. These changes are actually reflected in official documents (OEQ, 2005). Documentation reflects a complex process since many quality criteria are associated. It must reflects succinctly clinical reasoning in occupational therapy, use of theoretical models of the profession as well as frames of references, principles of written communication and provincial regulatory requirements. This clinical activity sometimes brings at times discomfort for clinicians. Therefore, the current study focus on an innovative way to support writing competencies and documentation by the use of a community of practice to support writing in clinical occupational therapy records. **Objective:** The objective is to describe the implementation process of a community of practice already in place for assisting occupational therapists with documentation. **Conceptual Framework:** Theoretical foundations for communities of practice are those related to cooperative learning and learning principles in adults. **Method:** The research design is a simple descriptive study of

qualitative nature. This is a retrospective and exploratory study. Sampling is non-probabilistic by network. The data collection method was done in two times. First, a semi-structured interview was done with clinical administrative agents in occupational therapist and second, community of practice participants (occupational therapists) received a questionnaire. Qualitative data were analysed through content analysis in order to highlight the most common themes and quantitative data subject were analysed with descriptive statistics. **Results:** Results are also presented from two perspectives. First, data obtained from the clinical administrative agents (two persons) conducted to the following themes: specification of type of community, implementation phases, preparatory phase of the community, starting point and conduct phase of the meetings and their content, community benefits and prerequisites and challenges to the establishment of a community of practice. Second, results from the questionnaires completed by the six participants of the occupational therapists community of practice raises some issues related to: motivation to get involved in the community of practice, changes made after the community of practice, participants' perceptions of the community of practice and documentation perceptions. **Discussion:** This study suggests new findings regarding the implementation of a community of practice to support documentation in occupational therapy given the complexity of this task. A significant contribution by the actual study relates to the involvement of members of the community of practice as well as administrative agents in occupational therapists. Indeed, the participation rate was excellent. Moreover the limits of the study relate to non-saturation data according to the fact that questionnaire were used. In fact, in-depth interviews would have provided more information. **Conclusion:** Although modest, the results give empirical evidence that the community of practice for occupational therapy is an asset for supporting writing competencies as well as documentation.

Key-Word: Community of practice, Documentation, Occupational Therapy, Writing competencies

1 INTRODUCTION

Pour un grand nombre de professionnels de la santé, la rédaction dans les dossiers cliniques constitue une activité professionnelle inévitable puisqu'elle s'appuie sur la qualité des services offerts aux clients. En ergothérapie, l'écriture dans les dossiers cliniques fait aussi partie de la réalité quotidienne des cliniciens puisqu'elle est le reflet de la démarche clinique ergothérapeutique. D'ailleurs, depuis les dernières années, la profession d'ergothérapeute a connu une évolution considérable. Les référentiels de compétences et les guides de pratique se sont raffinés. Ces changements se sont effectivement reflétés dans la tenue de dossiers qui s'est bonifiée (Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], 2005). En effet, plusieurs critères de qualité y sont maintenant associés (Brousseau, 2004).

Dans cet ordre d'idée, la rédaction dans les dossiers s'avère une tâche complexe. Il s'agit d'un processus cognitif exigeant. De plus, elle doit représenter de façon succincte le raisonnement clinique de l'ergothérapeute, sa démarche clinique, les modèles théoriques de la profession, la structure et les principes de communication écrite et les exigences réglementaires provinciales. D'ailleurs, la pratique basée sur les données probantes, étant maintenant au cœur de la profession d'ergothérapeute, devrait se démontrer dans la tenue de dossiers. Il s'agit donc d'une exigence supplémentaire qui augmente la complexité de la tâche. Cette tâche complexe amène donc parfois des inconforts ressentis par les ergothérapeutes. Ainsi, l'objet de cette étude portera sur un moyen innovant de soutien aux compétences en rédaction dans les dossiers. Pour ce faire, une communauté de pratique sur la rédaction dans les dossiers en ergothérapie a été étudiée.

La lecture de cet essai permettra de comprendre la problématique reliée à la rédaction des dossiers cliniques en ergothérapie et au soutien de ces compétences. Puis, les éléments du cadre conceptuel mis en avant dans le cadre ce projet de recherche seront exposés, tels que les concepts théoriques des communautés de pratique et de l'apprentissage coopératif ainsi que les principes d'apprentissages chez l'adulte. Ensuite, la méthode utilisée dans le cadre de ce projet sera décrite dans les termes suivants : le devis d'étude, l'échantillon, la collecte de données, l'analyse et les considérations éthiques. Par la suite, les résultats de l'étude seront présentés pour ensuite être commentés dans la section discussion. Finalement, une brève conclusion terminera le document.

2 PROBLÉMATIQUE

2.1 Rédaction dans les dossiers cliniques

La rédaction dans les dossiers cliniques en ergothérapie est un élément important dans la pratique quotidienne. Un dossier ergothérapique a plusieurs finalités telles que la communication des renseignements de l’usager, la protection juridique, la compilation statistique, l’appréciation de la qualité des services rendus, un outil de réflexion et un outil pour l’enseignement et la recherche (Brousseau, 2013). Il est du devoir de chaque ergothérapeute de documenter la démarche clinique qu’il effectue auprès des clients rencontrés dans le cadre de sa pratique (Backman, Kåwe et Björklund, 2008; Fearing, 1993; OEQ, 2010; Office des professions du Québec, 2013; Pierre et Sonn, 1996, 1999). Il s’agit d’une responsabilité professionnelle et légale qui est individuelle et imputable à chaque ergothérapeute (Backman et coll., 2008; OEQ, 2010).

Selon le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2012), la rédaction dans les dossiers cliniques fait partie des compétences de communicateur s’appuyant sur celles de l’expert en habilitation de l’occupation. En effet, dans ce texte, il est mentionné que l’ergothérapeute doit «transmettre efficacement des documents écrits et électroniques», ce qui inclut des précisions sur la tenue de dossiers, dont «utiliser un cadre conceptuel basé sur l’occupation pour la documentation», «tenir des dossiers clairs, précis et adéquats (p. ex., documents écrits ou électroniques) sur les rencontres avec les clients et les plans d’action» et «se conformer aux normes réglementaires provinciales et organisationnelles concernant les documents» (ACE, 2012). D’ailleurs, le Modèle canadien du processus de pratique est un exemple de modèle à suivre puisqu’il est présenté comme un modèle «ancré dans l’habilitation, [maintenant] les principes de la pratique centrée sur le client, fondé sur les analyses des données probantes et sur l’occupation» (Davis, Craik et Polatajko, 2012).

Dans le *Référentiel de compétences lié à l’exercice de la profession d’ergothérapeute au Québec* (OEQ, 2010), la compétence 2.2 réfère à la capacité «de produire les documents liés à la prestation de services en ergothérapie» (OEQ, 2010, p.32). Cette compétence comporte plusieurs précisions sur les exigences réglementaires provinciales (notamment l’OEQ) quant à la tenue des dossiers professionnels qui sont explicitées dans le tableau 1.

Tableau 1.
Compétence 2.2 du Référentiel de compétences de l'OEQ

Dimensions opérationnelles de la compétence - Actions	Dimensions opérationnelles de la compétence - Unités d'actions
2.2.1 Effectuer la tenue des dossiers professionnels	Choisir le format de rapport approprié à la situation
	Rendre compte de la demande de services
	Rendre compte des méthodes et des instruments d'évaluation choisis selon les approches théoriques sélectionnées
	Rendre compte du résultat de l'évaluation et de son analyse
	Rendre compte des discussions (avec le client ou son représentant légal, la population cible ou son représentant ou, encore, le demandeur de services et les organismes visés) pertinentes à l'intervention
	Rendre compte de l'opinion professionnelle émise ou des recommandations formulées
	Rendre compte du plan d'intervention et de ses modifications selon les approches théoriques sélectionnées
	Rendre compte des services professionnels rendus
	Rendre compte de la fin de l'intervention
	Archiver les dossiers de la clientèle
2.2.2 Préparer tout autre document lié à la prestation de services en ergothérapie	Rédiger des notes ou des rapports statistiques ou autres au sujet des services rendus
	Remplir des formulaires

1.1 Complexité de la tenue de dossiers

La tenue de dossiers fait partie de la réalité quotidienne des ergothérapeutes, mais elle représente une tâche exigeante et préoccupante. Elle occupe plusieurs heures dans le temps de travail (Fearing, 1993; Wilson, Spermon, et Hill, 1991). En particulier, l'étude de Vockins (2004) rapporte que 19% du temps des ergothérapeutes y est accordé. Aucune autre étude ne rapporte le temps passé à l'écriture. De plus, cette tâche est une tâche complexe, et ce, parce qu'elle reflète la démarche clinique, le raisonnement clinique, les modèles théoriques de la profession, la structure et les principes de communication écrite et les exigences réglementaires provinciales (Brousseau, 2013; Croninger et MacRae, 2014; Tufano, 2014). Ce qu'un ergothérapeute fait peut sembler facile au premier regard, mais selon Mattingly et Hayes-Fleming (1993), l'ergothérapie est plus complexe que cela peut paraître. En outre, au cours des dernières décennies, des modèles théoriques spécifiques à la profession et centrés sur les occupations ont émergé. Transposer ces

modèles dans la réalité clinique et faire en sorte que ces savoirs soient intégrés, synthétisés et transparaissent dans les dossiers cliniques demeure un défi (Brousseau et Tosser, 2015). De plus, il s'agit d'un processus cognitif exigeant que d'effectuer la tenue des dossiers, d'où la résistance de plusieurs professionnels quant à cette tâche (Howse et Bailey, 1992). Selon Davis, Craik et Polatajko (2007), l'analyse serait l'étape la plus exigeante et la plus complexe car elle représente une étape charnière de la démarche clinique en ergothérapie. En effet, la rédaction d'une analyse dans un rapport servira à soutenir les décisions de l'ergothérapeute dans l'élaboration de son plan d'intervention (Rogers, 2004).

Dans les dernières années, les référentiels de compétences et les guides de pratique se sont raffinés causant ainsi une augmentation des exigences concernant la pratique de l'ergothérapie et la tenue de dossiers. Le respect de ces exigences professionnelles suscite des enjeux auprès des ergothérapeutes à l'échelle mondiale (Backman et coll., 2008; Bart, Bar, Rosenberg, Hamudot et Jarus, 2011; Cederfeldt, Pierre et Sadlo, 2003; Donaldson, McDermott, Hollands, Copley et Davidson, 2004 ; Gibson, Sykes et Young, 2004; Hedberg-Kristensson et Iwarsson, 2003; Pierre et Sonn, 1999; Wilson, Colombo, Seidell et Kosecki, 2011). Entre autres, la pratique basée sur les données probantes est maintenant au cœur de la profession d'ergothérapeute dans la compétence de praticien érudit du *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE, 2012). Les ergothérapeutes doivent donc utiliser les évidences scientifiques afin de prendre des décisions dans le cadre de leur pratique. Or, cette utilisation des résultats de recherche devrait se démontrer dans la tenue de dossiers, il s'agit donc d'une exigence supplémentaire qui augmente la complexité de la tâche. Davis, Zayat, Urton, Belgum et Hill, dans leur article de 2008 répertorient les raisons pour lesquelles les ergothérapeutes communiquent les évidences dans leur tenue de dossiers et les barrières à cette pratique. Entre autres, les ergothérapeutes documentent les données probantes dans les dossiers-clients pour supporter le plan d'interventions et les résultats, pour supporter leur professionnalisme ou pour répondre à la demande d'autrui (médecin, assureur). Cependant, les difficultés perçues par les ergothérapeutes sont au niveau du temps limité au travail, de la charge de travail élevée, de l'incompréhension de la littérature scientifique et de la difficulté à appliquer les preuves (Davis et coll., 2008).

La tenue de dossiers amène des inconforts ressentis par les professionnels de la santé, tels que les insatisfactions reliées à la tâche, l'importance excessive accordée à la tâche, le fait de savoir que sa tenue de dossiers n'est pas nécessairement vue par les autres professionnels, les dilemmes professionnels associés à l'écriture qui sont vécus par les ergothérapeutes. Des barrières aux bonnes pratiques en ce qui concerne l'écriture dans les dossiers, tel que la charge de travail et le ratio patients/thérapeute ont été ressorties par Blake-Mowatt, Lindo et Bennett (2013). Plusieurs ergothérapeutes rapportent ne pas être à l'aise avec cette partie de leur emploi ce qui peut résulter en un sentiment d'insatisfaction quant à l'écriture. Pierre et Sonn, dans leur article de 1999, répertorient les raisons pour lesquelles les ergothérapeutes sont insatisfaits de leur écriture dans les dossiers. Par exemple, les ergothérapeutes souhaitent être concis, mais en même temps, veulent donner un portrait réel et complet du client (Pierre et Sonn, 1999), ce qui peut être en contradiction. Cette contradiction résulte souvent en une augmentation du temps consacré à la tenue de dossiers en ergothérapie et donc en une augmentation du sentiment d'insatisfaction. À ce jour, l'opinion de plusieurs experts fait ressortir bon nombre de problématiques en lien avec la rédaction dans les dossiers-clients (Bonner, 2013).

2.2 Moyens pour soutenir le développement des compétences

2.2.1 Soutien au développement des compétences en général

Le soutien au développement des compétences professionnelles a fait l'objet d'attention particulière dans les dernières années. Entre autres, les programmes professionnels de formation universitaire se sont tournés vers les programmes de formation par compétence en formation initiale (Dickerson et Wittman, 1999). Par ailleurs, pour pouvoir maintenir à jour les compétences tout au long de la vie professionnelle, de nombreuses méthodes sont utilisées telles que les formations formelles (Andersen, 2001; Karp, 1992), les formations continues disponibles en ligne ou par téléconférence (Andersen, 2001; Dunleavy, Preissner et Finlayson, 2013; Evatt, Ren, Tuite, Reynolds et Hravnak, 2014; Mathur, Stanton et Reid, 2005), les ateliers de groupe (Andersen, 2001; Austin et Graber, 2007; Bruylants, Paans, Hediger et Müller-Staub, 2013; Doyle et Bennett, 2014; Karp, 1992; McQueen, Miller, Nivison et Husband, 2006; Welch et Dawson, 2006).

Bailey (1994), infirmière de profession, révèle dans un texte éditorial que les programmes de formation devraient inclure l'identification du public cible, une évaluation des besoins de ce public, une planification du programme, une stratégie d'implantation et d'évaluation. Une étude de Karp (1992) auprès de 192 physiothérapeutes a été effectuée dans le but de collecter des informations pouvant servir de base pour le futur développement de programmes de formation continue en physiothérapie. Les résultats de cette étude mentionnent que les participants préfèrent les formations de type ateliers et séminaires ainsi que les conférences. Au contraire, les physiothérapeutes interrogés n'étaient pas intéressés par les types de formations suivantes : audio, à l'ordinateur, téléconférences, autoformation. L'étude d'Austin et Graber (2007) auprès de 23 physiothérapeutes permet quant à elle de conclure que les cliniciens sont intéressés par les formations électroniques plutôt que par les formations traditionnelles en salle. Des résultats similaires sont présentés par Mathur et collaborateurs (2005). Leur étude en physiothérapie permet de conclure à un intérêt des professionnels pour les formations continues accessibles sur internet ou par téléconférence.

Plus spécifiquement, en ergothérapie, l'étude exploratoire d'Andersen (2001) avait pour but d'évaluer les perceptions d'ergothérapeutes au sujet de l'impact d'une variété d'activités de formation continue sur leurs compétences. Les résultats démontrent que les cliniciens interrogés préfèrent les programmes de formation formels de plus d'une journée puisqu'ils ont le plus d'impacts sur leur pratique. Les deux méthodes qui suivent dans l'ordre des préférences des cliniciens sont les méthodes de formation continue sur le terrain et le mentorat. Dans plusieurs cas la formation continue informelle a autant d'impact sur les compétences des ergothérapeutes que les formations plus formelles (Andersen, 2001). De plus, une étude de Dunleavy (2015) interrogeant 24 ergothérapeutes a permis de déterminer les programmes formels de moins de trois heures sont ceux qui ont le moins d'impacts sur les professionnels.

De plus, la littérature scientifique est vaste au sujet de formations continues sur la pratique basée sur les données probantes. En effet, Novak et McIntyre (2010) présentent un programme de formation sur la pratique basée sur les données probantes dont les résultats ont apporté des changements positifs à long terme dans les connaissances et dans les comportements à long terme. Les 88 professionnels de la santé avaient bénéficié de soutien dans le milieu de travail, c'est-à-dire

de la supervision, des encouragements, des ressources et du travail en groupe en plus d'un atelier éducatif (Novak et McIntyre, 2010). Une recherche-action de Welch et Dawson (2006) va dans le même sens en concluant qu'un groupe coopératif de six ergothérapeutes améliore les habiletés, les connaissances et le niveau de confiance quant à l'utilisation de la pratique basée sur les données probantes en ergothérapie, mais précise que l'engagement des ergothérapeutes et de leur milieu de travail est nécessaire pour que ces changements perdurent. McQueen et collaborateurs (2006) décrivent une formation auprès sept ergothérapeutes de type club de lecture et précisent l'importance que les participants y mettent en pratique leurs habiletés pour que des changements dans la pratique professionnelle soient observés. Finalement, les communautés de pratique apparaissent comme un autre moyen de formation intéressant et seront traitées dans une section distincte.

2.2.2 Soutien aux compétences en tenue de dossiers

L'écriture dans les dossiers en ergothérapie est une tâche complexe tel que démontré par l'attention de plusieurs professionnels et chercheurs. À cet égard, Thompson (2015) a étudié les stratégies utilisées par 14 ergothérapeutes pour relever les défis reliés à la tenue de dossiers. En effet, les ergothérapeutes mettent en place des moyens de développement de leurs compétences en tenue de dossiers par eux-mêmes. Par exemple, les stratégies suivantes sont répertoriées par Thompson (2015) : «utiliser les technologies de l'information, participer à une activité de formation continue sur la tenue des dossiers, se référer à un guide de pratique, faire partie d'une communauté de pratique ou d'un groupe de pairs, avoir recours à du mentorat» (Thompson, 2015, p. 25-26). Afin de soutenir les ergothérapeutes, plusieurs méthodes de formation ont été répertoriées comme étant utiles. Certaines formations sont offertes pour soutenir l'écriture dans les dossiers et ont pour but de s'assurer que les ergothérapeutes respectent les bonnes pratiques et qu'ils sont soutenus dans ce cheminement. Depuis 1995, l'OEQ offre une formation au sujet de la tenue de dossiers. Cette formation proposait alors des activités sur les sujets suivants : principes légaux, demande de services, organisation du dossier, principes d'écriture clinique, analyse, plan d'intervention. Les objectifs visaient à ce que :

Les participants identifient les motivations sous-jacentes à la rédaction; [...] décrivent le lien entre le processus de raisonnement clinique et la tenue de dossiers

en nommant les étapes du processus; [...] appliquent des stratégies pour synthétiser la tenue de dossiers, tels que regrouper les données et produire une analyse; [...] appliquent un langage ergothérapeutique lors de la rédaction en combinant des modèles génériques à certains modèles de rédaction; [...] démontrent une autocritique de leur propre tenue de dossiers [...] (Brousseau, 2004, p.1)

Dans le programme de formation continue de l'OEQ 2015-2016, des formations sont disponibles sur le sujet, telles que «Balises de rédaction des dossiers», «Tenue de dossiers : Habilétés de rédaction» et «Tenue de dossiers : Habilétés de rédaction - Niveau Avancé» (OEQ, 2014).

L'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) et l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDP) offrent aussi des formations sur le sujet de la tenue de dossiers (ACMDP, 2015; OPQ, 2015). C'est aussi un besoin de formation mis de l'avant dans la profession infirmière (Bailey, 1994) qui indique que la tenue de dossiers est améliorée par le mentorat et la formation continue. De plus, une approche d'apprentissage par problème et de scénarios cliniques apporte des bienfaits au niveau de la tenue de dossiers et de la pratique infirmière (Clarke, Abbenbroek et Hardy, 1996). Dans le même ordre d'idée, il a récemment été démontré par une étude de Evatt et collaborateurs (2014) auprès de 63 infirmières et infirmiers que les formations continues accessibles sur le web peuvent être efficaces dans l'apprentissage des bonnes pratiques sur la tenue de dossiers. Selon une étude de Bruylands et collaborateurs (2013) auprès de la profession infirmière, pour être efficace, un programme de formation continue au sujet de la tenue de dossiers doit utiliser une méthode interactive, fournir un support constant aux thérapeutes, être sensible aux barrières qui limitent les bonnes pratiques et utiliser des outils pertinents.

2.2.3 Communauté de pratique comme moyen de soutien aux compétences

Quoique valables, toutes ces méthodes de formation ne sont pas suffisantes pour améliorer les compétences en tenue de dossiers en ergothérapie. Par contre, dans la recherche ergothérapeutique en général, les communautés de pratique apparaissent comme une possibilité intéressante qui s'offre aux ergothérapeutes afin d'améliorer leurs compétences (Wilding, Curtin, et Whiteford, 2012). Effectivement, il s'agit d'une des seules méthodes de formation continue qui combine l'apprentissage des bonnes pratiques et le soutien par les pairs. Les résultats de la recherche de

Grisbrooke (2013) auprès d'une communauté de pratique d'ergothérapeutes pour résoudre des problèmes éthiques ont permis de démontrer que l'engagement dans une communauté de pratique permettait de créer des opportunités de réfléchir et du soutien pour les réflexions personnelles à travers le dialogue avec les pairs, ce qui avait des résultats positifs pour la pratique. Les communautés de pratique permettent aussi l'évolution d'une équipe interprofessionnelle, le développement de connaissances et de compétences, la valorisation des rôles et la création d'un climat organisationnel de support (Kilbride, Perry, Flatley, Turner et Meyer, 2011).

Une brève revue des écrits empiriques au sujet des communautés de pratique dans le domaine de la santé a été effectuée. Les résultats de cette revue sont donc présentés dans les prochains paragraphes. Il s'est avéré que les articles répertoriés concernaient des devis de recherche-action et des revues systématiques, c'est donc selon les devis de recherche que la prochaine section est divisée.

2.2.3.1 Devis de recherche-action

Six des articles sélectionnés présentent des études qualitatives, plus précisément des devis de recherche-action. Ces articles présentent donc la communauté de pratique dans le contexte spécifique de son application. Les communautés de pratique présentées dans ces articles incluent des groupes sur le sujet de l'intégration des données probantes dans la pratique en ergothérapie (Forsyth, Summerfield Mann et Kielhofner, 2005), sur l'articulation d'un nouveau projet clinique dans le domaine de la santé (Kilbride et coll., 2011; Lathlean et Le May, 2002; Wimpenny, Forsyth, Jones, Matheson et Colley, 2010), sur la pratique éthique de l'ergothérapie (Grisbrooke, 2013) ainsi que sur le développement professionnel en ergothérapie (Wilding et coll, 2012). Les résultats de ces projets dont les sujets sont décrits ci-haut sont prometteurs et définissent la communauté de pratique comme un outil utile afin de soutenir les pratiques professionnelles dans le domaine de la santé. La plupart des projets présentent les qualités essentielles qu'une communauté doit contenir pour bien fonctionner tels que le type de participants, les sujets traités, le leadership, la présence d'un expert, le développement d'un but commun, la flexibilité, la passion ou une préoccupation commune. Par exemple, l'article de Lathlean et Le May (2002) répertorie les facteurs qui influencent les communautés de pratique à l'étude. Celles-ci incluent des

professionnels travaillant au sein de deux groupes offrant des soins de première ligne ainsi qu'un service externe en dermatologie et en otorhinolaryngologie. Les caractéristiques d'influence répertoriées sont les suivantes : la participation et l'adhésion à la communauté, l'engagement dans le groupe, la pertinence des sujets traités, l'enthousiasme, les infrastructures, les compétences et les ressources. Également, des défis à la mise sur pied d'une communauté de pratique sont énumérés dans cet article : la nature du leadership dans la communauté de pratique, la création et le maintien d'un but et d'une vision, la flexibilité de la communauté de pratique et l'utilisation des connaissances dans la prise de décision.

2.2.3.2 Revues systématiques

Dans la présente revue de la littérature, trois articles présentaient des revues systématiques. Il s'agit donc d'études avec un niveau de preuve élevé. Parmi ces articles, deux d'entre eux concernaient la même revue, mais présentaient les résultats de deux façons différentes. Il s'agit des articles de Li, Grimshaw, Nielsen, Judd, Coyte, et Graham (2009). Dans ces articles, on peut comprendre que la littérature est assez vaste sur le sujet des communautés de pratique en général, mais que le sujet a moins été étudié dans le domaine de la santé. Toutefois, bien que les études ne présentent pas toutes les mêmes caractéristiques et qu'il soit difficile d'évaluer l'efficacité des communautés, les résultats de ces études incluses dans la revue systématique démontrent des effets positifs. De plus, la revue systématique de Ranmuthugala, Plumb, Cunningham, Georgiou, Westbrook et Braithwaite (2011) démontre que les publications plus récentes sur les communautés de pratique sont utilisées pour améliorer la pratique ou pour faciliter la pratique basée sur les données probantes. Il est donc intéressant de penser que la communauté de pratique pourrait s'appliquer pour améliorer la tenue de dossier en ergothérapie.

2.3 Pertinence du sujet

Très peu d'études ont étudié le phénomène des communautés de pratique spécifiquement pour soutenir l'écriture dans les dossiers-clients. Une seule étude discutant d'une communauté de pratique s'adressant à plusieurs professionnels de la santé œuvrant dans une unité spécialisée en accident vasculaire cérébral (Kilbride et coll., 2011) rapporte des résultats sur les dossiers, en mentionnant que suite à la participation à la communauté de pratique, la documentation était plus

qu'une source d'information, qu'elle stimulait des questionnements, des échanges et que cela créait des opportunités d'apprentissages. À notre connaissance, aucune étude empirique n'a abordé la communauté de pratique en ergothérapie pour soutenir la tenue de dossiers. Il est donc pertinent scientifiquement de se pencher sur le sujet afin de préciser le fonctionnement de telles communautés de pratique en ergothérapie, en particulier sur les effets qu'elles peuvent avoir sur la tenue de dossiers. D'un point de vue social, cette étude se rattache à un moyen concret pour soutenir le perfectionnement des compétences en tenue de dossiers.

2.4 Question de recherche et objectifs

Étant donné que les communautés de pratiques apparaissent comme un moyen pertinent pour soutenir le développement des compétences, il apparaît pertinent de : décrire les processus d'implantation d'une communauté de pratique déjà mise en place sur l'écriture dans les dossiers. Par processus, il est entendu que les éléments suivants sont étudiés : étapes, facilitateurs, stratégies de soutien, outils mis en place par les participants, stratégies mises en place durant les rencontres, types de discussion entre les participants. Cette étude pourra éventuellement conseiller les ergothérapeutes qui voudraient se lancer dans la mise en place d'une telle communauté de pratique sur l'écriture dans les dossiers cliniques.

3 CADRE CONCEPTUEL

La section suivante vise à définir les concepts centraux à considérer dans le cadre de cette étude. En premier lieu, un historique de la «communauté de pratique» est proposé. En deuxième lieu, la théorie des communautés de pratique est décrite plus en profondeur. En troisième lieu, les concepts de l'apprentissage coopératif et les principes de l'andragogie inhérents aux communautés de pratique sont exposés.

3.1 Historique : «communauté de pratique»

La «communauté de pratique» a été développée par Lave et Wenger (1991), dans leur premier ouvrage : *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*, qui présente alors le terme pour la première fois. Les auteurs, Jean Lave, anthropologue social à l'Université Berkeley de Californie et Etienne Wenger, docteur et professeur à l'«Institute for Research on Learning», étudient alors les principes d'apprentissage à travers la participation et la pratique et ce, dans des groupes informels. Au départ, les auteurs soutiennent que le fait d'être dans un milieu de travail amène des apprentissages. Les personnes apprennent en s'aidant des autres. Ce phénomène constitue une communauté de pratique. Cette participation, au départ périphérique, augmente graduellement selon l'engagement dans la communauté et entraîne des interactions avec les autres travailleurs. Par la suite, Wenger publie en 1999 un deuxième ouvrage intitulé *Communities of practice. Learning, meaning and identity*. Il expose davantage les fondements d'une communauté de pratique et les processus d'apprentissages qui en résultent. Il présente aussi des moyens pour favoriser l'émergence, la croissance et le maintien des communautés de pratique dans les entreprises, en éducation et pour l'apprentissage continu. Puis, en 2002, Wenger, McDermott et Snyder poursuivent les travaux sur le sujet en publiant : *Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge*. Cet ouvrage le plus récent sur le thème des communautés de pratique présente une description détaillée du fonctionnement de celles-ci ainsi que de leur cycle de vie, et présente les conditions d'émergence, l'activité, les productions (ou projets) et les résultats d'une communauté. La définition du terme «communauté de pratique» proposée est la suivante :

Les communautés de pratique sont des groupes de personnes qui se rassemblent afin de partager et d'apprendre les uns des autres, face à face ou virtuellement. Ils

sont tenus ensemble par un intérêt commun dans un champ de savoir et sont conduits par un désir et un besoin de partager des problèmes, des expériences, des modèles, des outils et les meilleures pratiques. Les membres de la communauté approfondissent leurs connaissances en interagissant sur une base continue et à long terme, ils développent un ensemble de bonnes pratiques (Wenger et coll., 2002, p.4-5) [traduction libre].

Une communauté de pratique rassemble des personnes partageant un même intérêt, qui sont engagées et actives dans la communauté d'appartenance. Celle-ci sert à améliorer les conditions de l'exercice d'une profession au quotidien par le partage, l'entraide, et les processus d'apprentissage et d'enseignement mutuel. La communauté de pratique n'a pas de durée définie ni de fin prévue. Les membres de la communauté travaillent sur un projet commun. Le fait de se rencontrer en groupe permet de faire des apprentissages, tel que dans une communauté de pratique ou dans une communauté d'apprentissage. Ce qui différencie les types de communautés est la profondeur et l'étendue des apprentissages. Henri et Pudelko (2003) ont situé ce continuum, tel que présenté à la Figure 1. Il est possible de comprendre que les communautés de pratique requièrent un haut niveau de cohésion dans le groupe ainsi qu'un objectif fort, comparativement aux communautés d'intérêt ou d'apprentissage.

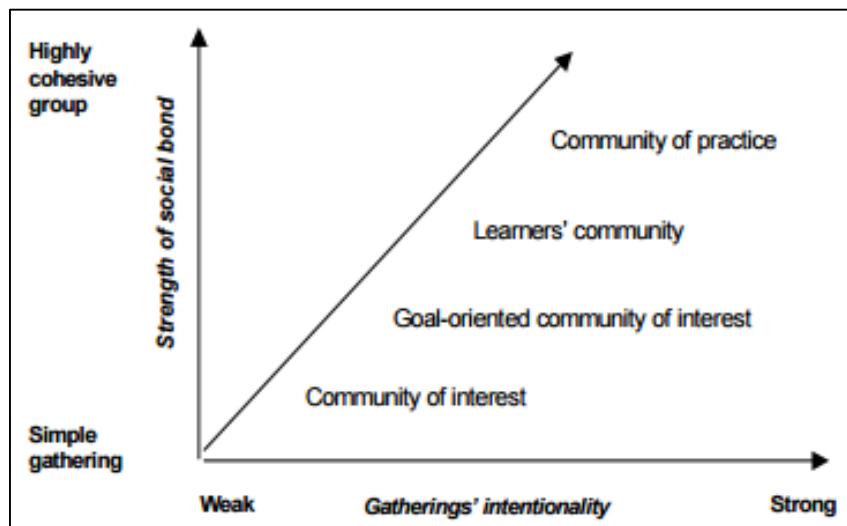


Figure 1. Types de communautés selon leur contexte d'émergence.

Figure tirée de Henri, F. et Pudelko, B. (2003). Understanding and analyzing activity and learning in virtual communities . *Journal of Computer - Assisted Learning* . 19: 476 (permission obtenue pour reproduction)

3.2 Concepts théoriques des communautés de pratique de Wenger

Les communautés de pratique s'appuient sur des concepts tels que décrits par Wenger et coll. et vulgarisés par le Centre facilitant la recherche et l'innovation dans les organisations (CEFRIQ, 2005), Cox (2005), Davel et Tremblay (Proposition de chapitre), Henri et Pudelko (2003), Hildreth et Kimble (2004), Kaufman et Mann (2010), Smith (2009). Tout d'abord, un élément central aux communautés de pratique se rattache aux apprentissages faits dans un contexte social. Par la suite, la communauté de pratique est décrite selon trois caractéristiques principales : le domaine, la pratique partagée et la communauté. Finalement, les différents types de communautés de pratiques sont exposés suivis du cycle de vie d'une telle communauté

3.2.1 Contexte social des apprentissages

Au sein des communautés de pratique, les apprentissages se font dans un contexte social. En effet, la plupart des personnes participent à une communauté de pratique sans en être réellement conscientes. Le but principal d'une communauté de pratique est d'apprendre sur soi et sur l'objet de la communauté, et ce, au quotidien par le biais des interactions avec les autres membres. Selon Wenger et collaborateurs (2002), la communauté se développe autour de trois points fondamentaux soient la participation, la socialisation et le développement identitaire. La participation dans la communauté de pratique est à la base du processus d'apprentissage, mais aussi une caractéristique essentielle au processus de développement de la communauté. La socialisation est un principe indissociable du processus d'apprentissage selon les auteurs. Les liens sociaux qui unissent les participants à la communauté est la caractéristique fondamentale. Le concept de développement identitaire se rattache aux apprentissages faits tant individuellement que collectivement. Il est aussi relié au sens commun que développent les membres dans leurs échanges; ce développement est aussi source d'apprentissage. La communauté s'occupe d'initier les nouveaux membres et de contribuer au développement de l'identité de la communauté qui peut se définir par l'identité interne, c'est-à-dire ce qu'est la communauté, et par l'identité externe, ou ce que la communauté n'est pas. La participation au sein du groupe peut être de divers types, soient active, périphérique, marginale ou non participative. La communauté doit être ouverte à tous les types et les niveaux de participation pour son bon fonctionnement. La participation et l'engagement des membres peuvent évoluer dans le temps. Lors du début dans la communauté, souvent la participation est plus

périphérique et elle devient de plus en plus active avec l'implication, la participation et l'expérience. De plus, une communauté de pratique inclusive permet à ses membres d'assister sans participer nécessairement (non-participation). Les communautés vivantes laissent place aux participants qui sont en périphérie et favorisent leurs interactions avec les membres actifs.

3.2.2 Trois caractéristiques : domaine, pratique partagée, communauté

Toujours selon Wenger et collaborateurs (2002), une communauté de pratique s'organise autour de trois éléments principaux : un domaine, une communauté et une pratique partagée. Les trois éléments seront décrits dans le prochain paragraphe. En premier lieu, la **communauté** consiste en un groupe de personnes qui partagent une préoccupation, un ensemble de problèmes ou une passion sur un sujet particulier et qui se rassemblent afin de partager et d'apprendre les uns des autres. En deuxième lieu, le **domaine** est le sujet sur lequel la communauté de pratique se centre. Il consiste en un ensemble d'enjeux, de défis, de problèmes qui sont rencontrés dans la pratique au quotidien et qui nécessitent de s'y intéresser selon les participants. Il s'agit de la raison d'être de la communauté de pratique puisque le domaine permet de définir l'identité du groupe. Il est important de noter qu'au cours du cycle de vie d'une communauté, le domaine peut évoluer selon l'évolution de la pratique et se concentrer sur des nouveaux problèmes qui surgissent alors. En troisième lieu, la **pratique partagée** est développée par les membres afin d'être efficace. Ce développement de la pratique partagée consiste en un processus d'apprentissage pour le groupe. La pratique se définit par un ensemble de normes partagées qui servent de base pour l'action et qui définissent les manières de faire les choses dans un domaine spécifique. Ces normes se traduisent dans le groupe par la communication, la résolution de problèmes, la performance et la responsabilité. La pratique partagée favorise le développement de nouvelles approches communes et de nouvelles façons d'aborder les problèmes (Wenger et Snyder, 2000). Elle comprend l'histoire de la communauté et les connaissances qui sont développées au sein de la communauté de pratique. Les connaissances de la communauté peuvent se concrétiser dans des objets tangibles (réification), tels que des cadres de références, des modèles, des principes, des outils, des documents ou des pratiques exemplaires. Afin que la pratique partagée se développe de manière cohérente, trois facteurs sont à considérer, c'est-à-dire, l'engagement mutuel des membres, l'entreprise commune et le répertoire partagé (Wenger, 1999). Au sujet de l'engagement mutuel, il est important de comprendre que la pertinence de la communauté de pratique se situe dans la force du lien social

qui unit les membres. Cet engagement est porteur de l'entraide entre les membres afin de partager les connaissances. L'apprentissage collectif prend le dessus sur l'apprentissage individuel, il faut savoir aider et se faire aider. Les membres doivent se sentir responsables les uns des autres. Par la suite, au sujet de l'entreprise commune, cela tient compte des actions communes du groupe qui visent la négociation, la révision, la confrontation afin d'atteindre l'objectif poursuivi. Finalement, concernant le répertoire partagé, il consiste en un répertoire de ressources que se donne la communauté. L'engagement dans le développement et l'amélioration d'une pratique partagée commune amène les membres à produire des ressources qui renforcent le sentiment d'appartenance des membres et contribuent au développement de l'identité de la communauté.

3.2.3 Types de communauté de pratique

Les communautés de pratique sont individuelles, différentes et uniques. Elles peuvent être présentes, lorsque les participants se rencontrent en personne, ou virtuelles, lorsque les rencontres ont lieu virtuellement (par exemple, par conférence téléphonique). Il est cependant possible de les classer selon quatre différents types de communautés : aide et assistance, pratiques exemplaires, gestion des connaissances, innovation (Wenger et coll., 2002). En effet, il existe des communautés d'aide et d'assistance, qui sont centrées sur l'entraide au sujet de la pratique et dont l'intention est de développer la connectivité entre les pairs. Par exemple, les forums d'échanges sont une sorte de communauté d'aide et d'assistance. Un autre type de communauté consiste en une communauté de pratiques exemplaires qui se penche sur la vérification de la pratique et la description de nouvelles pratiques et de leur critique. Un exemple de ces communautés est celui présenté dans l'étude de Grisbrooke (2013) au sujet d'une communauté de pratique pour résoudre des dilemmes éthiques vécus par les cliniciens. Quant à elles, les communautés de pratique dédiées à la gestion des connaissances se concentrent sur la consignation, l'organisation et la distribution des connaissances. Un exemple de ceci serait un groupe de professionnels de la santé qui met en place des interventions spécifiques auprès d'une clientèle ciblée et qui se réunit pour formaliser dans un guide, les connaissances pratiques développées au cours de cette expérience. Finalement, les communautés de pratique d'innovation fournissent un lieu pour l'exploration et la discussion au sujet de nouvelles idées. Ce type de communauté offre un encouragement à l'innovation dans le domaine choisi. Un projet possible pourrait consister à produire des exemples de tenue de

dossiers en promotion de la santé et en approche populationnelle. Ou avec tout type de pratique émergente. Peu importe le type de communauté dans laquelle les membres s'engagent, ils doivent savoir quelles sont les raisons pour ce faire et quels bénéfices ils pourront en tirer. Il en est de même pour les organisations qui mettent en place ces communautés, elles doivent voir les bénéfices potentiels afin d'y consacrer les ressources nécessaires. Il est donc important de reconnaître quel type de communauté est nécessaire afin de bien répondre aux besoins des participants et de l'entreprise.

3.2.4 Cycle de vie d'une communauté de pratique

Une communauté de pratique se développe typiquement selon un cycle de cinq stades qui permettra à la communauté de se définir, de s'organiser et de produire. Tout d'abord, au premier stade, soit la découverte du potentiel, la communauté est au stade embryonnaire. La communauté est composée de membres plus ou moins soudés pour l'instant. Elle est en processus de se définir en fonction des besoins et les activités sont structurées autour de la définition du domaine, de la communauté et de la pratique. Le groupe détermine alors quel type de communauté répond à leurs besoins. À ce stade, l'animateur ou le coordonnateur prend un rôle très important et intervient à plusieurs reprises afin de guider les membres. Cette stratégie de soutien au développement des compétences permet d'améliorer l'efficacité de la communauté de pratique (Tétreault, 2013). Ce *leader*, aussi appelé un facilitateur ou un coordonnateur, a comme rôle de planifier les rencontres, et d'aider à construire la pratique, incluant les connaissances de base, les leçons apprises, les meilleures pratiques ainsi que les outils et les méthodes d'apprentissage (Wenger et coll., 2002). Selon Büchel et Raub (2002), le coordonnateur d'un réseau de connaissances tel qu'une communauté de pratique doit créer un contexte qui permet le partage des connaissances, en partageant aussi les bases d'une coopération efficace.

La deuxième étape nommée l'unification correspond à l'augmentation de la profondeur des liens entre les membres et des connaissances partagées. À ce stade, le défi de la communauté est de s'unifier, de créer des relations de confiance et de prendre conscience des besoins et des intérêts communs. Si cette étape n'est pas complète, la communauté stagne et son existence est en péril.

L'étape suivante qui correspond à l'étape de la maturité consiste à la définition du rôle de la communauté. La communauté doit alors gérer sa croissance et s'assurer qu'elle cible toujours les problèmes réels. De plus, le processus de création des connaissances est alors en développement. À ce stade, recevoir une reconnaissance de l'entreprise est un facilitateur pour la communauté.

Ensuite, à l'étape quatre, le momentum, la communauté doit arriver à se maintenir de manière durable malgré un déclin de l'énergie initiale. L'inclusion de nouveaux membres peut être intéressante à cette étape. La communauté doit s'adapter aux changements qui ont pu survenir dans la pratique, dans l'entreprise ou au sein des membres. Il faut aussi que la communauté soit vigilante afin d'éviter la fermeture d'esprit et le cantonnement dans une pratique établie.

Finalement, la cinquième et dernière étape se nomme la transformation. Si la communauté a été efficace, normalement, les problèmes devraient être résolus, il y a alors un risque de perte d'énergie ou un risque que les membres développent d'autres intérêts. Il y a alors plusieurs possibilités de transformation, telles que la dispersion des membres dans d'autres communautés, la fusion à une autre communauté, l'institutionnalisation, la transformation en un club social. Il est aussi possible que la communauté se poursuive en se redéfinissant, en se renouvelant pour repartir sur de nouvelles bases.

3.3 Concepts de l'apprentissage coopératif

Les communautés de pratique et\ou d'apprentissage s'appuient aussi sur les concepts de l'apprentissage coopératif. L'apprentissage coopératif se définit comme suit : « mode d'apprentissage où les élèves cheminent en petits groupes autour d'un même objet d'études ou d'un projet » (Legendre, 2005, p.93). Les apprenants coopèrent afin d'accomplir des tâches dans un but d'apprentissage. Deux éléments sont nécessaires dans un groupe pour parler d'apprentissage coopératif, l'interdépendance positive ainsi que la responsabilisation individuelle (Jolliffe, 2007). L'interdépendance est un des principes fondamentaux pour la réussite d'un groupe coopératif puisque chaque membre du groupe contribue aux apprentissages du groupe; chaque personne est essentielle au bon fonctionnement. En ce qui concerne la responsabilisation individuelle, ce principe statue que chaque membre doit prendre une certaine part de responsabilité dans le travail

du groupe. L'apprentissage coopératif nécessite que chaque membre développe un sens des responsabilités au sujet de ses apprentissages personnels et de ceux du reste du groupe. S'ajoutent à ces deux principes fondamentaux, les habiletés nécessaires de la part des participants, incluant les habiletés académiques (élaborer des idées, planifier, gérer le temps, rester concentrer sur la tâche) et interpersonnelles (écouter, encourager, arriver à un consensus, résoudre les conflits, valoriser les autres) (Jolliffe, 2007). Trois conditions d'efficacité sont répertoriées afin de favoriser l'apprentissage coopératif (Legendre, 2005). La première consiste à ce que les membres doivent travailler en équipe à la réalisation d'objectifs ou de buts communs. La deuxième condition mentionne que le succès du groupe doit être basé sur le produit de l'équipe, mais aussi sur les performances individuelles. La troisième condition concerne le fait que les apprenants doivent suivre préalablement une formation au sujet de la productivité en travail de groupe afin de connaître et de maîtriser les principes de la dynamique de groupe. Ces trois conditions sont aussi soulignées par Slavin (1980 et 2014). La troisième condition est déjà présente dans le cas des ergothérapeutes. Selon l'ACE (2012), une des compétences principales de l'ergothérapeute est le rôle de collaborateur. Celle-ci inclut de travailler efficacement en équipes interprofessionnelles et intraprofessionnelles ainsi que de savoir gérer et résoudre des conflits en groupe.

3.4 Principes d'apprentissages chez l'adulte (andragogie)

Les principes d'andragogie peuvent être intéressants afin de comprendre les caractéristiques des apprenants adultes et leur processus d'apprentissage. Cette théorie a d'abord été introduite en Amérique du Nord par Malcolm Knowles, alors définie comme « l'art et la science d'aider les adultes à apprendre » (Kaufman et Mann, 2010, p.17). L'andragogie a des bases en psychologie humaniste et s'appuie sur cinq hypothèses énumérées à la suite (Knowles, 1980 et 1984). La première hypothèse signifie que les adultes sont aptes à déterminer les propres besoins d'apprentissages et les moyens pour y arriver. Ensuite, la deuxième supposition concerne l'expérience des adultes. En effet, les adultes accumulent un réservoir d'expérience qui est alors une source d'apprentissages. Cette expérience peut servir de ressource à l'apprentissage. L'expérience peut aussi fournir un contexte efficace pour l'acquisition de nouvelles connaissances. La troisième hypothèse quant à elle, s'appuie sur le fait que les besoins d'apprentissages des adultes sont grandement associés aux tâches de leur rôle social. Les adultes valorisent les

apprentissages qui intègrent les demandes qui leur sont faites dans leur vie professionnelle. Par la suite, le quatrième postulat stipule que les adultes sont plus centrés sur les problèmes que centrés sur les sujets dans leurs apprentissages. Ils valorisent donc les apprentissages qui peuvent être appliqués aux problèmes réels de leur vie. Finalement, la cinquième hypothèse concerne la motivation des apprenants. Les adultes sont plus motivés à apprendre lorsqu'ils sont motivés par des facteurs internes plutôt que par des facteurs externes. Ceci signifie donc que le désir d'améliorer ses pratiques, la satisfaction d'apprendre et la présence d'objectifs personnels sont des plus grands motivateurs que les facteurs externes et les récompenses.

4 MÉTHODOLOGIE

Le présent chapitre concerne les aspects méthodologiques de l'étude. En premier lieu, le devis de recherche est précisé. En deuxième lieu, la méthode d'échantillonnage suivie de la méthode de collectes des données sont expliquées. En troisième lieu, le plan d'analyse des données est exposé et les critères de rigueur scientifique associés à l'étude sont présentés. En conclusion, les considérations éthiques sont brièvement rapportées.

4.1 Devis de recherche

Le devis de recherche peut être qualifié d'étude descriptive simple de nature qualitative. Effectivement, l'étude est menée dans le but de décrire les processus d'implantation d'une communauté de pratique sur la tenue de dossiers en ergothérapie. Dans Fortin et Gagnon (2010), les auteurs avancent qu'une étude descriptive simple permet de «décrire un phénomène en particulier, fournir de l'information sur les caractéristiques, les comportements et les conditions des personnes ou des groupes» (Fortin et Gagnon, 2010, p.292-293). En effet, l'étude vise à décrire le point de vue des participants et des gestionnaires suite à l'instauration et à la participation à une telle communauté de pratique et explorer si cette méthode peut agir en tant que stratégie efficace d'apprentissage chez les participants. Il s'agit donc d'une étude à visée exploratoire, de manière rétrospective. En effet, les participants au projet seront interrogés une fois la communauté de pratique terminée.

4.2 Méthode d'échantillonnage

Il s'agit d'un échantillonnage de convenance étant donné qu'il y a très peu de communautés de pratique sur la tenue de dossiers en ergothérapie. Par la suite, l'échantillonnage est devenu non-probabiliste par réseau, car les premiers participants recrutés ont suggérés d'autres participants à la recherche (Fortin et Gagnon, 2010). D'ailleurs, la méthode d'échantillonnage est réalisée en deux étapes. Dans un premier temps, un courriel a été acheminé aux gestionnaires responsables de la communauté de pratique dans le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) concerné afin de leur présenter la nature du projet et de solliciter leur participation. Ce courriel inclut une lettre d'information sur le projet de recherche et les tâches qu'ils auront à accomplir. Suite à la

confirmation de leur intérêt, le formulaire de consentement est envoyé par courriel et remis au chercheur lors de l'entrevue. En deuxième lieu, suite à la rencontre des gestionnaires, leur aide est sollicitée pour recruter des ergothérapeutes participant à la communauté de pratique. Un courriel leur est envoyé contenant les formulaires d'information/consentement et le questionnaire à remplir et à retourner.

4.3 Méthode de collecte des données et déroulement

La méthode de collecte de données s'effectue principalement en deux volets, soit un premier volet auprès des responsables de la communauté de pratique et un deuxième auprès des ergothérapeutes participant à cette communauté. D'abord, la collecte de données auprès des responsables s'effectue sous forme d'entrevue en personne dirigée selon un questionnaire spécialement conçu aux fins de l'étude. Ce questionnaire est envoyé aux participants préalablement à l'entrevue afin qu'ils puissent se préparer et prendre connaissance des sujets abordés. Les questions ont été élaborées afin de décrire la communauté de pratique sur la tenue de dossiers et son historique de développement, mais aussi afin d'explorer le point de vue des gestionnaires quant à la pertinence de la communauté. Le questionnaire comprend 14 questions ouvertes dont les quatre premières concernent l'historique de développement de la communauté de pratique. Les questions 5 et 6 portent sur l'opinion des gestionnaires quant à la pertinence de la communauté. Finalement, les questions 7 à 14 portent sur des aspects techniques de la communauté de pratique (participants, lieux et fréquence des rencontres, type de rencontre, leadership, outils). Le temps pour l'entrevue dirigée est estimé à 45 minutes. La collecte de données a eu lieu dans un bureau au CSSS participant. Un enregistrement audio est fait pendant l'entrevue. Le deuxième volet de la collecte de données concerne les ergothérapeutes-participants de la communauté de pratique et est fait à partir d'un questionnaire à questions ouvertes et fermées auquel les participants répondent à la suite de leur participation à la communauté de pratique sur la tenue de dossiers. Ce questionnaire a été spécialement conçu aux fins de cette étude. Il a été élaboré afin de décrire l'expérience des participants quant à la rédaction de dossiers durant un stage de formation, mais également afin d'explorer la pertinence de l'utilisation d'une communauté de pratique au sujet de la tenue des dossiers ergothérapiques. Le questionnaire est donc divisé en trois sections, dont la première sert à dresser une description des participants. La deuxième section concerne la communauté de

pratique et comprend sept questions. Les cinq premières questions de cette section sont ouvertes et portent sur l’implication dans la communauté, la participation et les changements effectués dans la pratique. Ensuite, la sixième question est fermée de type échelle en 10 points et concerne l’opinion du participant sur la communauté de pratique. La septième et dernière question de cette section est une question générale sur les commentaires concernant la communauté de pratique. La troisième section du questionnaire est axée sur la tenue de dossiers ergothérapeutiques et comporte 6 questions. Les première et quatrième questions sont fermées de type échelle en 10 points et porte sur la satisfaction et l’importance par rapport à la tenue de dossiers. Les deuxième, troisième et cinquième questions sont ouvertes et portent quant à elles sur les facilitateurs, les obstacles et les outils facilitant la tenue de dossiers. Finalement, la dernière question de tout le questionnaire est générale et demande les commentaires sur la tenue de dossiers en ergothérapie. Il était possible pour les participants de remplir ce questionnaire en version électronique et de le renvoyer par courriel ou en version papier et de le renvoyer par la poste.

4.4 Plan d’analyse des données

Les données recueillies lors de l’entrevue et des questionnaires ont été retranscrites par le chercheur principal. Les réponses à chacune des questions ont été rassemblées. Ensuite, les données qualitatives font l’objet d’analyse de contenu et de comparaisons constantes afin de faire ressortir les thèmes les plus fréquents (Miles et Huberman, 2003). Ainsi, un codage manuel des données recueillies est réalisé afin de répertorier les thèmes et la fréquence d’apparition de ceux-ci dans le but de décrire le plus fidèlement possible l’expérience vécue par les participants (Fortin et Gagnon, 2010). Une analyse de la portée théorique des résultats est finalement effectuée. Les données quantitatives recueillies font l’objet quant à elles de statistiques descriptives afin de dresser un portrait des répondants.

4.5 Critères de rigueur scientifique

La présente section présente quatre critères de qualité afin de souligner la rigueur scientifique de l’étude. Ces critères, reconnus pour rehausser la qualité d’études qualitatives (Fortin et Gagnon, 2010) sont la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité. D’abord, la crédibilité de l’étude repose sur des échanges avec un expert en la matière. De plus, la conception des

questionnaires repose sur la recension des écrits et le cadre conceptuel de la présente étude. Par la suite, le critère de transférabilité consiste à « l'application éventuelle des conclusions [...] à d'autres contextes similaires » (Fortin et Gagnon, 2010, p. 285). Il est difficile d'assurer la transférabilité de cette étude compte tenu du devis de type exploratoire et du nombre restreint de participants. Il est donc plausible d'appliquer les résultats à d'autres contextes sans toutefois pouvoir admettre qu'ils sont complètement généralisables. Au sujet de la fiabilité des résultats, elle vérifiée par la révision de l'analyse de contenu par un ergothérapeute expert dans le domaine. Finalement, le critère de confirmabilité de l'étude repose sur la vérification externe par une personne indépendante à l'étude permettant de juger la qualité des résultats obtenus.

4.6 Considérations éthiques

Le présent projet respecte les règles éthiques en vigueur pour la recherche. Le certificat éthique a été émis par l'Université du Québec à Trois-Rivières et porte le numéro CER-15-211-08-02.06. De plus, une lettre d'acceptation du projet et du certificat éthique de l'UQTR a été émise par le CSSS participant.

5 RÉSULTATS

Le présent chapitre concerne les résultats de l'étude pour décrire les processus d'implantation d'une communauté de pratique sur l'écriture dans les dossiers cliniques en ergothérapie. D'abord, il sera question des caractéristiques des participants. Ensuite, les résultats obtenus auprès des responsables de la communauté de pratique seront exposés selon les thèmes suivants : la précision du type de communauté, la phase préparatoire de la communauté, ainsi que l'élément déclencheur de celle-ci, le déroulement du groupe, les retombées de celui-ci et les préalables et les enjeux à la mise en place d'une communauté de pratique. Finalement, les résultats obtenus auprès des ergothérapeutes participant à la communauté de pratique seront présentés selon les thèmes suivants : les motivations à s'impliquer dans la communauté de pratique, les changements effectués suite à la communauté de pratique, la perception des participants sur la communauté de pratique et leurs points de vue sur la tenue de dossiers.

5.1 Caractéristiques des participants

Le masculin est utilisé ci-après pour simplifier le texte. Les participants à cette étude sont huit ergothérapeutes de profession. Ils exercent diverses fonctions, les participants sont donc de deux types. Le premier type de participants est constitué de deux ergothérapeutes responsables de mise en place d'une communauté de pratique. Ceux-ci occupent respectivement des postes de coordonnateur clinique en réadaptation et de conseiller à la qualité des pratiques professionnelles dans le même CSSS. Le conseiller à la qualité des pratiques professionnelles est considéré comme une personne externe puisqu'il n'est pas un collègue immédiat du reste de l'équipe d'ergothérapeute du soutien à domicile. Ils ont participé à l'entrevue semi-structurée. Le deuxième type de participants comprend six ergothérapeutes cliniciens ayant participé à la communauté de pratique. Ils travaillent au programme de soutien à domicile. Six participants ont retourné le questionnaire sur un total de douze ergothérapeutes sollicités. Soixante-six pour cent détiennent un baccalauréat en ergothérapie ($n=4$) alors que les 33,3 % restant sont détenteurs d'une maîtrise en ergothérapie ($n=2$). La moyenne d'années d'expérience se situe à 12,4 années. La moitié des répondants occupent un poste à temps plein alors que l'autre moitié occupe un poste à temps partiel. Parmi les répondants au questionnaire, quatre d'entre eux ont été impliqués dans la communauté de pratique dès le début et ont assisté à toutes les rencontres. Les deux autres

participants ont été impliqués pendant le processus et ont assisté entre quatre et six rencontres. Le nom de l'établissement dans lequel ces ergothérapeutes œuvrent n'est pas divulgué pour respecter la confidentialité et le certificat d'éthique obtenu.

5.2 Perception des responsables de la communauté de pratique

La présente section présente les perceptions des responsables de la communauté de pratique. Ces résultats sont issus de l'entrevue auprès des responsables de la communauté de pratique sur l'écriture dans les dossiers cliniques en ergothérapie. Les thèmes suivants seront abordés dans l'ordre : précision du type de communauté, la phase préparatoire de la communauté, ainsi que l'élément déclencheur de celle-ci, le déroulement du groupe, les retombées de celui-ci et les préalables, et les enjeux à la mise en place d'une communauté de pratique.

5.2.1 Précision du type de communauté

L'analyse du verbatim de l'entrevue permet d'offrir une définition du type de communauté de pratique selon les responsables instigateurs de cette communauté. Ils affirment avoir eu à préciser le type de groupe et s'être alors questionnés sur les termes «communauté d'apprentissage» et «communauté de pratique». Tout compte fait, le groupe a d'abord été défini comme une communauté d'apprentissage, mais au fil du temps, le groupe a pris de l'expérience, de la maturité, de l'autonomie et les relations se sont améliorées et les objectifs se sont précisés. Ceux-ci affirment que le groupe tend plutôt vers une communauté de pratique. Il s'agissait d'une communauté de pratique comprenant 12 ergothérapeutes qui se rencontraient à une fréquence de 4 à 6 rencontres par années. Les 12 participants ne se rencontraient pas tous en un seul groupe, mais étaient plutôt divisés en deux groupes afin de pouvoir accorder le temps nécessaire à la discussion des dossiers cliniques de chacun des participants. Les responsables avaient fixé des objectifs préalablement aux rencontres. L'objectif général était l'appropriation des éléments du processus clinique en ergothérapie. Les objectifs spécifiques étaient alors les suivants : «Améliorer la qualité de contenu et la capacité rédactionnelle de l'analyse et du plan d'intervention» et «Rendre le groupe autonome dans son processus d'amélioration continu de la qualité». Un autre objectif mis en avant par les responsables était de transférer le projet de communauté de pratique portant sur la tenue de dossiers à d'autres professionnels de la santé, tels que les travailleurs sociaux. Dans cette communauté,

l'ergothérapeute coordonnateur clinique est présent à toutes les rencontres pour assurer une présence stable en raison d'une grande mouvance dans le personnel. La présence constante du coordonnateur clinique au sein de la communauté de pratique a certainement un impact au sujet de l'autonomie de la communauté. Par contre, il est entendu que le groupe devienne de plus en plus autonome dans l'animation, ce qui serait un avantage selon les responsables.

5.2.2 Élément déclencheur et phase préparatoire

L'élément déclencheur ayant poussé les responsables à créer une communauté de pratique en ergothérapie est un besoin des ergothérapeutes de perfectionner leur rédaction dans les dossiers cliniques. Les ergothérapeutes désiraient alors être plus efficaces dans la tenue de dossiers. Ils estimaient alors passer une trop grande part de leur temps clinique sur cette tâche indirecte plutôt que sur du temps clinique directement auprès des clients. Cette situation créait des insatisfactions au sein des ergothérapeutes, et ce, dans un climat organisationnel particulier en raison de la recherche d'efficience. Selon la perception d'un des responsables, le levier pour rejoindre les cliniciens était «*de gagner du temps, d'être plus efficace et d'être mieux dans notre pratique*». D'ailleurs, il est mentionné clairement par les responsables qu'il est nécessaire pour le bon fonctionnement de la communauté de pratique que le besoin à la base de celle-ci vienne des participants plutôt que des responsables. Suite à l'identification de ce besoin au sein des ergothérapeutes, un groupe a été formé. Préalablement à la création de la communauté, les membres et les responsables ont suivi une formation sur la tenue de dossiers en ergothérapie donnée par l'OEQ. Suite à cette formation, les responsables se sont questionnés sur les moyens d'intégrer les apprentissages de cette formation. L'idée de créer un groupe était dès lors présente. Par contre, le type de groupe, la structure et le contenu n'étaient pas définis. Dans leur quête de moyens d'intégration des connaissances afin d'améliorer leurs compétences, les responsables ont eu recours aux résultats probants au sujet des communautés d'apprentissages, des communautés de pratique et des groupes de co-développement. Ils ont aussi pu avoir un exemple sur lequel s'appuyer puisqu'il existait auparavant un groupe dans le milieu qui utilisait les principes du co-développement auprès d'autres intervenants. Suite à ces lectures et exemples, la décision de mettre sur pied une communauté de pratique a été prise. Par la suite, les responsables se sont penchées sur le contenu qui serait présenté, discuté et travaillé dans les rencontres et sur la structure que le

groupe prendrait. Il a alors été décidé que les ergothérapeutes se renconterraient d'abord pour réviser le contenu des analyses en ergothérapie dans les dossiers cliniques (4 rencontres), puis sur le plan d'intervention (4 rencontres) et finalement sur la cohérence entre la raison d'évaluation, l'analyse et le plan d'intervention (4 rencontres). Les responsables ont donc débuté la création de grilles d'autoévaluation de l'analyse et du plan d'intervention sur lesquelles ils se sont par la suite basés pour animer les rencontres de groupe. Ces grilles ont aussi été adaptées tout au long des rencontres selon le déroulement du groupe, les commentaires des participants et les observations des responsables.

5.2.3 Déroulement du groupe

Suite à cette phase préparatoire, les ergothérapeutes ont été invités à se rencontrer pour la première fois. Tel que mentionné auparavant, les douze participants provenaient de deux points de services différents au sein du même CSSS. Au départ, pour les quatre premières rencontres, les participants ont été invités aux rencontres selon les points de service dans lequel ils travaillaient, dans le but qu'*«ils apprennent à travailler ensemble, pour que ce ne soit pas trop menaçant au départ»* (Responsable #1). Par la suite, quand les groupes ont atteint une certaine maturité, les ergothérapeutes des deux points de services ont été intégrés dans les deux groupes afin d'équilibrer les expériences cliniques. Par exemple, dans un point de service il y avait plus de nouveaux ergothérapeutes, le mélange a alors permis d'équilibrer l'expérience clinique des groupes.

D'abord, il avait été prévu que quatre rencontres par années seraient organisées, dont les premières se consacreraient à l'analyse. À la suite de ces quatre rencontres, dans un bilan de groupe, celui-ci a soulevé le besoin de continuer à travailler sur le sujet, donc deux rencontres supplémentaires ont été ajoutées pour un total de six rencontres la première année au sujet de l'analyse. Il en a été de même pour la deuxième année au sujet du plan d'intervention. Par contre, le début de la troisième année portant sur la cohérence à l'intérieur des rapports était prévu pour le printemps 2015, mais a dû être repoussé à l'automne 2015 pour des raisons administratives. Les rencontres des deux premières phases ont donc eu lieu. Ces rencontres ont été animées par les deux responsables du groupe.

Le groupe suivait un horaire très précis afin d'avoir le temps d'investiguer en profondeur chaque dossier. En effet, la technique utilisée pour améliorer l'écriture dans les dossiers au sein du groupe était que chaque membre de la communauté devait présenter un dossier à la rencontre de son choix et que le groupe travaillait collectivement à améliorer ce qui était présenté. Selon les responsables, il était au début très intimidant et menaçant pour les participants de livrer un de leurs dossiers professionnels. Il a fallu beaucoup d'humilité de la part des ergothérapeutes. Par contre, plus le temps passait, plus la confiance s'est installée. Les participants sont devenus plus à l'aise avec le travail collectif et ont perçu que tous participaient dans le but de s'améliorer plutôt que de critiquer. Ceci est décrit par un des responsables: «*On travaille en collectif, pour avoir une vision similaire pour tout le monde, pour que tout le monde s'améliore*» (Responsable #1). Après les quatre premières rencontres, une certaine aisance s'est établie dans le déroulement des rencontres de la communauté. Les responsables mentionnent que lorsque les rencontres au sujet du plan d'intervention ont débuté, il était alors plus facile de travailler en groupe et qu'il y avait moins «d'allers-retours». Le processus était connu et selon un responsable : «*C'était plus facile à appliquer. Cela venait moins chambouler nos pratiques. On avait moins de questions. C'était le même groupe, on avait déjà toute l'expérience d'avoir travaillé ensemble parce qu'on avait eu déjà quatre rencontres d'analyse*» (Responsable #1).

De plus, des règles de fonctionnement et des valeurs (p.ex. : respect, humilité) ont été mises en place dès le début afin de favoriser le bon fonctionnement du groupe. En s'engageant dans le groupe, la règle suivante était attendue des participants : «*Voici les règles de fonctionnement, les valeurs (la notion du respect, la notion d'humilité). Quand tu t'engages dans le groupe, tu t'engages à ça et ces règles- là doivent être respectées*» (Responsable #2). Le respect de ces règles et valeurs était donc très important, et celles-ci étaient ramenées sur la table de discussion lorsque nécessaire par les responsables. Par exemple, il peut y avoir des sensibilités ou des enjeux personnels, mais ceux-ci doivent rester à l'extérieur du groupe. Le fait qu'un des responsables de la communauté, aussi animateur, n'était pas un collègue immédiat du groupe d'ergothérapeutes était crucial au début pour traiter ces enjeux personnels. Par contre, une fois le groupe bien installé et la confiance mutuelle, ils estiment que la personne externe n'est plus nécessaire et que la coanimation peut être assumée par le coordonnateur clinique et les membres de la communauté. Pour les responsables, il était important de faire le point à la suite de chaque rencontre afin de

«noter la dynamique, le climat, la participation, la contribution, si quelqu'un était resté en retrait». Il était important que dans le déroulement tous les ergothérapeutes aient leur place et puissent participer librement.

À la fin de chaque série de rencontres, un outil a été créé par les responsables et les membres de la communauté de pratique. Deux documents, nommés «banque d'analyses» et «banque de plan d'interventions» ont donc été créés. Dans ceux-ci, il est possible de retrouver les sections de rapport telles que présentées au groupe la première fois ainsi que les versions corrigées suite au travail en communauté de pratique. À ces deux documents, s'ajoutent les deux grilles d'autoévaluation créées au préalable par les responsables et améliorées à l'aide des ergothérapeutes au fil des rencontres.

5.2.4 Retombées de la communauté de pratique

Selon les responsables, les retombées de la mise en place d'une communauté de pratique sont très positives et ont un impact sur la qualité des dossiers cliniques en ergothérapie par les membres de la communauté. D'ailleurs, les retombées ont été estimées par les responsables grâce aux grilles d'autoévaluation de l'analyse et du plan d'intervention. En effet, les participants ont rempli la grille à la première rencontre (temps zéro) et à la dernière rencontre de chaque sujet. Les résultats sont disponibles dans un document inédit et ne peuvent être dévoilés dans cette étude. En entrevue, l'un des responsables mentionne à ce sujet que : «*On a fait un moment d'arrêt pour voir où en étaient les résultats. Et ceux-ci étaient très significatifs. Ça a même été présenté au directeur du CSSS*» (Responsable #2). De plus, une autre façon de comprendre que les résultats ont été significatifs est le fait que «*les ergothérapeutes ont beaucoup porté cette bonne nouvelle, de dire que la communauté ça aide, ça a un impact sur le groupe, même au-delà de la rédaction*» (Responsable #2). Les responsables ont d'ailleurs remarqué une amélioration dans la motivation et l'énergie des membres de la communauté. Suite à la mise en place du projet en ergothérapie et aux résultats intéressants, le même type de projet était demandé par les autres types d'emplois puisqu'ils avaient vu comment cela avait fonctionné et ressentaient aussi le besoin de travailler la rédaction des dossiers cliniques. D'ailleurs, d'autres professionnels travaillant dans le même CSSS ont lu les rapports d'ergothérapeutes suite à la communauté de pratique et ont remarqué des différences

importantes en mentionnant que la nouvelle méthode était facilitante. Aussi, il est mentionné par les responsables que les résultats allaient au-delà de la rédaction et avaient un impact sur les dynamiques de groupe : «*au-delà des résultats, les dynamiques de groupe étaient différentes [positivement]*» (Responsable #1). Aussi, outre le fait de travailler à la rédaction des dossiers cliniques, la communauté de pratique a permis de travailler sur la qualité des services. Par exemple, pour les nouveaux employés, cela leur permettait de mettre à jour leurs pratiques adaptées au soutien à domicile et de s'inscrire dans un climat continu d'amélioration. Les rencontres de la communauté de pratique ont aussi amené les ergothérapeutes à se questionner plus sur leurs pratiques et leurs routines et à avoir une pratique plus réflexive. De plus, les rencontres ont permis aux responsables de voir s'il y avait certains éléments de la pratique qui devaient être travaillés dans le futur avec le groupe ou avec certains individus, et ce dans une perspective d'amélioration continue. Au niveau de la dynamique de groupe au travail, les rencontres ont permis d'apprendre à travailler ensemble et à se faire confiance mutuellement. Dans le même ordre d'idée, puisque les membres proviennent de deux points de service, le fait de travailler ensemble a permis d'harmoniser les pratiques et d'avoir un projet commun, ce qui est avantageux lors de la fusion des établissements de santé. Finalement, un aspect intéressant soulevé par les responsables est le fait de se recentrer sur l'ergothérapie à travers les rencontres de la communauté sur la tenue de dossiers. Les ergothérapeutes en CLSC rapportent souvent faire beaucoup de gestion de cas, alors ils ont trouvé valorisant de se concentrer sur leur discipline et leur spécificité.

5.2.5 Conditions facilitantes lors de la mise en place d'une communauté de pratique

Les responsables de la communauté de pratique ont aussi énoncé des conditions qui ont facilité la mise en place de leur communauté de pratique abordant la rédaction des dossiers cliniques. D'abord, il est nécessaire que le besoin soit soulevé par les membres de la communauté plutôt que par les membres du comité de gestion, tel que mentionné par les responsables : «*Il ne faut pas que ça vienne du 'top-down' parce qu'on n'aura pas la mobilisation de l'équipe*». De plus, si les membres ressentent le besoin d'amélioration en raison d'inconforts dans leur pratique, ils s'impliqueront davantage.

Un élément sur lequel les responsables ont insisté à plusieurs reprises est la vision et le leadership du gestionnaire. En effet, dans les établissements de santé, les nouveaux projets innovants doivent être approuvés par le supérieur hiérarchique. Dans l'établissement de santé où la communauté de pratique a pris place, le gestionnaire avait une vision selon laquelle il voulait «*rejoindre ses employés par la qualité des services directs et indirects*» (Responsable #2). En outre, dans une phase d'efficience au sein de l'établissement, il a été soulevé que la tenue de dossiers était un irritant majeur. Le gestionnaire a décidé d'utiliser ce besoin comme un levier de mobilisation des employés afin de rendre les ergothérapeutes plus efficaces dans la rédaction des dossiers cliniques. Cette vision du gestionnaire était très importante puisque cela a permis de libérer du temps aux responsables pour la mise en place de la communauté et aux ergothérapeutes pour la participation à la communauté de pratique.

De plus, les responsables mentionnent que préalablement à la mise en place de la communauté, le groupe doit être dans un état sain (c'est-à-dire que les membres de la communauté ne doivent pas être dans des situations conflictuelles déjà connues et travailler dans une relative harmonie), mais que la communauté de pratique peut effectivement servir comme un levier de mobilisation pour une équipe démotivée. Selon les responsables, il est aussi nécessaire que les membres du groupe qui participent à la communauté soient ouverts, matures et aient un esprit collectif plutôt qu'individualiste. Il est aussi mentionné que la confiance entre les membres et les responsables de la communauté de pratique doit être mutuelle. Les membres doivent pouvoir se livrer et discuter sincèrement dans les rencontres de la communauté de pratique en sachant que ce qui se passe dans la communauté y reste. Toutefois, les responsables mentionnent que s'ils sont témoins de situations allant au-delà de la rédaction pendant les rencontres de la communauté, ils doivent agir. Ceci serait fait à l'extérieur de la communauté et toujours dans un but d'amélioration continue. Dans ce processus d'établissement de la confiance, il est mentionné qu'un des éléments facilitateurs est le fait d'avoir un des responsables qui est externe au quotidien des ergothérapeutes. En effet, parmi les deux responsables, l'un d'entre eux est conseiller aux pratiques professionnelles, ce qui lui donne un certain recul par rapport à l'équipe d'ergothérapeutes puisqu'il n'en fait pas partie, tout en n'étant pas le gestionnaire immédiat de ces ergothérapeutes. Ceci facilite donc l'animation du groupe et l'établissement du lien de confiance entre les membres. Cette personne externe est très utile dans les débuts de la communauté de pratique, mais sa présence n'est plus nécessaire lorsque

le groupe devient plus mature. Toujours au sujet des responsables, ils insistent sur l'importance d'animer et de mettre en place le groupe à deux, afin d'avoir des apports complémentaires. De plus, ils recommandent que cette personne externe à l'équipe ne soit pas le gestionnaire en position d'autorité administrative directe afin d'éviter les enjeux individuels, disciplinaires ou punitifs.

Dans l'organisation du groupe, un élément supplémentaire à prendre en compte concerne la flexibilité du groupe. Il est important que les rencontres soient fixées d'avance pour permettre aux membres de se libérer. Par contre, il est aussi nécessaire que la communauté soit flexible. Par exemple, les responsables de la communauté de pratique avaient prévu quatre rencontres par années à intervalles réguliers. Cependant, au printemps 2015, les demandes de services en ergothérapie étaient trop nombreuses, en plus d'un projet de déménagement. Donc, il a été décidé que les rencontres seraient repoussées à l'automne pour répondre aux besoins des participants.

5.2.6 Enjeux lors de la mise en place d'une communauté de pratique

Finalement, un thème ressorti dans l'entrevue avec les responsables de la communauté de pratique représente certains enjeux lors de la mise en place de cette communauté. Tout d'abord, un enjeu important mentionné par les responsables concerne le temps. En effet, la mise en place de la communauté nécessite l'investissement de temps de la part des responsables pour la préparation avant, pendant et après les rencontres de la communauté. Une responsable avoue : «*Je me questionnais, je suis dit c'est pratiquement une demi-ressource pendant des mois à faire ça, monter la communauté, faire les validations des grilles, c'est beaucoup de travail, mais je voyais les résultats*» (Responsable #2). Ensuite, les rencontres de la communauté de pratique nécessitent de libérer du temps aux cliniciens pour y assister. Il faut donc que le gestionnaire soit en accord avec le projet. Aussi, il est mentionné par les responsables que la communauté de pratique est mise en place dans le but d'améliorer la rédaction des dossiers cliniques et d'être plus efficace dans cette tâche indirecte. Par contre, il a été remarqué qu'après les premières rencontres les ergothérapeutes percevaient être moins efficaces, parce qu'ils n'étaient pas encore à l'aise avec la nouvelle façon de faire. À ce sujet, une des responsables mentionne ceci :

Au début, on en fait de la tenue de dossiers, on est capable, mais on peut être meilleur. Après, on commence à travailler et là, un moment donné tout le monde

est mélangé. POUF! C'est comme si c'est un gros casse-tête, on a lancé les pièces et on essaie de les rattraper et on se dit : 'ce morceau-là va ici, mais non, il va peut-être là'. Donc, on devient comme un peu confus pour finalement refaire le casse-tête et l'image est encore plus belle qu'avant. Mais le temps où on est dans la confusion, c'est inconfortable, déstabilisant. [...] C'est comme si tu avais une certaine efficacité et que tu deviens moins efficace pour revenir après ça beaucoup plus efficace. Donc toute la notion de temps, je trouvais que c'était la plus grande contrainte en fait. (Responsable #1)

Ensuite, un autre enjeu important consiste dans l'animation des rencontres qui est, selon les responsables, plutôt difficile. Une responsable mentionne : «*Ce n'est pas simple à animer*» (Responsable #2). L'autre collègue mentionne sur le même sujet : «*Tu es devant des intervenants qui ont de l'expérience. Il y a des nouveaux et différents types de personnalité*» (Responsable #1). Ils abordent aussi le fait que les participants doivent avoir une certaine maturité et de l'humilité pour s'ouvrir et amener leurs dossiers. Au début, les membres ne sont pas habitués de travailler de cette façon, en groupe.

5.3 Perception des participants à la communauté de pratique

La prochaine section présente les perceptions des participants à la communauté de pratique. Ces résultats sont issus des questionnaires remplis par les six ergothérapeutes membres de la communauté de pratique sur l'écriture dans les dossiers cliniques en ergothérapie. Les thèmes suivants seront abordés dans l'ordre : les motivations à s'impliquer dans la communauté de pratique, les changements effectués suite à la communauté de pratique, la perception des participants sur la communauté de pratique et leurs perceptions sur la tenue de dossiers.

5.3.1 Motivations des participants à s'impliquer dans la communauté de pratique

Parmi les questions auxquelles ont répondu les participants, deux d'entre elles concernaient leurs motivations à s'impliquer dans la communauté de pratique. Il s'agit des questions suivantes : «Quelle a été votre motivation première vous poussant à vous impliquer dans la communauté de pratique?» et «Qu'est-ce qui vous pousse à continuer de vous impliquer dans la communauté?». Les réponses permettent de comprendre que pour deux participants, c'est l'obligation administrative qui les a poussés à s'impliquer dans la communauté. Pour les quatre autres participants, il s'agit du désir d'améliorer leurs compétences en tenue de dossier. Par exemple, un

participant mentionne vouloir améliorer : «*la qualité de rédaction de mes analyses afin qu'elles soient claires sans me prendre trop de temps*» (Participant #5). Il est aussi ressorti des réponses que les participants souhaitaient travailler les parties de l'analyse et du plan d'intervention puisque ces parties sont : «*primordiales, mais toujours un peu difficiles à rédiger et à organiser*» (Participant #3). Un participant mentionne à ce sujet : «*je trouvais très pertinent de perfectionner ma façon de faire une analyse et un plan d'intervention*» (Participant #2). Les ergothérapeutes questionnés mentionnent aussi vouloir s'améliorer en tenue de dossiers dans les cas plus difficiles ou problématiques. À ce sujet, un participant mentionne vouloir :

Perfectionner [son] analyse et plan d'intervention, surtout dans les cas où il est plus difficile de formuler l'analyse, par exemple dans les cas où nous sommes référés pour faciliter les soins de plaie, car celui-ci est non sécuritaire pour l'infirmière» (Participant #2).

La notion d'efficacité en tenue de dossiers est aussi mentionnée par les participants comme une motivation à s'impliquer dans la communauté de pratique. Pour deux participants, le désir d'amélioration continue est aussi présent, et ce, en écrivant : «*La volonté de toujours améliorer mes compétences de rédaction. C'est une compétence qui se travaille au fil du temps et qui est en constante évolution, ce n'est pas acquis*» (Participant #3). L'autre participant du même avis croit qu'en travaillant de plus en plus sur la tenue de dossiers, plusieurs questions se posent, car cela sollicite le désir d'«*exprimer [sa] pensée différemment*» (Participant #5). De plus, un participant mentionne qu'une motivation est de «*répondre aux exigences de l'OEQ, en ce qui a trait à la tenue de dossiers*» (Participant #3). Finalement, le travail en groupe est une des motivations qu'ont eues trois des participants. En effet, l'un d'entre eux mentionne trouver les «*rétroactions de groupe constructives*» (Participant #1), alors qu'un autre s'intéresse à : «*savoir la perception des autres [afin] d'ajuster l'ensemble de notre pratique pour s'améliorer et s'uniformiser*» (Participant #5). Le troisième participant ayant mentionné cet aspect apprécie le travail en communauté de pratique. Le verbatim suivant en témoigne : «*parler en équipe de notre processus clinique et de confronter nos idées*» (Participant #3).

5.3.2 Changements effectués par les participants suite à la communauté de pratique

La section suivante présente les réponses à la question suivante : «Quels changements avez-vous effectués dans votre tenue de dossiers depuis votre implication dans la communauté de pratique?». Les réponses des participants sont diversifiées. Le participant #1 pour sa part mentionne avoir amélioré la qualité de ses analyses en les rendant «*plus claires et plus précises*», et ce tout en diminuant le temps de rédaction y étant associé. La notion d'efficacité est aussi soulevée par le participant #3 qui mentionne être «*plus efficace dans la rédaction de rapports et de plans d'intervention*». L'un des participants, nouvellement entré en poste lors des rencontres de la communauté de pratique, mentionne que les rencontres l'ont beaucoup aidé à se structurer dans sa tâche de tenue de dossiers. De plus, les modèles d'analyse et de plan d'intervention créés pour la communauté de pratique ainsi que les grilles d'autoévaluation ont aussi été utilisés par les participants #2,3,5 et 6 afin de faciliter et de structurer leur tâche à la suite des rencontres. Ces grilles ont aussi servi à un participant pour faire de la supervision de stagiaires en ergothérapie. De plus, un participant croit maintenant répondre davantage aux exigences de l'OEQ. Deux participants, quant à eux rapportent se sentir plus confiants au sujet de leur tenue de dossiers et avoir plus de facilité à écrire en mentionnant : «*Je suis plus confiante lorsque j'écris*» (Participant #3) et «*Je n'ai plus le syndrome de la page blanche*» (Participant #5). Aussi, deux participants mentionnent faire plus d'efforts pour respecter les principes. Par exemple, l'un d'entre eux rapporte en parlant de l'analyse qu'il met davantage l'accent sur l'activité, alors qu'un autre rapporte «*rédiger des objectifs qui respectent les principes proposés (comportements observables, mesurables, quantifiables, dotés d'un échéancier)*» (Participant #5). Finalement, pour l'un des participants, c'est un processus de développement professionnel qui s'est enclenché lors des rencontres au sujet de la tenue de dossiers et qui se poursuit.

5.3.3 Perceptions des participants sur la communauté de pratique

Les participants ont aussi été questionnés afin d'en apprendre davantage sur leur opinion concernant la communauté de pratique sur la tenue de dossiers. Tout d'abord, il leur a été demandé : «Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant non-pertinent et 10 étant très pertinent, à combien se situerait votre opinion par rapport à la communauté de pratique sur la tenue de dossiers?».

Les réponses à cette question se sont présentées dans le Tableau 1 suivant :

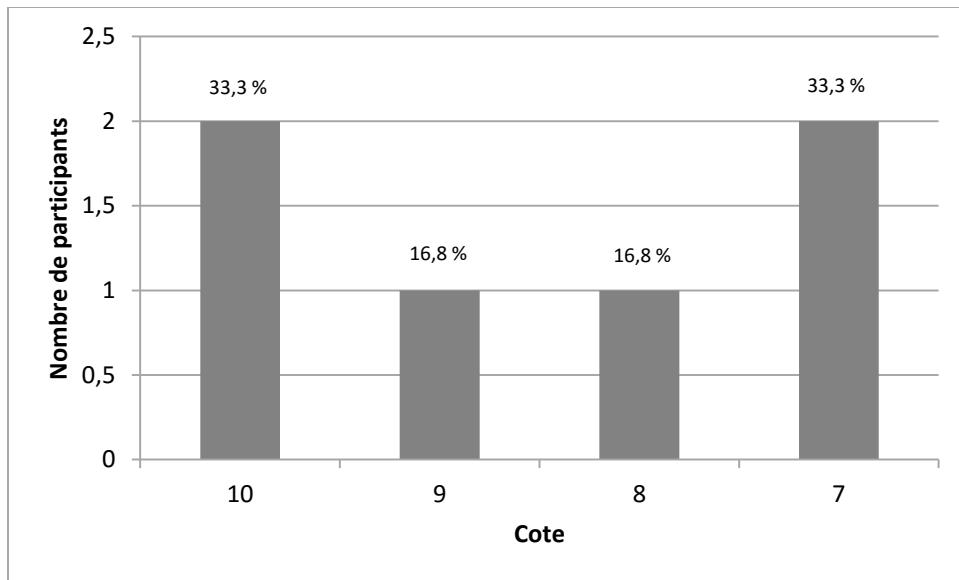


Figure 2. Perceptions des participants par rapport à la communauté de pratique.

Le verbatim suivant illustre leur perception : «*En général, j'ai bien apprécié l'expérience, cela m'a beaucoup aidé surtout pour l'analyse en ergothérapie*» (Participant #2). D'ailleurs, un participant rapporte avoir changé son opinion au cours de la participation à la communauté :

Lors de la présentation du projet, j'étais rébarbative et je croyais peu à ce projet. Par contre, j'ai adoré cette méthode de formation et d'intégration des acquis. Je suis à présent la plus fervente représentante de cette méthode. J'ai en fait la promotion auprès de mes collègues d'autres disciplines (Participant #1).

Les participants ont apprécié l'expérience de la communauté de pratique en partie grâce à l'expérience de groupe que cela leur a fait vivre. À ce sujet, un participant rapporte : «*Nous avons maintenant en équipe un langage commun en ce qui a trait notre rédaction*» (Participant #3). De plus, ils mentionnent que le groupe doit croire à la pertinence de la communauté de pratique afin que cela fonctionne. Le fait d'avoir créé des documents (grilles d'autoévaluation) est aussi mentionné comme facilitant par les participants qui continuent de les utiliser.

Certains participants rapportent des éléments à considérer concernant la communauté de pratique. L'un d'entre eux mentionne qu'il est nécessaire d'avoir assez de temps pour intégrer les informations discutées dans les rencontres. Il rapporte :

On a eu moins de temps pour intégrer la 2^e partie. Lors de la section sur les objectifs, on se retrouvait toujours à reparler de l'analyse. Je crois que l'analyse est le cœur, mais qu'il faudrait encore travailler les objectifs, qui sont parfois difficiles à évaluer en termes mesurables et en termes d'activité. (Participant #5)

Alors qu'un autre participant insiste sur l'importance que :

Les rencontres soient gérées par une personne qui dirige le processus. Je ne crois pas que les cliniciens sont en mesure de continuer à mettre en application spontanément, de façon autonome, les communautés de pratique tel qu'il est proposé de le faire. (Participant #6)

De plus, un participant mentionne qu'il est important que la communauté de pratique soit valorisée par l'employeur.

5.3.4 Perceptions des participants de leur tenue de dossiers

Plusieurs questions portaient sur la tenue de dossiers en particulier afin de mieux comprendre le point de vue des participants à ce sujet, dont la question suivante : «Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant insatisfaisant et 10 étant très satisfaisant, à combien se situerait votre satisfaction par rapport à votre tenue de dossiers?». Les réponses à cette question sont présentées dans le Tableau 2.

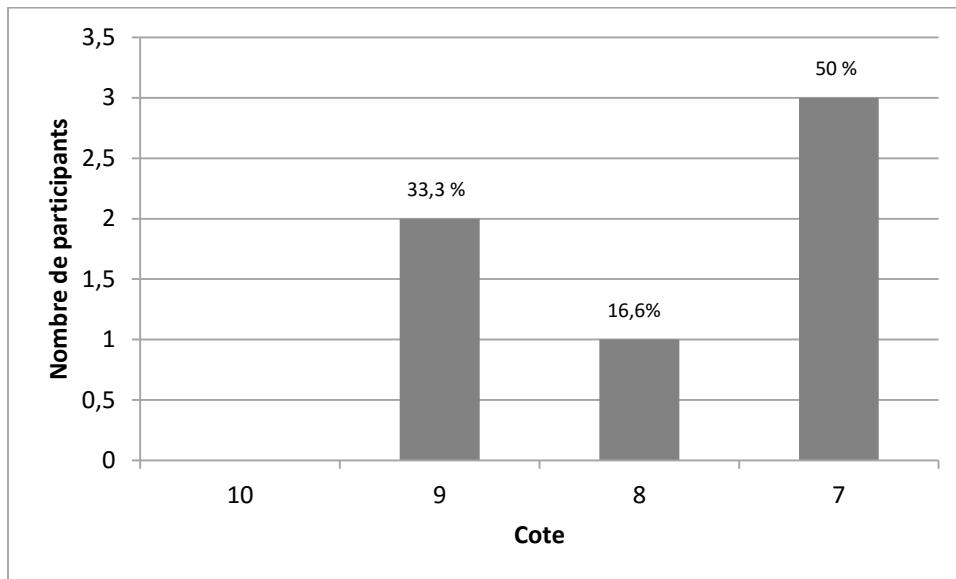


Figure 3. Satisfaction des participants par rapport à la tenue de dossiers.

Par la suite, une question semblable était aussi présente, mais pour connaître l’importance que les participants accordent à la tenue de dossiers : «Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant très faible et 10 étant très élevé, à combien se situerait l’importance que vous accordez à la tenue de dossiers?» Les réponses à cette question sont illustrées dans le Tableau 3.

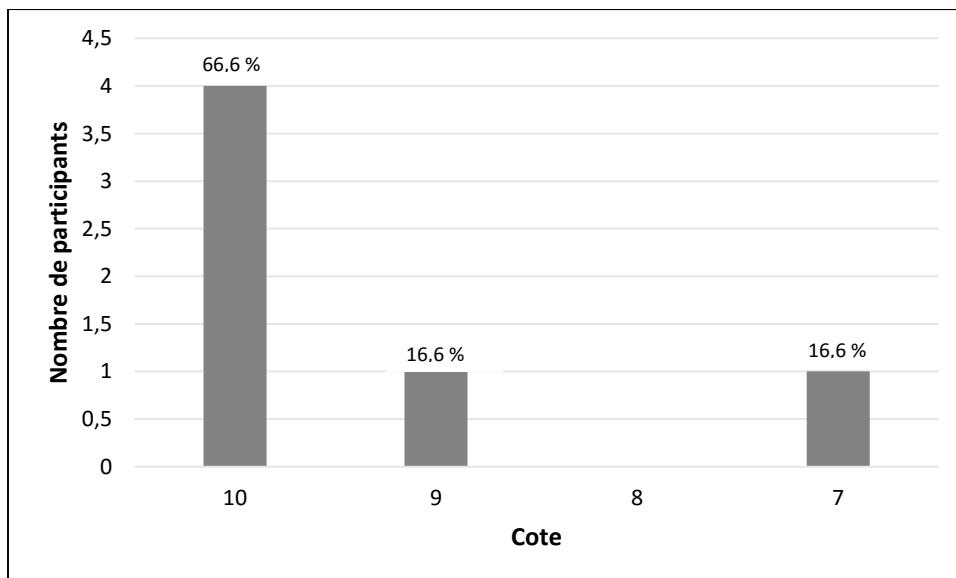


Figure 4. Importance accordée à la tenue de dossiers par les participants.

La question suivante a été posée aux participants : «Quels sont les facteurs qui contribuent à votre sentiment de satisfaction par rapport à la tenue de dossiers?». Entre autres, les verbatim suivants exposent les facteurs qui contribuent au sentiment de satisfaction des participants : l'écriture de notes claires aux yeux d'autres professionnels (Participant #1) et qui reflètent réellement le processus clinique de l'ergothérapeute (Participant #6), la clarté des exigences (Participant #3) et l'allocation du temps requis pour cette tâche (Participant #5). De plus, deux participants mentionnent que le fait d'avoir participé à la communauté de pratique et d'avoir pu discuter de tenue de dossiers entre collègues a contribué à leur niveau de satisfaction sur ce sujet.

Ensuite, la question suivante a été posée : «Quels sont les obstacles qui contribuent à diminuer votre sentiment de satisfaction par rapport à la tenue de dossiers?». Les participants ont rapporté les éléments suivants : situations où des éléments sont manquants dans les notes (Participants #1 et #2), exigences de l'OEQ (Participant #2, #6) et de l'employeur (Participant #3), temps limité pour les tâches indirectes (Participants #5 et #6), pression ressentie pour augmenter la productivité (Participant #6).

Par la suite, en réponse à la question sur les outils utilisés pour faciliter leur tâche de tenue de dossiers, les participants rapportent : utiliser des connaissances obtenues dans le cadre d'une formation (participant #1), des grilles d'autoévaluation créées dans le cadre de la communauté de pratique (Participants #1, 2, 3 et 5), un agenda (participant #2), des canevas de rapport d'évaluation et de plan d'intervention (Participant #2), des listes (participants #2 et 4) et des notes manuscrites prises rapidement après les interventions (Participants #6).

Les participants mentionnent que la tenue de dossiers est un «*aspect essentiel de la pratique, mais souvent négligé dans le cadre de notre travail*» (Participant #1) et «*une compétence qui doit être constamment mise à jour et travaillée et c'est intéressant de poursuivre la communauté dans ce but*» (Participant #5). La section suivante discute les résultats ci-haut présentés dans le cadre de cette étude.

6 DISCUSSION

La présente section discute des résultats obtenus venant documenter l'objectif de recherche de décrire les processus d'implantation d'une communauté de pratique sur l'écriture dans les dossiers en ergothérapie. Il était entendu que les processus suivants seraient étudiés et discutés: étapes, facilitateurs, stratégies de soutien, outils mis en place par les participants, stratégies mises en place durant les rencontres, types de discussion entre les participants. Les perceptions des responsables et des participants à la communauté de pratique ont été questionnées sur les concepts explorés dans le cadre de cet essai. Jusqu'à ce jour, les communautés de pratique recensées dans les écrits en ergothérapie portaient sur les compétences de résolution des problèmes éthiques (Grisbrooke, 2013) et sur les compétences d'intégration des données probantes (Forsyth et coll., 2005; Vermette, 2015; Wilding et coll., 2012). Toutefois, la présente étude fait valoir des résultats inédits quant à l'implantation d'une communauté de pratique en ergothérapie sur l'écriture dans les dossiers pour soutenir les compétences de rédaction dans les dossiers cliniques.

Dans la section suivante, le taux de participation à cette étude est en premier lieu abordé. Puis, les résultats de cette étude sont comparés aux résultats d'études antérieures. Les thèmes suivants seront abordés : la perception des participants face à la communauté de pratique sur la tenue de dossiers en ergothérapie, la communauté de pratique sous l'angle des responsables et les perceptions des participants en ce qui a trait à la tenue de dossiers. Finalement, les deux dernières parties traitent des retombées envisagées pour cette étude et de ses forces et limites.

6.1 Taux de participation

L'échantillonnage par réseau a permis de rejoindre les deux responsables de la communauté de pratique ainsi que six des ergothérapeutes sollicités ayant participé à la communauté de pratique. Le taux de participation est donc de 100 % pour les responsables de la communauté de pratique, alors qu'il est de 50 % pour les ergothérapeutes participants. Ces taux de participation donnent une certaine crédibilité à l'étude. De plus, le fait que les participants à la communauté de pratique aient assisté en moyenne à 7,67 rencontres de la communauté sur un total de dix, témoigne que les résultats sont crédibles. En outre, plus des deux tiers des participants ont participé à plus de huit rencontres de la communauté. Ceci, en plus de l'expérience professionnelle des ergothérapeutes

d'une moyenne de 12,4 années démontre la crédibilité des informations fournies par les participants.

Le taux de réponse à la présente étude par les participants de la communauté de pratique peut être expliqué par deux facteurs. Tout d'abord, la période pendant laquelle la participation des ergothérapeutes a été sollicitée n'était pas optimale pour ceux-ci. Le premier envoi des questionnaires s'est fait début mai alors que les cliniciens vivaient de la pression en raison d'une période plutôt achalandée selon leur coordonnateur clinique. De plus, les relances pour favoriser le taux de participation ont eu lieu pendant la période estivale. Cette période n'est pas non plus favorable pour la participation à un projet d'étude puisqu'elle est souvent occupée en raison des vacances estivales. La deuxième raison qui peut expliquer le taux de réponse est le fait que les participants potentiels n'aient pas pu être rencontrés en personne par le chercheur. Cette rencontre n'a pas pu avoir lieu, ils ont alors été contactés par courriel.

Malgré les résultats inédits, la saturation des données n'a pas pu être atteinte. D'autres données seraient requises pour venir étayer l'apport d'une communauté de pratique au soutien des compétences en tenue de dossiers.

6.2 Perception des responsables de la communauté de pratique

Les responsables de la communauté de pratique ont démontré un enthousiasme important au sujet de ce projet de communauté de pratique sur la tenue de dossiers en ergothérapie. Ils mentionnent des résultats très intéressants, notamment des améliorations de la qualité des services, des écrits dans les dossiers-clients et des améliorations dans la motivation, l'énergie et la cohésion du groupe. La communauté de pratique a d'ailleurs entraîné des effets positifs. Ces résultats convergent avec les études recensées sur les communautés de pratique, dont entre autres, Kilbride et collaborateurs (2011) qui avaient trouvé dans leur étude que les communautés de pratique permettent l'évolution d'une équipe et que le succès de l'implantation d'une telle communauté passe par un climat organisationnel positif. La mise sur pied doit être supportée par les administrateurs qui acceptent de libérer du temps. De plus, les besoins doivent aussi être perçus par les membres de la communauté afin d'améliorer leur pratique (Kilbride et coll., 2011). En outre, plusieurs autres

études précédemment énoncées telles que celles de Forsyth et collaborateurs (2005), Lathlean et Le May (2002), Grisbrooke (2013), Wilding et collaborateurs (2012), Wimpenny et collaborateurs (2010) ont aussi permis de définir la communauté de pratique comme un outil utile et intéressant afin de soutenir les pratiques professionnelles dans le domaine de la santé.

La présente étude renseigne sur l'organisation d'une communauté de pratique en lien avec la rédaction dans les dossiers cliniques. Entre autres, il est apparu important de définir le type de communauté de pratique en termes de participants, d'horaire, d'objectifs, d'animation et d'autonomie. Le succès repose sur la planification de la communauté. Ils ont donc créé une communauté qui rencontre l'une des trois caractéristiques importantes d'une communauté de pratique (Wenger et coll., 2002). Il s'agit donc d'un ensemble de personnes qui sont intéressées par le domaine, qui se sentent concernées par celui-ci et qui désirent s'engager. Les membres recherchent les interactions avec leurs pairs dans le but de partager avec ceux-ci quelque chose d'important. Ces relations avec les pairs sont importantes dans la perspective où elles sont fondées sur la réciprocité, la confiance et l'ouverture et conduisent à des apprentissages et à des améliorations des compétences.

Au début, tel que mentionné par les responsables, un questionnement a été posé sur les termes «communauté d'apprentissage» et «communauté de pratique». Le groupe a d'abord été défini comme une communauté d'apprentissage, puis comme une communauté de pratique au fil du temps, comme les relations de groupe se sont améliorées et que les objectifs se sont précisés. Ce constat est congruent avec les écrits de Henri et Pudelko (2003) qui ont situé les communautés sur un continuum, tel que présenté à la figure 1. Il est possible de comprendre que les communautés de pratique requièrent un haut niveau de cohésion dans le groupe ainsi qu'un objectif fort, comparativement aux communautés d'intérêt ou d'apprentissage. De plus, concernant l'animation et l'autonomie du groupe, il est ressorti que l'animateur prend un rôle important en assurant une présence stable et une organisation de la communauté tout en ayant un impact sur l'autonomie du groupe. Par contre, dans ce cas-ci, il était entendu que l'autonomie du groupe serait mise en avant même si l'animateur/coordinateur continuait de participer. Ce thème a aussi été abordé dans les réponses aux questionnaires par un participant. Celui-ci mentionnait alors qu'il trouvait important que les rencontres soient gérées et dirigées par une personne et émettait des réserves quant à la

survie d'un groupe ayant sa pleine autonomie. Ces résultats sont aussi corroborés dans les écrits par plusieurs auteurs, dont Tétreault (2013) qui mentionne que l'animateur ou le coordonnateur prend un rôle très important et permet d'améliorer l'efficacité de la communauté de pratique. Il est aussi question de *leader* dans les écrits de Wenger et coll. (2002); on y décrit le rôle du coordonnateur qui est de planifier les rencontres et d'aider à construire la pratique, incluant les connaissances de base, les leçons apprises, les meilleures pratiques ainsi que les outils et les méthodes d'apprentissage. Dans le même ordre d'idée, Büchel et Raub (2002) discutent du fait que le coordonnateur d'une communauté de pratique doit créer un contexte qui permet le partage des connaissances, en partageant aussi les bases d'une coopération efficace. Au sujet des objectifs, la communauté de pratique avait dès ses débuts élaboré des objectifs spécifiques clairs et précis tels que : «Améliorer la qualité de contenu et la capacité rédactionnelle de l'analyse et du plan d'intervention». Selon Legendre (2005), les membres d'une communauté doivent travailler en équipe à la réalisation d'objectifs ou de buts communs. Il s'agit d'une des trois conditions d'efficacité répertoriées afin de favoriser l'apprentissage coopératif (Legendre, 2005).

Les résultats font aussi valoir l'importance de la flexibilité au sein d'une communauté de pratique. En effet, l'horaire des rencontres avait d'abord été fixé à quatre rencontres par années d'une durée de deux heures. Par contre, durant la première année, les participants ont mentionné le besoin de rencontres supplémentaires. Deux rencontres ont alors été ajoutées, ce qui a été apprécié par les responsables et les participants et démontre une certaine flexibilité. D'ailleurs, Lathlean et Le May (2002) répertorient la flexibilité dans la communauté comme une caractéristique nécessaire à son bon fonctionnement. Plus particulièrement, dans le cas de la communauté de pratique sur la tenue de dossiers, un horaire précis avait même été établi au sein de chaque rencontre afin d'avoir le temps d'investiguer en profondeur chaque dossier.

La présente étude fait valoir que le succès d'une communauté de pratique repose sur le fait que l'élément déclencheur poussant à mettre sur pied la communauté de pratique doit venir des participants à cette communauté. Dans la communauté de pratique à l'étude portant sur la rédaction dans les dossiers, il s'agissait d'un besoin des cliniciens de bonifier leur tenue de dossiers professionnels afin d'être plus efficaces dans cette tâche. D'ailleurs, il est mentionné clairement par les responsables qu'il est nécessaire pour le bon fonctionnement de la communauté de pratique

que le besoin à la base de celle-ci vienne des participants plutôt que des responsables. Ceci peut s'apparenter à l'une des trois caractéristiques théoriques importantes des communautés de pratique de Wenger et collaborateurs (2002). En effet, le domaine est le sujet sur lequel la communauté de pratique se centre. Il consiste en un ensemble d'enjeux, de défis, de problèmes qui sont rencontrés dans la pratique au quotidien et qui nécessitent de s'y intéresser selon les participants. La communauté est un ensemble de personnes qui sont intéressées par le domaine, qui se sentent concernées par celui-ci et qui désirent s'engager (Wenger et coll., 2002).

La présente étude est une illustration que lorsqu'on s'attarde à intégrer des connaissances acquises en formation continue dans sa pratique, les compétences en écriture dans les dossiers s'en trouvent améliorées. L'étude fait valoir que lorsque les participants ont discuté, se sont confrontés et se sont donnés des exemples, ils ont réussi à rédiger de meilleurs rapports. Ils se sont montrés satisfaits de leur évolution. En effet, les responsables ainsi que la plupart des membres de la communauté de pratique avaient suivi une formation préalablement à leur participation à la communauté de pratique. Celle-ci consistait en une formation sur la tenue de dossiers en ergothérapie donnée par l'OEQ. Il est possible de croire que l'étape d'intégration ciblée par la communauté ait contribué à son bon fonctionnement. Ceci converge avec l'une des trois conditions d'efficacité répertoriées afin de favoriser l'apprentissage coopératif par Legendre (2005), la troisième concerne le fait que les apprenants doivent suivre préalablement une formation pour assurer la productivité en travail de groupe. Ceci fait partie intégrante des compétences de collaborateur, compétence développée en formation initiale et pendant la pratique. De plus, les participants avaient une formation en tenue de dossiers. La communauté de pratique remplit donc doublement la condition d'efficacité citée ci-haut.

La présente étude illustre bien l'importance de fonder la communauté de pratique sur des exemples et des résultats probants. C'est ce qui a été fait dans celle étudiée et ceci ajoute une crédibilité supplémentaire à la communauté. Ce thème n'avait pas été abordé spécifiquement auparavant dans les écrits concernant les communautés de pratique. Par contre, il est plausible de croire que les communautés de pratique présentées dans les articles scientifiques, tels que Forsyth et collaborateurs (2005), Kilbride et collaborateurs (2011), Lathlean et Le May (2002), Grisbrooke (2013), Wilding et collaborateurs (2012), Wimpenny et collaborateurs (2010), ont bel et bien aussi

été basées sur des données probantes. Tout d'abord, certaines de ces études concernent la pratique basée sur les données probantes (Forsyth et coll., 2005; Kilbride et coll., 2011; Wilding et coll., 2012; Wimpenny et coll., 2010) et valorisent l'utilisation des résultats probants dans la pratique et dans la recherche. De plus, les recherches rapportent avoir pris connaissance des écrits sur le sujet des communautés de pratique préalablement ou pendant le déroulement de leur projet. Par exemple, Kilbride et collaborateurs mentionnent que : «La littérature récente suggère que les communautés de pratique sont une clé dans l'implantation de la pratique basée sur les données probantes [traduction libre].» (Kilbride et coll., p.1). En effet, en lisant les articles présentant ces études, on fait référence aux écrits sur le sujet des communautés des pratiques à plusieurs reprises.

Les résultats obtenus illustrent l'importance de la question des règles de fonctionnement et des valeurs de la communauté de pratique, telles que le respect et l'humilité. Celles-ci ont été mises en place dès le début afin de favoriser le bon fonctionnement du groupe. Le respect de ces règles et valeurs était donc très important, et celles-ci étaient ramenées sur la table de discussion, lorsque nécessaire par les animateurs. Ce type de règles et de valeurs est aussi mentionné dans les écrits par Wenger et collaborateurs (2002). Il s'agit d'une autre des caractéristiques essentielles d'une communauté de pratique, soit la pratique partagée qui est développée par les membres afin d'être efficace. Dans cet écrit, on parle plutôt de normes partagées qui servent de base pour l'action et qui définissent les manières de faire les choses dans un domaine spécifique. Ces normes se traduisent dans le groupe par la communication, la résolution de problèmes, la performance et la responsabilité (Wenger et Snyder, 2000).

Cette étude fait aussi valoir les bienfaits de la création d'outils par et pour la communauté de pratique. Ceux-ci consistent en deux banques d'informations faites par le groupe, l'une sur le sujet de l'analyse et l'autre sur le sujet des plans d'interventions, ainsi que deux grilles d'autoévaluation de l'analyse et du plan d'intervention élaborées par les responsables, similaires à celle créée par Bonner (2013). Dans les écrits de Wenger et Snyder (2000), on peut comprendre que ce processus de création est important. Les connaissances de la communauté peuvent se concrétiser dans des objets tangibles (réification), tels que des cadres de références, des modèles, des principes, des outils, des documents ou des pratiques exemplaires.

L'étude permet aussi d'illustrer des conditions facilitantes à la mise en place de la communauté de pratique. Les thèmes suivants figurent parmi ceux mentionnés par les responsables de la communauté de pratique. Tout d'abord, le besoin à la base de la communauté de pratique doit venir d'inconforts de la part des participants afin qu'ils s'impliquent et se mobilisent et il est nécessaire que le besoin soit soulevé par les membres de la communauté plutôt que par les membres du comité de gestion. Ensuite, un élément sur lequel les responsables ont insisté à plusieurs reprises est la vision et le leadership du gestionnaire. Puis, en ce qui concerne les participants, il est aussi nécessaire que les membres du groupe qui participent à la communauté soient ouverts, matures et aient un esprit collectif plutôt qu'individualiste. Il est aussi mentionné que la confiance entre les membres et les responsables de la communauté de pratique doit être mutuelle. Dans l'étape de développer la confiance mutuelle, il est mentionné qu'un des éléments facilitateur est le fait d'avoir un des responsables qui est un agent externe. Ceci facilite donc l'animation du groupe et l'établissement du lien de confiance entre les membres. Dans l'organisation du groupe, un élément supplémentaire à prendre en compte concerne la flexibilité du groupe. Dans la littérature, certains auteurs ont aussi répertorié des facteurs qui influencent les communautés de pratique à l'étude. Par exemple, Lathlean et Le May (2002) incluent des caractéristiques d'influence telles que : la participation et l'adhésion à la communauté par les participants, leur engagement dans le groupe, la pertinence des sujets traités, l'enthousiasme et les compétences des participants et des responsables, les infrastructures et les ressources disponibles.

L'étude permet aussi de renseigner sur les enjeux en ce qui concerne la mise en place d'une communauté de pratique. En entrevue, les responsables ont mentionné le temps. En effet, la mise en place de la communauté nécessite l'investissement de beaucoup de temps de la part des responsables pour la préparation avant, pendant et après les rencontres de la communauté. Ensuite, les rencontres de la communauté de pratique nécessitent de libérer du temps aux cliniciens pour y assister et pour intégrer les connaissances qui se créent lors des rencontres. Un autre enjeu important consiste dans l'animation des rencontres qui est, selon les responsables, plutôt difficile. Lathlean et LeMay (2002) discutent également des défis à la mise sur pied d'une communauté de pratique tels que : la nature du leadership dans la communauté de pratique, la création et le maintien d'un but et d'une vision, la flexibilité de la communauté de pratique et l'utilisation des connaissances dans la prise de décision.

Finalement, cette étude fait aussi valoir que la mise en place et la participation à une communauté de pratique permet de se recentrer sur son identité professionnelle d'ergothérapeute, notamment sur les compétences d'expert en habilitation de l'occupation. Les responsables ont d'ailleurs mentionnés avoir trouvé agréable de pouvoir se recentrer sur leur spécificité pendant les rencontres de la communauté de pratique. Cet élément est aussi soulevé par Wilding et collaborateurs (2012) qui mentionnent :

Une des retombées d'être impliqué dans une communauté de pratique et de recherche était que plusieurs des participants ont commencé à utiliser un langage plus centré sur les occupations et leur pratique est aussi devenue plus centrée sur les occupations [traduction libre]. (Wilding et coll., 2012, p. 5)

6.3 Perception des participants à la communauté de pratique

Les participants à la communauté de pratique sur la tenue de dossiers en ergothérapie ont été interrogés par questionnaire sur plusieurs thèmes qui seront discutés par la suite. La communauté de pratique est aussi perçue positivement par les participants ainsi que la perception des retombées sur leurs compétences.

Tout d'abord, l'étude fait valoir leurs motivations à s'impliquer dans la communauté de pratique. Plusieurs réponses ont été obtenues dont les suivantes : le désir d'améliorer leurs compétences en tenue de dossiers, le travail sur les parties de l'analyse et du plan d'intervention, l'amélioration de sa tenue de dossiers dans les situations plus difficiles ou problématiques, l'efficacité en tenue de dossiers, le désir d'amélioration continue, les exigences de l'OEQ en tenue de dossiers et le travail en groupe. Une particularité de cette communauté de pratique est qu'elle n'était pas à participation volontaire tel que suggéré par Wenger et collaborateurs (2002), mais plutôt obligatoire suite à une décision administrative. Il a d'ailleurs été soulevé par certains participants qu'une des motivations était de se plier à l'obligation administrative. D'ailleurs, Knowles, (1980; 1984) émet des hypothèses concernant l'andragogie et les apprentissages chez l'adulte, dont l'une d'entre elles concerne la motivation des apprenants. En effet, les adultes sont plus motivés à apprendre lorsqu'ils le sont par des facteurs internes plutôt que par des facteurs externes. Ceci signifie donc que le désir d'améliorer ses pratiques, la satisfaction d'apprendre et la présence d'objectifs personnels sont des plus grands motivateurs que les facteurs externes. Ce thème était aussi présent

dans l'entrevue avec les responsables qui avaient vu juste en mentionnant que les motivations des participants devaient être intrinsèques plutôt qu'extrinsèques afin de mener à bien la communauté de pratique.

L'étude renseigne aussi sur les changements effectués par les ergothérapeutes suite à leur participation à la communauté de pratique. Les participants mentionnent des changements variés tels que des améliorations dans la qualité des analyses, une réduction du temps de rédaction, une augmentation de leur efficacité dans la rédaction de rapports et de plans d'intervention, une meilleure structure dans la tâche de tenue de dossiers, l'utilisation des modèles et des grilles d'autoévaluation. De plus, les participants croient maintenant répondre davantage aux exigences de l'OEQ et de l'employeur. Ils rapportent aussi se sentir plus confiants au sujet de leur tenue de dossiers et avoir plus de facilité à écrire. Ces résultats viennent préciser les résultats obtenus dans l'entrevue avec les responsables. Ceux-ci avaient en effet remarqué des changements dans la tenue de dossiers des participants, sans toutefois préciser de détails. Par contre, les responsables, quant à eux, mentionnent en plus des changements au plan de la dynamique de groupe, comme un plus grand niveau de motivation et d'énergie, une meilleure cohésion de groupe, une uniformisation des pratiques, une amélioration de la qualité des services, une plus grande utilisation de la pratique réflexive et une valorisation de la profession.

En troisième lieu, l'étude permet d'illustrer les perceptions des participants quant à leur participation à la communauté de pratique sur la tenue de dossiers. Lorsque questionnés sur la pertinence d'une communauté de pratique sur la tenue de dossiers, les participants ont démontré une opinion somme toute positive de la communauté de pratique. Notamment, un participant rapporte avoir changé son opinion au cours de la participation à la communauté. Les participants ont apprécié l'expérience de la communauté de pratique en partie grâce à l'expérience de groupe que cela leur a fait vivre. De plus, ils mentionnent que le groupe doit croire à la pertinence de la communauté de pratique afin que cela fonctionne. Le fait d'avoir créé des documents (grilles d'autoévaluation) est aussi mentionné comme facilitant par les participants qui continuent de les utiliser. Certains participants rapportent des éléments à considérer concernant la communauté de pratique, tels que l'importance d'avoir assez de temps pour intégrer les informations et l'utilisation d'un système de gestion du processus de la communauté par une personne en charge. De plus, un

participant mentionne qu'il est important que la communauté de pratique soit valorisée par l'employeur. Il est d'ailleurs intéressant de comparer les conditions facilitantes et les enjeux ressortis dans les questionnaires auprès des participants avec ceux discutés lors de l'entrevue avec les responsables. Par exemple, le temps est mentionné comme un enjeu par les deux types de participants à cette étude. Les deux sont aussi d'accord sur le point que le gestionnaire et sa vision ont une grande influence sur le bon fonctionnement de la communauté. Il est aussi intéressant de voir que le travail des responsables est valorisé par les participants qui doutent de la possibilité d'avoir mené à bien la communauté de façon autonome sans organisation préalable.

6.4 Perception par rapport à la tenue de dossiers

La présente étude présente aussi des résultats en lien avec la rédaction dans les dossiers cliniques. Les participants à la communauté de pratique ont été questionnés sur leur opinion concernant la tenue de dossiers en ergothérapie. Le sujet a aussi été abordé dans le cadre de l'entrevue avec les responsables. Tout d'abord, les participants à la communauté de pratique ont émis des réponses assez positives à une question concernant leur satisfaction de leur tenue de dossiers, la moitié des réponses étant à une cote de 7 sur 10 (50 %). Ils ont aussi été questionnés en lien avec l'importance qu'ils accordent à cette tâche et ont démontré un grand intérêt face à cette tâche (majorité de réponses à 10 sur 10, 66,6 %). Ils rapportent aussi les facilitateurs et obstacles à leur satisfaction par rapport à leur tenue de dossiers. Entre autres, les facteurs suivants contribuent à leur sentiment de satisfaction : l'écriture de notes claires aux yeux d'autres professionnels et qui reflètent réellement le processus clinique de l'ergothérapeute, la clarté des exigences et l'allocation du temps requis pour cette tâche. En ce qui concerne les obstacles qui contribuent à diminuer leur sentiment de satisfaction, les participants ont rapporté les éléments suivants : situations où des éléments sont manquants dans les notes, exigences de l'OEQ et de l'employeur, temps limité pour les tâches indirectes, pression ressentie pour augmenter la productivité. D'ailleurs, le respect des exigences professionnelles suscite des enjeux auprès des ergothérapeutes à l'échelle mondiale (Backman et coll., 2008; Bart et coll., 2011; Cederfeldt et coll., 2003; Donaldson et coll., 2004 ; Gibson et coll., 2004; Hedberg-Kristensson et Iwarsson, 2003; Pierre et Sonn, 1999; Wilson et coll., 2011). Les participants ont aussi été questionnés sur les outils utilisés pour faciliter leur tâche de tenue de dossiers. Ils rapportent utiliser des connaissances obtenues dans le cadre d'une

formation, des grilles d'autoévaluation créées dans le cadre de la communauté de pratique, un agenda, des canevas de rapport d'évaluation et de plan d'intervention, faire des listes et prendre des notes manuscrites rapidement après les interventions. Des outils sont aussi répertoriés dans les écrits dont quelques-uns d'entre eux sont présents dans les réponses des participants. Les exemples suivants permettent de faciliter la tenue de dossiers tout en permettant d'augmenter la satisfaction des ergothérapeutes : l'utilisation d'une grille d'autoévaluation (Bonner, 2013), l'utilisation d'un modèle théorique (Fearing, 1993; Brousseau et Tremblay, 1995), tenue de dossiers basée sur un modèle théorique (ACE, 2012; Blijlevens et Murphy, 2003; Brousseau et Tremblay, 1995; Fearing, 1993; OEQ, 2010), le développement de canevas clairs et compréhensifs (Bart et coll., 2011) et le logiciel SMARTPHRASE pour l'écriture de dossiers électroniques (Wilson et coll., 2011).

De plus, les responsables de la communauté de pratique ont aussi exprimé leur opinion concernant la tenue de dossiers. Par exemple, ils ont mentionné qu'une bonne performance clinique passe par une tenue de dossiers efficiente. Ils ont abordé le fait que la tenue de dossiers est une tâche indirecte qui est souvent peu valorisée par les cliniciens et par les gestionnaires, mais qu'ils ont trouvé important de consacrer du temps sur ce sujet, être plus efficaces et être plus confortables dans leur pratique. Ils ont aussi mentionné que la tenue de dossiers peut être un levier de mobilisation afin d'aller chercher la motivation des cliniciens à devenir plus efficace. On peut donc retrouver une opinion similaire à celle des cliniciens dans les paroles des responsables.

6.5 Forces et limites de l'étude

Cette étude comporte certaines limites. D'abord, en raison du cadre universitaire de ce travail, des ressources disponibles ainsi que des délais imposés, cette recherche n'a reçu qu'un taux de participation se situant à 50 % auprès des participants. Ainsi, la recherche a été effectuée auprès d'un échantillon de petite taille ($n=6$). Il est donc possible qu'un biais soit présent quant à l'échantillonnage, ayant ainsi obtenu des perceptions favorables. De plus, il est possible que la saturation des données n'ait pas été atteinte puisque seulement six ergothérapeutes ont répondu au questionnaire. La transférabilité des résultats en est donc limitée et les résultats de cette recherche doivent être utilisés avec prudence (Fortin et Gagnon, 2010). Il est toutefois possible d'accepter ces résultats comme étant plausibles et crédibles.

Une seconde limite concerne les outils de collectes de données utilisés. Les deux questionnaires utilisés dans le cadre de cette étude ont été spécialement conçus pour cette étude. Ainsi, il s'agit d'outils élaborés à partir d'une recension des écrits, de l'opinion d'un expert en ce qui a trait à la tenue de dossiers en ergothérapie et de l'expérience du chercheur/étudiant à la maîtrise. En raison, de la taille restreinte de la population ciblée ($n=12$), les questionnaires n'ont pu être validés avant leur utilisation. De ce fait, l'étude se base en partie sur des questionnaires utilisés pour la première fois. Il est donc possible que les questionnaires eux-mêmes aient causé des biais à l'étude.

Une troisième limite concerne la triangulation des données. En effet, dans l'étude telle que présentée dans ce document, deux méthodes de collecte de données ont été utilisées, soient l'entrevue semi-structurée auprès des responsables de la communauté de pratique et le questionnaire auprès des participants à cette communauté. Ces méthodes de collectes de données ont permis d'apporter des mesures subjectives. Il aurait été intéressant d'ajouter de l'observation sur le terrain à cette collecte de données, ce qui aurait permis d'obtenir des mesures plus objectives. Malheureusement, aucune rencontre de la communauté de pratique n'a eu lieu pendant la durée de ce projet. En raison des délais imposés, il a donc été impossible de procéder à l'observation. Les données n'ont donc pas pu être triangulées.

Cette étude comporte aussi certaines forces. Notamment, cette recherche se voit particulièrement pertinente sur les plans scientifique et professionnel. Comme il a été relaté en détail à la section dédiée à la problématique de cette recherche, cet essai répond à une préoccupation actuelle du domaine de l'ergothérapie. De plus, l'essai contribue à l'apport de connaissances concernant les communautés de pratique et la tenue de dossiers. À notre connaissance, cet écrit consiste en un premier pas dans la compréhension du phénomène de la communauté de pratique au sujet de la tenue de dossiers en ergothérapie. En outre, sur le plan de la méthodologie, cette étude a été réalisée auprès de deux types de participants, soient les responsables de la communauté de pratique et les participants à celle-ci. Ceci a donc permis d'obtenir les différents points de vue sur le sujet à l'étude et de faire des liens entre ceux-ci. De plus, l'utilisation de deux méthodes de collecte de données apporte une richesse aux résultats de cette étude.

6.6 Retombées de l'étude

Les résultats de cette étude ont diverses retombées pour la pratique de l'ergothérapie sur les plans de la recherche, de la clinique et de la gestion.

En premier lieu, l'une des retombées anticipées par ce projet est de reconnaître les bienfaits associés à la participation à une communauté de pratique sur la tenue de dossiers afin de soutenir la qualité des dossiers en ergothérapie. En effet, l'ergothérapeute a comme mandat de statuer sur les difficultés occupationnelles d'un client suite à une évaluation approfondie de ses facteurs environnementaux, occupationnels et personnels (Davis et coll., 2012). De plus, il a la responsabilité de réaliser une tenue de dossiers pour chaque client rencontré (Backman et coll., 2008; Fearing, 1993; OEQ, 2010; Office des professions du Québec, 2013; Pierre et Sonn, 1996, 1999). D'ailleurs, la démarche clinique réalisée par l'ergothérapeute doit se refléter dans sa tenue de dossiers. La tenue de dossiers professionnels fait donc partie des compétences à développer en ergothérapie. Par contre, cette tâche en est une complexe pour plusieurs raisons énumérées dans la section «problématique». Conséquemment, la participation à une communauté de pratique sur le sujet de la tenue de dossiers en ergothérapie s'avère un moyen de formation continue intéressant selon les résultats de cette étude pour s'outiller face à cette complexité.

En deuxième lieu, une autre retombée anticipée de cette étude est de décrire un exemple de communauté de pratique au sujet de la tenue de dossiers en ergothérapie. Cet exemple de communauté de pratique s'ajoute à ceux déjà répertoriés entre autres par Forsyth et collaborateurs (2005), Kilbride et collaborateurs (2011), Lathlean et Le May (2002), Grisbrooke (2013), Wilding et collaborateurs (2012), Wimpenny et collaborateurs (2010). En plus, cette communauté de pratique au sujet de la tenue de dossiers en ergothérapie est une première dans les écrits par le contenu qui a été traité durant les rencontres. Il peut donc servir d'exemple pour toute personne désirant mettre sur pied une communauté de pratique ou s'y impliquer.

En troisième lieu, du côté administratif, cette étude encourage les gestionnaires à soutenir les professionnels dans leurs désirs d'être plus compétents sur le plan de la tenue de dossiers. L'appui des gestionnaires envers leurs employés en dégageant du temps et des budgets pour ce genre

d'initiatives contribue au succès des communautés de pratique. La participation à une communauté de pratique contribue indirectement à rehausser les compétences cliniques de façon à assurer la qualité des services auprès des clients dans le cadre des interventions directes et indirectes en ergothérapie.

7 CONCLUSION

Cette étude exploratoire rétrospective visait à décrire les processus d'implantation d'une communauté de pratique sur l'écriture dans les dossiers en ergothérapie. Aucune autre communauté de pratique similaire n'a été répertoriée au sujet de la rédaction dans les dossiers en ergothérapie. Les résultats ont démontré que la participation à une communauté de pratique peut s'avérer une option de formation particulièrement enrichissante afin d'améliorer les compétences en rédaction des dossiers cliniques en ergothérapie. En effet, les résultats ont fait ressortir des améliorations de la qualité des services et des écrits dans les dossiers-clients et des améliorations dans la motivation, l'énergie et la cohésion du groupe. La communauté de pratique a d'ailleurs entraîné des effets positifs auprès des responsables et des participants de la communauté de pratique. De plus, des conditions facilitantes et des obstacles à la mise en place de la communauté ont été répertoriés. Finalement, des résultats concernant la tenue de dossiers ont aussi été mis en avant dans cette étude.

Pour faire suite à cette étude, il serait pertinent d'obtenir des mesures objectives durant les rencontres de la communauté de pratique en ce qui a trait à la tenue de dossiers et à la rédaction des dossiers. Pour ce faire, il serait intéressant qu'un chercheur assiste aux rencontres d'une telle communauté et qu'il récolte des résultats objectifs sur le déroulement de celles-ci. Une grille d'observation construite sur mesure pour l'étude pourrait alors être utilisée. Ces résultats ajouteraient de la crédibilité à la recherche sur les communautés de pratique au sujet de la rédaction dans les dossiers cliniques. Une autre mesure subjective consisterait à évaluer un échantillon de dossiers des ergothérapeutes avant et après la participation à la communauté de pratique. De plus, il aurait pu être intéressant d'obtenir des points de vue différents sur le sujet et donc d'interroger l'OEQ et la direction des établissements impliqués. Ces résultats auraient pu permettre de proposer une mesure de la performance à effectuer la rédaction dans les dossiers. En outre, il a aussi été observé que les rencontres de la communauté de pratique ont porté sur les sujets de l'analyse, du plan d'intervention et du fil conducteur entre l'entrée en matière (motif d'évaluation), l'analyse et le plan d'intervention. Par contre, le sujet de la quantité d'informations à inclure dans les dossiers cliniques n'a pas été abordé. Il pourrait être intéressant d'inclure ce sujet dans les rencontres.

D'ailleurs, à notre connaissance, aucune étude n'a réellement investigué ce sujet. Les résultats de cette étude proposée seraient alors inédits.

Les résultats issus de cette étude sont donc un point de départ pour l'étude de ce phénomène. Il devient important de poursuivre la recherche afin de développer des connaissances empiriques sur les communautés de pratique portant sur la rédaction dans les dossiers cliniques en ergothérapie.

8 RÉFÉRENCES

- Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec. (2015). *La tenue de dossiers en établissement*. Repéré à : <http://www.acmdp.qc.ca/18-formations-la-tenue-de-dossiers-en-etablissement.html>
- Andersen, L. T. (2001). Occupational therapy practitioners' perceptions of the impact of continuing education activities on continuing competency. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(4), 449.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. Ottawa: CAOT Publications ACE. Repéré à <http://www.caot.ca/pdfs/otprofilefr.pdf>
- Austin, T. M. & Graber, K. C. (2007). Physical therapists' perspectives on the role and effectiveness of continuing education. *Journal of Allied Health*, 36(4), 216-223.
- Backman, A., Kåwe, K. & Björklund, A. (2008). Relevance and focal view point in occupational therapists' documentation in patient case records. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15, 212-220. doi:10.1080/11038120802087626
- Bart, O., Bar, M. A., Rosenberg, L., Hamudot, V. & Jarus, T. (2011). Development and validation of the documentation of occupational therapy session during intervention (D.O.T.S.I.). *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 719-726. doi:[10.1016/j.ridd.2010.11.008](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.11.008)
- Bailey, C. (1994). Education for home-care providers. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 23(8), 714-719. doi: 10.1111/j.1552-6909.1994.tb01942.x
- Blake-Mowatt, C., Lindo, J. L. M. & Bennett, J. (2013). Evaluation of registered nurses' knowledge and practice of documentation at a Jamaican hospital. *International Nursing Review*, 60(3), 328-334. doi: 10.1111/inr.12040
- Bonner, A. (2013). *L'utilisation d'une grille d'auto-évaluation afin d'apprécier la qualité d'une analyse dans un dossier-client en ergothérapie*. Trois-Rivières, Qc : Université du Québec à Trois-Rivières. Repéré à : <http://depot-e.uqtr.ca/6885/1/030583791.pdf>
- Borcherding, S. & Kappel, C. (2002). *The OTA's guide to writing SOAP notes*. Thorofare, NJ:SLACK Incorporated.
- Brousseau, M. (2004). La tenue de dossiers en ergothérapie : Habillets de rédaction – Session de formation : Cahier du participant. Montréal, Qc : Ordre des ergothérapeutes du Québec.
- Brousseau, M. (2013). ERG1011 – *Trousse pédagogique sur la démarche clinique et la tenue de dossiers en ergothérapie*. (Recueil inédit). Trois-Rivières, Qc : Université du Québec à Trois-Rivières.

- Brousseau, M. & Tosser, M. (2015). Un modèle conceptuel basé sur l'activité au service de l'écriture des dossiers cliniques en ergothérapie. *ergOThérapies*, 59, 43-49.
- Brousseau, M. & Tremblay, M. (1995). Tenue de dossier : reflet de la pratique. *Revue Québécoise d'ergothérapie*, 4(1), 15-20.
- Bruylants, M., Paans, W., Hediger, H. & Müller-Staub, M. (2013). Effects on the Quality of the Nursing Care Process Through an Educational Program and the Use of Electronic Nursing Documentation. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(3), 163-170. doi: 10.1111/j.2047-3095.2013.01248.x
- Cederfeldt, M., Pierre B., L. & Sadlo, G. (2003). Occupational status as documented in records for stroke inpatients in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10(2), 81-87
- Centre Facilitant la Recherche et l'Innovation dans les Organisations. (2005). *Travailler, apprendre et collaborer en réseau. Guide de mise en place et d'animation des communautés de pratique intentionnelles.* Repéré à: <http://www.infotheque.info/cache/9992/www.cefrio.qc.ca/pdf/GuideCommunautes.pdf>
- Clarke, T., Abbenbroek, B. & Hardy, L. (1996). The impact of a high dependency unit continuing education program on nursing practice and patient outcomes. *Australian Critical Care*, 9(4), 138-149.
- Cox, A. (2005). What are communities of practice? A comparative review of four seminal works. *Journal of Information Science*, 31 (6): 527–540. doi:10.1177/0165551505057016
- Croninger, W.R. & MacRae,N. (2014). Documentaion of occupational therapy services. Dans K. Jacobs, N. MacRae et K. Sladyk. *Occupational Therapy Essentials for Clinical Competence* (2^{ème} ed., pp.283-292). Thorofare, NJ: Slack Inc.
- Davis, J., Zayat, E., Urton, M., Belgum, A. & Hill, M. (2008). Communicating evidence in clinical documentation. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55(4), 249-255.
- Davis, J., Craik, J. & Polatajko, H.J. (2013). Employer le Modèle canadien du processus de pratique (MCPP) : déployer le contexte. Dans E.A. Townsend & H.J. Polatajko. *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^{ème} ed. version française N. Cantin, pp. 291-320). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE.
- Dickerson, A. E. & Wittman, P. P. (1999). Perceptions of occupational therapists regarding postprofessional education. *American Journal of Occupational Therapy*, 53(5), 454-458.
- Doyle, S. D. & Bennett, S. (2014). Feasibility and effect of a professional education workshop for occupational therapists' management of upper-limb poststroke sensory impairment.

American Journal of Occupational Therapy, 68, e74–e83.
<http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.009019>

Donaldson, N., McDermott, A., Hollands, K., Copley, J. & Davidson, B. (2004). Clinical reporting by occupational therapists and speech pathologists: Therapists' intentions and parental satisfaction. *Advances in Speech Language Pathology*, 6(1), 23-38.

Dunleavy, L. (2015). Evaluation of a continuing education course for occupational therapy practitioners on the use of applied behavior analysis. *Occupational Therapy in Health Care*, 29(1), 39-53. doi: 10.3109/07380577.2014.950784

Dunleavy, L., Preissner, K. L. & Finlayson, M. L. (2013). Offrir un programme de gestion de la fatigue sous forme de téléconférences : Perspectives des ergothérapeutes. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(5), 304-313. doi: 10.1177/0008417413511787

Evatt, M., Ren, D., Tuite, P., Reynolds, C. & Hravnak, M. (2014). Development and implementation of an educational support process for electronic nursing admission assessment documentation. *MEDSURG Nursing*, 23(2), 89-100.

Fearing, V. G. (1993). Occupational therapists chart a course through the health record. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 60(5), 232-240.

Forsyth, K., Summerfield Mann, L. & Kielhofner, G. (2005). Scholarship of Practice: Making Occupation-Focused, Theory-Driven, Evidence-Based Practice a Reality. *The British Journal of Occupational Therapy*, 68(6), 260-268.

Fortin, M-F. & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (2^{ème} ed.). Montréal : Chenelière Éducation.

Grisbrooke, J. (2013). Practising ethics: Bildungsroman and community of practice in occupational therapists' professional development. *Ethics and Education*, 8(3), 229-240.

Gibson, F., Sykes, M., & Young, S. (2004). Record keeping in occupational therapy: Are we meeting the standards set by the college of occupational therapists? *British Journal of Occupational Therapy*, 67(12), 547-550.

Henri, F. & Pudelko, B. (2003). Understanding and analyzing activity and learning in virtual communities. *Journal of Computer - Assisted Learning*. 19, 474–487 .

Hedberg-Kristensson, E. & Iwarsson, S. (2003). Documentation quality in occupational therapy patient records: Focusing on the technical aid prescription process. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10(2), 72-80.

Hildreth, P. & Kimble, C. (2004). *Knowledge Networks: Innovation through Communities of Practice*. London / Hershey: Idea Group Inc. ISBN 1-59140-200-X.

- Jolliffe, W. (2007). *Cooperative Learning in the Classroom: Putting It Into Practice*. London: SAGE Publications Ltd.
- Kaufman, D. M. and Mann, K. V. (2010) *Teaching and Learning in Medical Education: How Theory can Inform Practice, in Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice*. Oxford, UK : Wiley-Blackwell. doi: 10.1002/9781444320282.ch2
- Karp, N. V. (1992). Physical therapy continuing education part I: Perceived barriers and preferences. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 12(2), 111-120. doi: 10.1002/chp.4750120210
- Karp, N. V. (1992). Physical therapy continuing education part II: Motivating factors. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 12(3), 171-179. doi: 10.1002/chp.4750120309
- Karp, N. V. (1992). Physical Therapy Continuing Education. Part III: A Framework. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 12(4), 241-248.
- Kilbride, C., Perry, L., Flatley, M., Turner, E. & Meyer, J. (2011). Developing theory and practice: Creation of a community of practice through action research produced excellence in stroke care. *Journal of Interprofessional Care*, 25(2), 91-97.
- Knowles, M.S. (1980). *The Modern Practice of Adult Education : from pedagogy to andragogy* (2ème édition) . New York: Cambridge Books.
- Knowles M.S. (1984). *Andragogy in Action: applying modern principles of adult learning.*, San Francisco, CA : Jossey - Bass.
- Lathlean, J. & Le May, A. (2002). Communities of practice: an opportunity for interagency working. *Journal of Clinical Nursing*, 11(3), 394-398. doi: 10.1046/j.1365-2702.2002.00630.x
- Lave, J. & Wenger E. (1991). *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation* (3^{ème} éd.). Montréal, Qc: Guérin
- Li, L. C., Grimshaw, J. M., Nielsen, C., Judd, M., Coyte, P. C. & Graham, I. D. (2009). Evolution of Wenger's concept of community of practice. *Implementation Science*, 4, 1-8. doi: 10.1186/1748-5908-4-11
- Li, L. C., Grimshaw, J. M., Nielsen, C., Judd, M., Coyte, P. C. & Graham, I. D. (2009). Use of communities of practice in business and health care sectors: A systematic review. *Implementation Science*, 4, 1-9. doi: 10.1186/1748-5908-4-27

- Mathur, S., Stanton, S. & Reid, W. D. (2005). Canadian physical therapists' interest in web-based and computer-assisted continuing education. *Physical Therapy, 85*(3), 226-237.
- Mattingly, C. & Hayes-Fleming, M. (1993) *Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphie, PA: FA Davis.
- Miles, M.B. & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes* (2^{ème} ed.). Paris : De Boek Université.
- McQueen, J., Miller, C., Nivison, C. & Husband, V. (2006). An investigation into the use of a journal club for evidence-based practice. *International Journal of Therapy & Rehabilitation, 13*(7), 311-316.
- Novak, I. & McIntyre, S. (2010). The effect of education with workplace supports on practitioners' evidence-based practice knowledge and implementation behaviours. *Australian Occupational Therapy Journal, 57*(6), 386-393. doi: 10.1111/j.1440-1630.2010.00861.x
- Office des professions du Québec (2013). *Code des professions, LRQ, c C-26*. Repéré à : <http://www.opq.gouv.qc.ca/lois-et-reglements/code-des-professions/>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2005). *Cadres légal et normatif de la tenue des dossiers en ergothérapie, guide de l'ergothérapeute*. Montréal : OEQ.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2010). *Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec*. Montréal : OEQ. Repéré à http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/OEQ-Referentiel-Competences_2010_Couleurs.pdf
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2014). *Programme de formation continue 2015-2016*. Repéré à : <http://portail.oeq.org/accueil/magpage.zul?idArticle=AKA1E0D36C322A9E75AAKA>
- Ordre des psychologues du Québec. (2015). *Formation sur la tenue de dossiers*. Repéré à : <http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/formation-continue/psychologues/formation-sur-la-tenue-de-dossier.sn>
- Pierre, B. L. & Sonn, U. (1996). Occupational therapy as documented in patients' records: part I. A content analysis of occupational therapy records at an occupational therapy department. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 3*(2), 79-89.
- Pierre, B. L. & Sonn, U. (1999). Occupational therapy as documented in patients' records. Part II. What is proper documentation? Contradictions and aspects of concern from the perspective of OTs. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 6*(1), 3-10.

- Ranmuthugala, G., Plumb, J. J., Cunningham, F. C., Georgiou, A., Westbrook, J. I. & Braithwaite, J. (2011). How and why are communities of practice established in the healthcare sector? A systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 11, 273-273. doi: 10.1186/1472-6963-11-273
- Rogers, J.C. (2004). Occupational diagnosis. Dans M. Molineux. *Occupation for occupational therapists* (pp.16-31). Blackwell Publishing: Oxford, UK.
- Sames, K. M. (2010). Documenting Occupational Therapy Practice (2^{ème} ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Slavin, R. E. (1980). Cooperative Learning. *Review of Educational Research*, 50(2), 315-342. doi: 10.2307/1170149
- Slavin, R. E. (2014). Making Cooperative Learning POWERFUL. *Educational Leadership*, 72(2), 22-26.
- Smith, M. K. (2003, 2009). Jean Lave, Etienne Wenger and communities of practice. *The encyclopedia of informal education*. Repéré à: www.infed.org/biblio/communities_of_practice.htm.
- Thompson, N. (2015). *Enjeux de rédaction dans les dossiers cliniques chez les ergothérapeutes exerçant au Québec : recommandations à l'Ordre des ergothérapeutes du Québec en vue d'un plan d'action*. (Document inédit, projet de maîtrise professionnelle en cours). Sherbrooke, Qc : Université de Sherbrooke
- Tufano, R. (2014). Occupational therapy theory use in the process of evaluation and intervention. Dans K. Jacobs, N. MacRae et K. Sladyk. *Occupational Therapy Essentials for Clinical Competence* (2^{ème} ed., pp.185-198). Thorofare, NJ: Slack Inc.
- Vermette, C. (2015). *L'implantation d'une communauté de pratique pour soutenir la pratique basée sur les données probantes d'ergothérapeutes en milieu rural*. (Document inédit, projet de maîtrise professionnelle en cours). Trois-Rivières, Qc : Université du Québec à Trois-Rivières.
- Vockins, H. (2004). Occupational therapy intervention with patients with breast cancer: a survey. *European Journal of Cancer Care*, 13(1), 45-52.
- Welch, A. & Dawson, P. (2006). Closing the gap: collaborative learning as a strategy to embed evidence within occupational therapy practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(2), 227-238. doi: 10.1111/j.1365-2753.2005.00622.x
- Wenger E. (1999). *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*. Cambridge: Cambridge University Press

- Wenger, E. C. et Snyder, W. M. (2000). *Communities of Practice: The Organizational Frontier*. Harvard Business Review, 78(1), 139-145.
- Wenger, E., McDermott, R. & Snyder, W.M. (2002). *Cultivating Communities of Practice*. Boston: Harvard Business School Publications.
- Wilding, C., Curtin, M. & Whiteford, G. (2012). Enhancing occupational therapists' confidence and professional development through a community of practice scholars. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59(4), 312-318. doi: 10.1111/j.1440-1630.2012.01031.x
- Wilson, S. M., Spermon, D. M. & Hill, M. A. (1991). Quality assurance in occupational therapy: A case study. *Occupational Therapy in Mental Health*, 11, 93-107. doi:10.1300/J004v11n01_06
- Wilson, C. M., Colombo, R., Seidell, J.W. & Kosecki, V. (2011). Acute care physical therapy and occupational therapy involvement throughout implementation of a hospital electronic health record. *Journal of Acute Care Physical Therapy*, 2(3), 102-110.
- Wimpenny, K., Forsyth, K., Jones, C., Matheson, L. & Colley, J. (2010). Implementing the Model of Human Occupation across a mental health occupational therapy service: communities of practice and a participatory change process. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(11), 507-516. doi: 10.4276/030802210X1289299223915

Le 26 février 2015

Madame Vanessa Laframboise
Étudiante
Département d'ergothérapie

Madame,

Les membres du comité d'éthique de la recherche vous remercient de leur avoir acheminé une demande de modifications pour votre protocole de recherche intitulé **Communautés de pratique pour soutenir la tenue de dossier en ergothérapie** (CER-15-5-06.07) en date du 24 février 2015.

Lors de sa 211^e réunion qui aura lieu le 20 mars 2015, le comité entérinera l'acceptation des modifications consistant à la modification au formulaire de consentement. Cette décision porte le numéro CER-15-211-08-02.06.

Veuillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

FANNY LONGPRÉ
Agente de recherche
Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche

FL/mct

c. c. Mme Martine Brousseau, professeure au Département d'ergothérapie

ANNEXE B

LETTRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DÉDIÉE AUX RESPONSABLES DE LA COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE



LETTRE D'INFORMATION

Pour les participants de la communauté de pratique

[Communauté de pratique pour soutenir la tenue de dossiers en ergothérapie]

Vanessa Laframboise, étudiante à la maîtrise en ergothérapie de l'UQTR, dirigée par Mme Martine Brousseau, Ph.D., professeure en ergothérapie

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre les processus associés au fonctionnement d'une communauté de pratique en ergothérapie, serait grandement appréciée.

Objectifs

L'objectif de ce projet de recherche est de décrire les processus d'une communauté de pratique sur l'écriture dans les dossiers afin de déterminer le soutien qu'elle apporte aux ergothérapeutes dans leur tenue de dossiers.

Le but de cette lettre d'information est de vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet. Prenez donc le temps de la lire attentivement et n'hésitez pas à poser toute question que vous jugerez utiles.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre à un questionnaire sur votre participation dans la communauté de pratique et sur vos perceptions de la tenue de dossiers en ergothérapie. Ce questionnaire vous sera envoyé par courriel et il nécessitera environ 30 minutes de votre temps pour le remplir. Ce document vous est remis en version électronique par courriel et devra être acheminé par courriel à l'adresse électronique suivante : ergo.recherche@uqtr.ca ou par la poste à l'adresse suivante : Département d'ergothérapie (projet de recherche sur les communautés de pratique), 3351 boul. des Forges, Trois-Rivières, Qc, G9A 5H7.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet demeure le seul inconvénient.

Bénéfices

Il n'y a pas de bénéfice direct à participer, autre que la participation à l'avancement des connaissances.

Compensation ou incitatif

Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée à l'aide de codes numériques. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'essai, de communications orales ou d'articles, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées dans l'ordinateur du chercheur principal nécessitant un mot de passe. Les seules personnes qui y auront accès seront le chercheur principal et sa directrice d'essai. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront conservées cinq ans après la fin du projet et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Remerciement

Votre collaboration est précieuse. Nous l'appréciions et vous en remercions.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Vanessa Laframboise au 819-380-3059.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CDERS-15-5-06.07 a été émis le 05 février 2015.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Pour les participants de la communauté de pratique

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Vanessa Laframboise m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

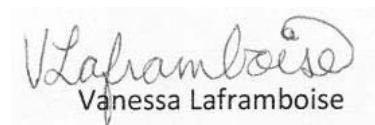
Consentement du participant

En retournant le questionnaire rempli, je :

- confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *Communauté de pratique pour soutenir la tenue de dossiers en ergothérapie*,
- comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice,
- **j'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche.**

Signature du chercheur :

Date : 2015-02-24


Vanessa Laframboise

Une invitation au colloque des étudiants en ergothérapie de l'UQTR sera envoyée aux participants le désirant.

Indiquez l'adresse postale ou électronique à laquelle vous souhaitez que ce résumé vous parvienne.

Adresse :

Si cette adresse venait à changer, il vous faudra en informer le chercheur.

ANNEXE C

LETTRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DÉDIÉE AUX ERGOTHÉRAPEUTES MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE



LETTRE D'INFORMATION

Pour les personnes ressources de la communauté de pratique

[Communauté de pratique pour soutenir la tenue de dossiers en ergothérapie]

**Vanessa Laframboise, étudiante à la maîtrise en ergothérapie de l'UQTR, dirigée
par Mme Martine Brousseau, Ph.D., professeure en ergothérapie**

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre les processus associés au fonctionnement d'une communauté de pratique en ergothérapie, serait grandement appréciée.

Objectifs

L'objectif de ce projet de recherche est de décrire les processus d'une communauté de pratique sur l'écriture dans les dossiers afin de déterminer le soutien qu'elle apporte aux ergothérapeutes dans leur tenue de dossiers.

Le but de cette lettre d'information est de vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez

prendre une décision éclairée à ce sujet. Prenez donc le temps de la lire attentivement et n'hésitez pas à poser toute question que vous jugerez utiles.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à participer à une entrevue basée sur un questionnaire spécialement conçu aux fins de cette recherche. Les questions à la base de l'entrevue vous seront envoyées au préalable. L'entrevue se déroulera au moment de votre choix et dans un endroit qui vous conviendra. L'entrevue sera d'une durée approximative de 45 minutes. Les questions porteront sur l'historique de développement du groupe, le type de groupe, les outils créés par la communauté, les objectifs, le type de rencontres, la fréquence de celles-ci. L'entrevue sert à décrire les processus de la communauté de pratique. Un enregistrement audio de la rencontre sera produit, et servira uniquement aux fins de la recherche.

Risques, inconvénients, inconforts :

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet demeure le seul inconvénient.

Bénéfices

Il n'y a pas de bénéfice direct à participer, autre que la participation à l'avancement des connaissances.

Compensation ou incitatif

Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée à l'aide de codes numériques. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme

d'essai, de communications orales ou d'articles, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées dans l'ordinateur du chercheur principal nécessitant un mot de passe. Les seules personnes qui y auront accès seront le chercheur principal et sa directrice d'essai. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront conservées cinq ans après la fin du projet et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Remerciements

Votre collaboration est précieuse. Nous l'appréciions et vous en remercions.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Vanessa Laframboise au 819-380-3059.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CDERS-15-5-06.07 a été émis le 05 février 2015.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Pour les personnes ressources de la communauté de pratique

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Vanessa Laframboise m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *Communauté de pratique pour soutenir la tenue de dossiers en ergothérapie*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant:	Chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Une invitation au colloque des étudiants en ergothérapie de l'UQTR sera envoyée aux participants le désirant.

Indiquez l'adresse postale ou électronique à laquelle vous souhaitez que ce résumé vous parvienne.

Adresse :

Si cette adresse venait à changer, il vous faudra en informer le chercheur.

ANNEXE D

QUESTIONNAIRE UTILISÉ POUR L'ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE AVEC LES RESPONSABLES DE LA COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE

Il s'agit d'un court questionnaire qui permettra d'en connaître davantage sur la communauté de pratique, sur l'historique de son développement, et sur les outils développés par celle-ci.

1. Quelle est la date approximative de la création de la communauté ?

2. Quel est l'élément déclencheur ayant poussé les participants à vouloir créer une communauté de pratique sur la tenue de dossiers? D'où est venue l'idée de mettre sur pied une communauté de pratique?

3. Quel est l'objectif précis à la base de la communauté de pratique?

4. Quelles ont été les étapes du développement de la communauté de pratique?

5. Quelles sont vos impressions sur la mise en place de ce groupe ?

6. Y a-t-il eu des obstacles à surmonter ?

7. De quel type de groupe s'agit-il?

 Groupe ouvert à tout participant désirant s'y intégrer

Groupe fermé, restreint à un nombre de participants

8. Quel est le nombre de participants réguliers à la communauté de pratique?

9. Y a-t-il un expert sur la tenue de dossiers qui est impliqué dans la communauté de pratique?
Comment cette implication se traduit-elle dans la communauté de pratique?

10. Quels sont les outils qui ont été créés par la communauté?

11. Quel est le format de rencontres qui a été retenu? (télé-conférence, rencontres en personnes etc.)

12. À quelle fréquence les participants se regroupent-ils?

13. Quelles sont les dates des prochaines rencontres prévues? Ces dates sont-elles flexibles ou fixes?

14. À quel endroit auront lieu ces rencontres?

ANNEXE E

QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX ERGOTHÉRAPEUTES PARTICIPANTS À LA COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE

A. DESCRIPTION DU PARTICIPANT

1. Sexe :

Femme

Homme

2. Degré de scolarité :

Baccalauréat

Maîtrise

Autre :

3. Nombre d'années d'expérience en ergothérapie :

4. Nombre d'années d'expérience dans le poste occupé actuellement :

5. Fonctions occupées autre qu'en ergothérapie :

6. Clientèle desservie actuellement:

a. Nombre d'années d'expérience avec cette clientèle :

7. Clientèle(s) desservie(s) auparavant :

a. Nombre d'années d'expérience avec cette clientèle (ou ces clientèles) :

8. Type d'emploi :

Temps plein

Temps partiel, nombre d'heures par semaine:

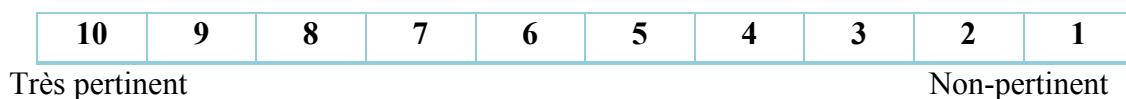
9. Avez-vous suivi la formation en tenue de dossiers donnée par l'Ordre des Ergothérapeutes du Québec?

Oui, quand? :

Non

B. SECTION SUR LA COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE

1. Depuis quand êtes-vous impliqué dans la communauté de pratique?
 2. À combien de rencontres avez-vous assisté?
 3. Quelle a été votre motivation première vous poussant à vous impliquer dans la communauté de pratique?
 4. Qu'est-ce qui vous pousse à continuer de vous impliquer dans la communauté?
 5. Quels changements avez-vous effectués dans votre tenue de dossiers depuis votre implication dans la communauté de pratique?
 6. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant non-pertinent et 10 étant très pertinent, à combien se situerait votre opinion par rapport à la communauté de pratique sur la tenue de dossiers?



7. Avez-vous des commentaires généraux sur le sujet de la communauté de pratique?

As a result, the number of people who have been infected with the virus has increased rapidly, leading to a significant increase in the number of deaths. The World Health Organization (WHO) has reported that there are now over 10 million confirmed cases of COVID-19 worldwide, with over 500,000 deaths. The virus has spread to almost every country in the world, and it is estimated that it will continue to spread for many more months.

C. SECTION SUR LES PERCEPTIONS PAR RAPPORT À LA TENUE DE DOSSIERS

1. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant insatisfaisant et 10 étant très satisfaisant, à combien se situerait votre satisfaction par rapport à votre tenue de dossiers?



2. Quels sont les facteurs qui contribuent à votre sentiment de satisfaction par rapport à la tenue de dossiers?
3. Quels sont les obstacles qui contribuent à diminuer votre sentiment de satisfaction par rapport à la tenue de dossiers?
4. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant très faible et 10 étant très élevé, à combien se situerait l'importance que vous accordez à la tenue de dossiers?



5. Quels sont les outils que vous utilisez pour faciliter votre tâche de tenue de dossiers?
6. Avez-vous des commentaires généraux sur le sujet de la tenue de dossiers?