

Mémoire
présenté à l'École nationale d'administration publique
dans le cadre du programme de Maîtrise en administration publique
pour l'obtention du grade de Maître ès science (M. Sc.)
concentration Analyse et développement des organisations

Mémoire intitulé
**L'introduction d'un outil numérique et collaboratif au sein d'une
équipe de soins et d'accompagnement multidisciplinaires : impacts sur
les apprentissages professionnels**

Présenté par
Isabelle Côté

Novembre, 2021

Le mémoire intitulé

**L'introduction d'un outil numérique et collaboratif au sein d'une
équipe de soins et d'accompagnement multidisciplinaires : impacts sur
les apprentissages professionnels**

Présenté par

Isabelle Côté

Est évalué par les membres du jury de mémoire suivants :

Stéphanie Gagnon, professeure titulaire et présidente

Nassera Touati, professeure titulaire et directrice de mémoire

Lara Maillet, professeure adjointe et co-directrice de mémoire

Christian Boudreau, professeur agrégé et évaluateur

« Sois le changement que tu veux voir dans le monde »

Mahatma Gandhi

Remerciements

C'est avec beaucoup de détermination et d'émotions que j'ai effectué la traversée de ce mémoire. Une traversée qui a été rendue possible grâce au soutien indéfectible de plusieurs personnes. Je tiens à remercier spécialement :

Les participants de Guyenne qui se sont investis avec cœur dans la démarche Baromètre depuis le début du déploiement, ainsi que les membres du staff, M. Jean-Pierre Rebierre, Mme Cécile Khadri et Dr. Nourredine Allou. Des acteurs engagés avec qui j'ai pu réfléchir et co-construire un projet porteur de sens.

Les membres de la direction générale de la Fondation, Dre Catherine Rea, M. Jean-Nicolas Fichet et M. Christian Galtier, sans qui je n'aurais pu réaliser ce projet d'envergure. Merci pour la confiance que vous m'avez témoignée.

Les membres du jury de ce mémoire, Madame Stéphanie Gagnon et Monsieur Christian Boudreau qui, grâce à leurs commentaires pertinents, m'ont amené à me dépasser. Un merci particulier à ma directrice, Madame Nassera Touati et ma co-directrice, Madame Lara Maillet, qui m'ont guidé à toutes les étapes de la réalisation de ce projet ambitieux avec un soutien inconditionnel.

Ma famille, Guy, Jacqueline, Guillaume, Mélanie et Joly-Ann, qui m'a encouragée et réconfortée tout au long de ce périple.

Réjean, cet homme qui m'a toujours encouragé à faire preuve de persévérance. Je ne peux passer sous silence ces mots qu'il m'a exprimé avant de nous quitter : « Aie confiance en toi car tu mérites tout ce qui t'arrive ! Profite de la vie qui te sourit et n'espère toujours que le meilleur ! ».

Et finalement, un énorme merci à mon amoureux Pierre-Luc, qui m'a soutenu et accompagné sur ce sentier parfois périlleux, avec amour et patience. Je t'en suis fort reconnaissante.

Résumé

La nécessité de transformer la posture professionnelle et les pratiques d'accompagnement réalisées auprès des personnes vivant des problèmes de santé mentale, apparaît comme un impératif majeur pour la communauté politique, scientifique et institutionnelle et ce, à l'échelle internationale (Pachoud et al., 2019). Pour répondre à cet impératif, les acteurs des organisations doivent être proactifs dans leur capacité à innover et à apprendre collectivement dans un environnement en constante évolution.

En s'appuyant sur le cadre conceptuel de Mäkitalo, (2012), la présente étude tente de comprendre comment se font les apprentissages des professionnels soutenus par une plateforme numérique collaborative au sein d'équipes de soins et d'accompagnement dans le champ du handicap psychique. C'est un défi qu'a souhaité relever la Fondation John Bost, organisme à but non lucratif qui accueille et héberge, depuis 1873, des personnes vivant des situations de handicap psychique et physique en France, en adaptant le Projet Baromètre, à ses réalités organisationnelles.

Ainsi, c'est par : 1) la transformation des représentations des acteurs, 2) l'ouverture à l'adoption d'une posture et à des pratiques personnalisées et collaboratives, 3) le soutien à la participation des personnes accompagnées (PA), 4) le renforcement du partage d'une vision commune et, 5) la traçabilité des informations, que les professionnels apprennent. Finalement, deux conditions critiques sont à formaliser pour que cet apprentissage s'enracine dans les activités quotidiennes soit ; 1) la restructuration du travail et 2) l'intégration d'une méthode projet aux activités professionnelles.

Mots clés : Approche orientée rétablissement, apprentissages, pratiques professionnelles personnalisées et collaboratives, collaboration interprofessionnelle, santé mentale, transformation

Abstract

The need to transform the professional posture and support practices carried out with people living with mental health problems, appears to be a major imperative for the political, scientific and institutional community at the international level (Pachoud et al., 2019). To meet this imperative, organizations' actors must be proactive in their ability to innovate and learn collectively in an ever-changing environment.

Based on the conceptual framework of Mäkitalo, (2012), this study attempts to understand how professionals supported by a collaborative digital platform within care and support teams in the field of mental disability are underway. This is the challenge that the John Bost Foundation, a non-profit organization that has welcomed and hosted, since 1873, people living with mental and physical disabilities in France, wished to take up by adapting the Barometer Project to its organizational realities.

Seven findings emerge from the results and illustrate the ways in which professional practices supported by the Barometer platform have been achieved. Thus, it is through: 1) the transformation of the representations of the actors, 2) the openness to the adoption of a posture and to personalized and collaborative practices, 3) the support for the participation of the APs, 4) the strengthening of the sharing of a common vision and, 5) the traceability of information, which professionals learn. Finally, two critical conditions must be formalized so that this learning is rooted in daily activities namely ; 1) the restructuring of work and 2) the integration of a project method into professional activities.

Keywords: Recovery-oriented approach, learning, personalized and collaborative professional practices, interprofessional collaboration, mental health, transformation

Table des matières

REMERCIEMENTS	IV
RÉSUMÉ	V
ABSTRACT	VI
TABLE DES MATIÈRES	7
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	9
INTRODUCTION.....	10
CHAPITRE 1 : ÉTAT DES CONNAISSANCES	13
1.1 <i>Dysfonctionnements des soins et services en santé mentale : perspective mondiale.....</i>	13
1.2 <i>D'une posture d'expert à une posture d'accompagnement</i>	14
1.3 <i>Un changement de regard sur la personne accompagnée</i>	15
1.4 <i>Deux approches en phase avec la posture d'accompagnement personnalisée</i>	16
1.5 <i>Un changement de posture qui appelle à l'apprentissage de pratiques professionnelles</i>	19
1.6 <i>Le numérique : un possible levier d'apprentissage</i>	21
1.6.1 <i>Des outils numériques au service de la personnalisation des soins et services ?</i>	22
1.7 <i>La notion d'apprentissage au sein des organisations</i>	26
1.7.1 <i>Le béhaviorisme</i>	27
1.7.2 <i>Le cognitivisme.....</i>	28
1.7.3 <i>Le constructivisme.....</i>	29
1.7.4 <i>Le socioconstructivisme</i>	30
1.7.5 <i>Le connectivisme.....</i>	31
1.8 <i>Positionnement de la chercheuse.....</i>	32
1.9 <i>Un processus d'apprentissages soutenu par le numérique : recension des écrits.....</i>	32
1.9.1 <i>La compréhension de l'objet à l'étude</i>	33
1.9.2 <i>Les résultats des études portant sur la transformation par le numérique</i>	33
1.9.3 <i>Apprentissage de pratiques de collaboration interprofessionnelle et inter-organisationnelle soutenues par le numérique</i>	34
1.9.4 <i>Apprentissage de pratiques numériques en santé somatique</i>	35
1.9.5 <i>Apprentissage de pratiques professionnelles orientées vers le rétablissement en santé mentale</i>	36
1.9.6 <i>La principale contribution de l'objet à l'étude</i>	39
CHAPITRE 2 : CADRE THÉORIQUE	41
2.1 <i>La perspective socioconstructiviste et matérielle.....</i>	41
2.1.1 <i>Les concepts centraux</i>	42
2.2 <i>Les objectifs de la recherche</i>	45
2.2.1 <i>Question de recherche</i>	45
2.2.2 <i>Les objectifs spécifiques</i>	45
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE	47
3.1 <i>Le devis de recherche</i>	47
3.1.1 <i>Le contexte de la recherche : une démarche de transformation</i>	47
3.1.2 <i>Une entente partenariale.....</i>	49
3.1.3 <i>Une démarche de transformation.....</i>	50
3.1.4 <i>Délimitation de la recherche-action.....</i>	51
3.1.5 <i>Déroulement de la recherche-action participative</i>	51
3.2 <i>L'échantillonnage.....</i>	53
3.2.1 <i>Catégories de participants et stratégies d'échantillonnage</i>	53
3.3 <i>La collecte de données</i>	54
3.3.1 <i>Les stratégies de collecte de données.....</i>	54

3.4	<i>Les méthodes d'analyse des données</i>	57
3.4.1	Pré-analyse	57
3.4.2	Codification	58
3.4.3	Thématisation	58
3.4.4	Présentation des résultats	59
3.4.5	Vérification et validation des données	59
3.5	<i>Rigueur scientifique de la recherche</i>	60
3.6	<i>Considérations éthiques</i>	61
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS		64
4.1	<i>Présentation des résultats</i>	64
4.2	<i>Analyse des résultats</i>	64
4.2.1	Contexte socio-culturel avant le déploiement de Baromètre	64
4.2.2	Processus de médiation et de transformation des interactions sociales à la suite du déploiement de Baromètre	69
4.2.3	Ouverture des professionnels à une posture d'accompagnement et à des pratiques davantage personnalisées et collaboratives	70
4.2.4	Renforcement de la participation des PA à l'élaboration de leur PPSA et réorientation de leur projet de vie	72
4.2.5	Amélioration du travail collaboratif entre les membres de l'équipe	74
4.2.6	Amélioration de la traçabilité des observations interprofessionnelles et des co-évaluations	75
4.2.7	Processus de coordination des PPSA à clarifier	76
4.2.8	Affordances ayant influencé les processus de médiation et dynamiques d'interactions sociales	77
CHAPITRE 5 : DISCUSSION		90
5.1	<i>Mise en œuvre de pratiques professionnelles personnalisées et collaboratives</i>	91
5.1.1	Baromètre un outil médiateur de nouvelles interactions sociales entre professionnels et PA	92
5.1.2	Baromètre un outil médiateur de nouvelles interactions sociales entre professionnels	95
5.1.3	Principaux facteurs d'affordances transversaux	96
5.1.4	Enjeux d'institutionnalisation de pratiques personnalisées et collaboratives dans le champ de la santé mentale	98
5.1.5	Implications pratiques	99
CONCLUSION		104
BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES		108
ANNEXE A		118
ANNEXE B		119
ANNEXE C		120
ANNEXE D		121
ANNEXE E		123
ANNEXE F		124
ANNEXE G		126
ANNEXE H		129
ANNEXE I		135
ANNEXE J		136
ANNEXE K		138
ANNEXE L		139
ANNEXE M		140
ANNEXE N		141

Liste des abréviations et acronymes

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

CCOMS-EPSM : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale

CIUSSS de L'Estrie - CHUS : Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux de l'Estrie – Centre-Hospitalier Universitaire de Sherbrooke

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

ÉSAP : Établissement de santé autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie

FJB : Fondation John Bost

HAS : Haute Autorité de Santé

IUPLSSS : Institut Universitaire de Première Ligne en Santé et Services Sociaux

MSS : Ministère des Solidarités et de la Santé

NTIC : Nouvelle technologie de l'information et des communications

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PA : Personne accompagnée

PPSA : Projet personnalisé de soins et d'accompagnement

TIC : Technologie de l'information et des communications

UNAFAM : Union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques

RBPP : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles

WHO : World Health Organization

Introduction

De nos jours, favoriser le maintien de l'équilibre psychique des individus constitue un impératif incontournable pour plusieurs pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE, 2019). L'équilibre psychique constitue « [...] une composante vitale du bien-être de l'individu et de sa participation à la vie sociale et économique » (OCDE, 2019, p. 58). Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2013), le fait d'avoir une bonne santé mentale permet à la personne d'accomplir son plein potentiel et d'affronter les difficultés du quotidien et ainsi de contribuer activement à la vie économique et sociale de sa communauté.

La santé mentale est déterminée par divers facteurs d'ordre socioéconomique, biologique et environnemental sur lesquels il est possible d'agir par la mise en œuvre d'actions et d'interventions intersectorielles de promotion et de prévention (Friedli, 2009, Hupper, 2005, Knifton et Quinn, 2013, cités dans Mantoura, 2014; OMS, 2013). Ces actions et interventions mobilisent un grand nombre d'acteurs : « Les mondes de l'éducation, du travail, du logement, les bailleurs sociaux, tous sont concernés pour apporter des réponses appropriées et convergentes » (Roelandt et El Ghazi, 2015, p. 543) visant à favoriser le bien-être individuel et collectif. Notons que plusieurs facteurs, notamment la pauvreté, la difficulté d'avoir accès à un logement, la difficulté d'accéder à un emploi, l'insalubrité, l'exclusion, la stigmatisation et l'isolement social, pour ne citer que ceux-là, représentent pour la personne un risque accru de vivre des troubles psychiques (ibid).

Malgré la reconnaissance de ces faits, le tableau d'ensemble au regard de l'état de santé mentale des populations à l'échelle mondiale s'avère peu reluisant. À ce sujet, une étude épidémiologique effectuée par l'Institute for Health Metrics and Evaluation en 2019 révélait « qu'une personne sur cinq souffrirait d'un problème de santé mentale à chaque année et [qu'] une personne sur deux en sera touchée au cours de son existence ; 25 % en souffrirait à tout moment dans les pays de l'OCDE » (cité dans OCDE, 2019, p. 26). En 2001, l'OMS rendait public un rapport qui établissait que la population mondiale atteinte de troubles mentaux sévères et persistants s'élevait à 54 millions et qui spécifiait que ce

chiffre ne faisait qu'augmenter. Dans la même veine, la Harvard School of Public Health a conduit en 2011 une recherche qui évaluait que « l'impact mondial des troubles mentaux équivaldrait à une perte économique de \$16 300 millions de millions entre 2011 et 2030 » (OMS, 2013, p. 8). Actuellement, certains pays tels que le Japon, le Canada et l'Australie consacrent près de 4% de leur PIB en soins et services dans le secteur de la santé mentale (OCDE, 2019).

Face à cette situation, plusieurs experts internationaux mentionnent qu'il est impératif de mettre en œuvre « des stratégies globales de promotion, de prévention, de traitement et de guérison » (OCDE, 2019) qui sont soutenues par l'appareil gouvernemental. Les résultats des évaluations de la qualité des soins et des services qui ont été faites dans plus de 30 pays dans le cadre du *QualityRights Initiative* de l'OMS militent en ce sens (WHO, 2019) et soulignent que plusieurs systèmes de santé nationaux se révèlent inadéquats aux plans de la qualité et de l'application de pratiques reconnues probantes en matière de soins et de services en santé mentale (WHO, 2019). Ainsi, il apparaît légitime de se demander comment il est possible d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins et des services dans ce domaine.

PARTIE I :

ÉTAT DES CONNAISSANCES

CHAPITRE 1 : ÉTAT DES CONNAISSANCES

1.1 Dysfonctionnements des soins et services en santé mentale : perspective mondiale

L'existence de nombreux dysfonctionnements dans le domaine de la santé mentale n'est plus à démontrer (Laforcade, 2016) ; plusieurs d'entre eux, reconnus à l'échelle mondiale, sont attribuables à différents facteurs de nature organisationnelle et culturelle (ibid.). En 2011, la Banque mondiale (BM) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont publié ensemble le *Rapport mondial sur le handicap* qui faisait état de ces dysfonctionnements et proposait diverses mesures visant à les faire disparaître. Ces dysfonctionnements sont, l'insuffisance de politiques et de normes concernant le handicap psychique, les croyances et préjugés à l'égard des personnes en situation de handicap, l'insuffisance des services adaptés aux besoins de ces populations, les difficultés rencontrées dans la prestation des services, le sous-financement de ces services et l'absence de consultation et de participation des personnes concernées (patient, proches, famille) (ibid.).

Pour parvenir à contrer ces dysfonctionnements, les acteurs des organisations doivent se montrer proactifs dans leur capacité à innover et à apprendre collectivement dans un environnement en constante évolution (Autissier et Moutot, 2016). À l'échelle organisationnelle, parmi les modifications structurelles préconisées, mentionnons notamment « [...] l'emploi de matériel aux caractéristiques permettant un usage universel, la communication de l'information sous des formes adaptées et le recours à d'autres modèles de prestation des services [...] » (p. 13). La Haute Autorité de Santé (HAS) (2018) soutient que ces nouveaux modèles de prestation de services doivent être centrés sur la participation des personnes qui vivent avec un handicap psychique, sur les soins et l'accompagnement donnés à ces personnes et sur l'amélioration des pratiques professionnelles « pour la mise en œuvre d'un parcours global coordonné dans [...] une perspective de décloisonnement des services et de culture commune aux acteurs » (HAS, 2018, p. 14).

Ainsi, la nécessité de transformer la posture professionnelle et les pratiques d'accompagnement auprès des personnes aux prises avec divers problèmes de santé mentale

pour que ces dernières deviennent parties prenantes de leur projet de vie représente un impératif majeur pour la communauté institutionnelle, scientifique et politique, et ce, à l'échelle internationale (Pachoud *et al.*, 2019).

1.2 D'une posture d'expert à une posture d'accompagnement

Traditionnellement, la posture et les pratiques professionnelles ainsi que l'organisation des soins et des services en santé mentale découlent d'une vision médico-centrée et de pratiques d'enfermement asilaire suivant lesquelles le médecin psychiatre est l'expert qui sait et qui décide de ce qui est bon pour son patient (Roelandt et El Ghazi, 2015). Cette approche de prise en charge prive souvent le patient de ses droits fondamentaux et le plaçant dans une position de bénéficiaire de soins passif qui espère soulagement et guérison (Tourette-Turgis, 2010). En contrepartie, le système de santé attend du patient qu'il adopte une attitude d'adhésion aux soins et d'observance au traitement (*ibid.*). Cette façon de faire a pour effet de freiner le potentiel de participation de la personne, de centrer les soins sur le traitement médical de la maladie et de négliger la mise en œuvre de moyens d'action qui permettent d'agir sur les déterminants sociaux de la santé (OMS, 2013).

Cela étant dit, on observe qu'après la période asilaire, un changement fondamental prend place dans le domaine de la santé pendant les années d'après-guerre. La fermeture des institutions dites asilaires se met en branle, notamment aux États-Unis, en Angleterre et au Canada. La fermeture de lits en centre hospitalier entraîne la création d'organisations communautaires alternatives qui viennent en soutien aux personnes qui sont dépourvues de ressources (Anthony, 1993, cité dans Turcotte, 2016). Ce mouvement communautaire s'appuie sur la création de nouveaux services pour et avec les personnes qui vivent des troubles psychiques et leurs proches afin d'aider ces personnes à retrouver un pouvoir d'agir sur leur vie (Anthony, 1993, cité dans Turcotte, 2016; Greacen et Jouet, 2016 ; Martin *et al.*, 2017). Le message est clair : il faut dorénavant délaissier la posture d'expert paternaliste au profit d'une posture d'accompagnement prenant en considération la personne dans sa globalité (Anthony, 1993, cité dans Turcotte, 2016; Greacen, et Jouet, 2016 ; Arveiller *et al.*, 2017). C'est dans ce contexte que va émerger la psychothérapie institutionnelle en France (Durand, 2019). L'expérience de Saint-Alban, lancée par le psychiatre François Tosquelles, a été l'instigatrice de ce mouvement psychiatrique dans

lequel les patients s'impliquent dans l'organisation de leur quotidien notamment par leur participation à des activités sociales et de loisirs (ibid). Cette vision a grandement influencé la posture des professionnels dans les organisations psychiatriques françaises (Camincher, 2017). Mais, comment rendre concrète une posture professionnelle qui considère la personne dans sa globalité à travers les pratiques.

1.3 Un changement de regard sur la personne accompagnée

La posture d'accompagnement implique un changement de regard des professionnels sur le patient, qui fait que ce dernier devient une personne accompagnée (PA), une personne à part entière qui détient un pouvoir d'agir sur sa situation et son environnement (Greacen, 2018 ; Paul, 2012). Selon la directrice de l'UNAFAM¹ (2016), une association de défense des droits des personnes vivant un handicap psychique, la personne n'est pas prise en compte dans sa globalité dans les soins et l'accompagnement en milieu sanitaire : « Les professionnels parlent de parcours de soins, mais rarement de parcours de vie » (cité dans Agence nationale d'appui à la performance [ANAP], 2016, p. 6). Or, l'insertion sociale se situe au cœur de l'existence de tout être humain. Pour cette dernière, c'est la notion de rétablissement, telle qu'elle a été définie par Pachoud (2012), qui doit guider les pratiques professionnelles. À ce propos, Pachoud mentionne:

[...] qu'à côté de la stratégie médicale traditionnelle, qui vise surtout la rémission symptomatique, il apparaît nécessaire de développer une stratégie complémentaire, [l'accompagnement] visant l'optimisation du devenir de la personne [...] en se portant davantage sur le réengagement dans une vie active, l'optimisation des conditions de vie quotidienne et de vie sociale (p. 258-259).

Concrètement, le terme posture renvoie à une manière d'être en relation avec autrui dans un espace et un contexte donnés (Paul, 2012). La posture d'accompagnement repose sur certains fondamentaux, notamment la capacité d'être avec la personne, ce qui suppose être présent, ouvert, attentif et en mesure de se rendre disponible à elle (Paul, 2012). Ceci ne signifie pas de mettre la personne en mouvement et d'essayer de combler ses déficiences, mais d'accompagner le mouvement de la personne et de s'appuyer sur ses ressources pour solliciter son autonomie (Paul, 2012). Cette posture suppose la mise en place d'un rapport

¹ Union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques.

égalitaire reconnaissant les savoirs expérientiels de la personne et la soutenant dans ses prises de décision (Carrier *et al.*, 2017; WHO, 2019). Ainsi, la posture d'accompagnement devient personnalisée et collaborative dans le sens qu'elle s'inscrit au cœur d'approches et de pratiques plaçant la personne au centre de la démarche de soins et d'accompagnement et qu'elle instaure de nouvelles méthodes de collaboration entre les professionnels et la personne en s'appuyant sur ses forces et ses capacités (Carrier *et al.*, 2017). Mais, quelles sont ces approches et quelles pratiques invoquent-elles ?

1.4 Deux approches en phase avec la posture d'accompagnement personnalisée

La première approche est celle qui est orientée vers le rétablissement. Dans la littérature sur la santé mentale, on retrouve deux conceptions du rétablissement : le rétablissement clinique, voire médical, et le rétablissement personnel ou expérientiel (Leamy *et al.*, 2011; Slade *et al.*, 2008, cités dans Turcotte et Dallaire, 2018). D'un point de vue clinique, le rétablissement est vu comme une rémission ou une guérison (Castillo et Koenig, 2017) et vise la diminution voire la disparition complète des symptômes liés aux troubles mentaux (*ibid.*). Dans une perspective expérientielle, le rétablissement renvoie moins à un état qu'à un processus; il est question ici du « processus subjectif par lequel une personne reprend graduellement du pouvoir sur sa vie et retrouve l'espoir. Il s'agit aussi de la capacité de la personne à transcender les symptômes, les limites fonctionnelles et les handicaps sociaux rattachés à un trouble mental » (Provencher, 2002, cité dans Turcotte, 2016, p. 7).

Il importe de préciser que, de ce point de vue, le rétablissement n'est pas appréhendé comme un processus linéaire, mais plutôt comme un cheminement complexe parsemé de « rechutes et d'espoir » (Castillo et Koenig, 2017). L'accompagnement de la personne s'effectue en mettant l'accent sur les éléments suivants : la centration sur la personne (souhaits, rêves, espoirs, etc.), l'empowerment (pouvoir d'agir et de décider), l'autodétermination, les forces et capacités de la personne et la reconnaissance de la capacité d'apprendre et d'évoluer de la personne (Greacen et Jouet, 2016 ; Carrier *et al.*, 2017 ; Pachoud, 2012). Considérée comme un « [...] véritable tournant paradigmatique en santé mentale » (Pachoud, 2018, p. 165), cette approche invite les organisations et leurs acteurs à innover en matière de pratiques professionnelles et d'organisation des soins et des services. Elle peut se concrétiser par la mise en œuvre de pratiques de soutien à

l'autodétermination visant l'élaboration par la PA d'un plan d'action personnel pour favoriser son rétablissement (programme *Wellness Recovery Action Plan*) (Copeland et Jonikas, 2014) ou de pratiques visant à stimuler l'entraide et le soutien par les pairs (Arveiller *et al.*, 2017). À cet égard, l'accompagnement de la personne par des intervenants qui ont fait eux-mêmes l'expérience de troubles de santé mentale, nommément les intervenants pairs-aidants, est fortement valorisé (Franck *et al.*, 2018).

La seconde approche, celle dite de la personnalisation des services, s'inscrit en cohérence avec la première. Elle est centrée sur ce qui est important aux yeux de la PA et sur ses représentations au regard de sa situation en mettant de l'avant ses forces, son vécu et ses aspirations (Carrier *et al.*, 2017). Elle présente la particularité d'évaluer les effets produits par l'accompagnement dans la vie de la personne. À ce sujet, une équipe de recherche québécoise de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) de Sherbrooke a élaboré un cadre d'analyse de cette approche anglo-saxonne en s'appuyant sur l'approche par les forces, développée par Rapp et Goscha (2011), et en y intégrant trois dimensions interdépendantes : la coproduction des services, la valorisation des savoirs expérientiels de la personne et la centration sur les effets produits dans la vie de la personne (Carrier *et al.*, 2017). La coproduction des services renvoie à un processus non hiérarchique dans lequel les compétences, les ressources et les connaissances de tous les acteurs concernés (PA, proches aidants, professionnels, gestionnaires, etc.) sont mises en commun afin d'améliorer les services offerts (Bossé, 2018). La valorisation des savoirs d'expérience de la PA consiste en la reconnaissance de cette dernière à titre d'experte de son vécu, de ses expériences et de ses savoirs (Carrier *et al.*, 2017). Elle prend forme dans une relation égalitaire où le professionnel soutient la personne dans ses prises de décision et ses choix (*ibid.*). La centration sur les effets produits dans la vie de la PA implique tout d'abord, dès le début de l'accompagnement, une identification conjointe par le professionnel et la PA des accomplissements que celle-ci souhaite réaliser dans sa vie, et, par la suite, une évaluation conjointe des effets ou des changements survenus afin de réajuster le projet personnel de la PA si nécessaire. En somme, la personnalisation des services constitue une approche dans laquelle la co-intervention et la co-évaluation des effets produits dans la vie de la PA sont imbriquées au sein d'un processus intersubjectif

et itératif impliquant la PA et le professionnel tout au long de la démarche d'accompagnement (Bossé, 2018).

Depuis les deux dernières décennies, nombreux sont les acteurs scientifiques et politiques qui adhèrent à ces approches et prônent leur mise en œuvre dans le champ de la santé et du social (Bossé, 2018 ; Carrier *et al.*, 2017 ; Castillo et Koenig, 2017 ; Greacen et Jouet, 2016 ; Noiseux *et al.*, 2012, cité dans Turcotte, 2016 ; WHO, 2019; Pachoud, 2018, 2012 ; Copeland et Jonikas, 2014; Slade et Davidson, 2011, cité dans Turcotte et Dallaire, 2018). L'OMS (2019) s'inscrit droit dans cette perspective en invitant ses États membres à transformer en profondeur les soins et les services dans le domaine de la santé mentale : « La prestation de services [...] doit suivre une approche axée sur la guérison qui aide les personnes souffrant de troubles mentaux [...] à réaliser leurs propres aspirations et objectifs » (p. 15). Dans son programme *Quality Rights* (2016) portant sur la qualité des services et les droits de la personne dans les institutions en santé mentale, l'OMS s'est engagée à soutenir les pays dans la promotion des droits des personnes handicapées afin d'améliorer leur qualité de vie par le renforcement des compétences professionnelles en accompagnement (OMS, 2019). Concrètement, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles formulées par la HAS (2018) proposent « [...] d'adopter une posture d'alliance supposant un croisement des savoirs et des pratiques qui, sans supprimer les statuts, permette à chacun une reconnaissance » (p. 11). La démarche de co-construction du projet personnalisé, prenant en considération les attentes de la PA et/ou de ses proches, participe à la transformation de la posture des professionnels.

Qui plus est, l'ANESM² (2008) soutient que la coordination interprofessionnelle est un élément indispensable pour assurer une cohérence et une complémentarité sur le plan des pratiques professionnelles orientées vers la personnalisation des soins et des services (cité dans Camincher, 2017). Cette coordination s'effectue à l'intérieur d'espaces d'échange pluridisciplinaires, où observations, questionnements et croisements des points de vue sont mis en jeu afin de favoriser l'émergence d'une vision commune des besoins des PA et des actions requises en vue de répondre à ces besoins. Selon la HAS (2019), « la coordination

² Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

entre les différents acteurs au cours de la prise en charge est un enjeu de qualité des soins [...] et elle permet d'en assurer leur efficacité [sic] » (p. 5). Mais, si le renforcement des compétences professionnelles en accompagnement représente un élément primordial sur les plans de l'amélioration de la qualité de vie des PA et de l'efficience des soins et des accompagnements, la coordination interprofessionnelle apparaît essentielle pour soutenir sa mise en œuvre.

1.5 Un changement de posture qui appelle à l'apprentissage de pratiques professionnelles

Les organisations œuvrant dans le champ de la santé mentale doivent user de créativité afin de concevoir des espaces favorisant l'apprentissage de pratiques d'accompagnement personnalisé et de coordination interprofessionnelle. Comme le mentionne Paul : « Bien des professionnels se posent la question "de ce qu'accompagner veut dire" au regard de leurs anciennes pratiques de prise en charge [...]. Jusqu'où est-il concevable de laisser, à celui qu'on accompagne, "toute sa place" ? » (Paul, 2012, p. 14). Comment transformer la posture d'expertise professionnelle, qui prédomine actuellement dans le domaine de la santé, en un accompagnement personnalisé et coordonné avec ses collègues ?

Une méthode organisationnelle qui semble contribuer à cette transformation consiste en la mise en place de démarches d'apprentissage. Plusieurs établissements universitaires et plusieurs institutions de la santé font du développement des compétences professionnelles une priorité (Carrier *et al.*, 2017 ; Funk et Drew, 2017; Landry *et al.*, 2017 dans Carrier *et al.*, 2017 ; Jouet *et al.*, 2019 ; Pachoud *et al.*, 2019 ; Pomey *et al.*, 2015). Ainsi, certains milieux mettent en œuvre cette approche en encourageant leurs professionnels à participer à des formations continues ou en cours d'emploi portant sur la personnalisation des services et sur le rétablissement (Pachoud *et al.*, 2019). D'autres organisations choisissent d'intégrer des personnes rétablies à titre de pairs aidants dans les formations dispensées aux futurs professionnels de la santé et du social dans les milieux universitaires ou dans les milieux de pratique par l'entremise de projets de recherche participative (Carrier *et al.*, 2017 ; Funk et Drew, 2017; Landry *et al.*, 2017 dans Carrier *et al.*, 2017 ; Jouet *et al.*, 2019 ; Pachoud *et al.*, 2019 ; Pomey *et al.*, 2015). À ce sujet, une recherche participative menée par Pomey *et al.* (2015) et s'intéressant aux maladies chroniques montre que la pratique collaborative

avec les pairs aidants devient centrale dans le parcours singulier de la PA puisqu'elle permet à cette dernière de mieux comprendre sa maladie (le traitement, les incidences) en l'engageant peu à peu dans la dynamique de soins. Ainsi, à l'image du professionnel de la santé, la PA devient un sujet apprenant au regard de sa maladie. Pour les professionnels, cet espace de co-construction des savoirs s'avère important car il enrichit les échanges autour des notions de collaboration interprofessionnelle et de partenariat de soins et renforce le développement de compétences professionnelles (Pomey *et al.*, 2015). Ce développement peut passer par exemple par des cours universitaires portant sur le partenariat de soins qui intègrent des patients, qui participent au cours en le co-animant avec les professionnels de la santé et en partageant leur vécu avec les étudiants. Cela s'observe principalement dans le domaine de la santé somatique, mais qu'en est-il dans le champ de la santé mentale ?

Certains acteurs œuvrant en santé mentale ont choisi de développer des projets innovants qui intègrent des pairs aidants au sein d'équipes interdisciplinaires pour collaborer avec plusieurs professionnels de la santé afin d'améliorer les pratiques d'intervention auprès des personnes qui ne vont pas vers les services (Godrie, 2015b, cité dans Carrier *et al.*, 2017). Les pairs aidants contribuent au développement d'une réflexion professionnelle en ouvrant un espace pour la discussion entre patients et professionnels portant sur des sujets comme la médication, les étiquettes associées aux diagnostics et au vécu des personnes et l'élaboration du plan de soins (*ibid*). Toutefois, il semble qu'en dépit des effets positifs observables découlant de la participation des pairs aidants dans les équipes de soins en santé mentale, certaines barrières subsistent face à la pérennisation de cette pratique dans les organisations québécoises (Godrie, 2015b, cité dans Carrier *et al.*, 2017). Même s'il n'est pas spécifié en quoi les gestionnaires se montrent parfois fermés à ces initiatives, on peut émettre l'hypothèse que le rapport coûts/bénéfices (investissement en temps et en ressources humaines) n'est pas favorable à ce type de projet (Carrier *et al.*, 2019; Jouet *et al.*, 2019). Comme cette manière de faire implique pour les gestionnaires et leurs équipes de revoir leurs méthodes de travail, ce qui requiert du temps et des ressources, plusieurs organisations semblent se replier vers leurs anciennes routines (*ibid*). Aussi, même si certains dispositifs d'apprentissage semblent contribuer à la transformation de la posture

des professionnels et de leurs pratiques, cette transformation peine à s'ancrer de manière cohérente quand les professionnels tentent de l'expérimenter dans leur milieu de pratique (Carrier *et al.*, 2019; Jouet *et al.*, 2019, Pachoud *et al.*, 2019). Mais, comment faire pour que ces pratiques s'enracinent dans le travail de façon cohérente et dans la durée?

Selon la HAS (2019), le développement d'innovations numériques dans le domaine de la santé semble représenter une avenue prometteuse pour l'apprentissage et l'actualisation des pratiques personnalisées et pour favoriser leur cohérence. En proposant l'intégration d'un outil numérique au travail quotidien des professionnels, la HAS entend formaliser une pratique personnalisée et collaborative par la création d'un espace qui sert à recueillir les souhaits, les objectifs et le projet des PA et de leurs proches et qui est co-construit avec les professionnels. Cet outil se veut un espace partagé avec l'équipe multidisciplinaire en vue de favoriser la communication et la coordination entre tous ces acteurs. Dans une perspective de pratique collaborative, Koenig (2015) soutient que, sur le plan technique, les outils numériques sont en mesure de donner à l'information une dimension collective à la communication, ce à quoi le système papier peut difficilement prétendre. Toutefois, on peut se demander si le numérique représente vraiment un support à l'apprentissage de pratiques personnalisées et collaboratives. C'est à cette question que la chercheuse tente de répondre dans les sections suivantes.

1.6 Le numérique : un possible levier d'apprentissage

L'avancée rapide des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) offre aux gestionnaires et à leurs équipes la possibilité d'innover collectivement afin d'offrir une performance organisationnelle accrue (Boullier, 2016, cité dans Bossé, 2018). À ce propos, Bossé (2018) écrit ceci : « Alors que les premiers systèmes étaient centrés sur la gestion de l'information, le développement de nouveaux systèmes se centrent [sic] avant toute chose sur la création d'expériences nouvelles d'utilisation » (p. 127), lesquelles modifient en profondeur les activités quotidiennes des équipes.

Dans le monde de la santé, l'utilisation du numérique a connu un essor considérable à l'échelle mondiale à partir du début des années 1980 (Barrett *et al.*, 2016; Bossé *et al.*, 2018 ; CNEH, 2018; Gagnon *et al.*, 2016; HAS, 2019). Dans le domaine des maladies

chroniques, la mise en œuvre d'innovations numériques s'avère essentielle pour assurer une continuité informationnelle entre les membres d'une même équipe de soins et avec la PA (Bourret, 2009; Gagnon *et al.*, 2016; Ghandour, 2018). C'est le cas notamment du carnet de santé intelligent AVIITAM (Cases, 2017). Dévoilée en 2014, cette plateforme multimédia conçue par des médecins est un espace personnalisé à l'intention du patient, qui est invité à compléter les informations sur sa santé et son mode de vie en amont d'une consultation médicale. « La consultation est directement ciblée sur les difficultés rencontrées [...]. Il [le patient] peut déterminer lui-même ses objectifs et les enregistrer dans le logiciel » (ibid, p. 149). Cette collaboration, qui est orientée principalement sur l'éducation de la PA à la gestion de la maladie et de ses symptômes, permet à cette personne, aidée par des professionnels, d'apprendre à mieux maîtriser sa maladie (Cases, 2017). Comme le dit Boullier (2016, p. 157, cité dans Bossé, 2018), « il n'existe pas de savoirs sans support matériel, que ce soit pour leur élaboration, leur mémorisation, leur discussion ou leur circulation » (p. 128). Ceci revient à dire que les connaissances générées par l'utilisation de l'outil numérique dans les interactions sociales entre les professionnels et la PA sont tributaires d'un processus d'apprentissage, lequel se traduit par la co-création d'un savoir d'experts et d'un savoir profane, par le partage des informations et par la création d'un espace commun de réflexion et de prise de décision. Si ces innovations numériques peuvent renforcer le partage des savoirs en rapport avec la gestion de la maladie et la collaboration, elles ne semblent pas favoriser l'apprentissage de la co-création d'un projet de vie avec la PA visant à soutenir cette dernière dans son processus de rétablissement, dans le sens où l'entendent l'OMS et la HAS (ANESM, 2016; HAS, 2019; OMS, 2019). Ces innovations soutiennent peu les professionnels dans leur apprentissage de pratiques axées sur la personnalisation des soins et le rétablissement de la PA. Or, qu'en est-il pour le domaine de la santé mentale ? Celui-ci a-t-il innové en ce sens ?

1.6.1 Des outils numériques au service de la personnalisation des soins et services ?

1.6.1.1 Dialog +

Cet outil numérique de prise de décision partagée est centré sur sa dimension médicale. Il vise à faciliter la communication entre les patients et les professionnels des soins de santé mentale en évaluant le niveau de satisfaction des patients en regard des soins reçus et en

apportant des réponses aux préoccupations de ces patients (Priebe *et al.*, 2017). L'outil *Dialog+* prend la forme d'une tablette numérique munie d'un écran tactile dont se sert l'intervenant pour guider le processus d'intervention. À partir de thématiques spécifiques, le patient est invité à évaluer sa satisfaction par rapport à son état de santé mentale sur une échelle graduée (ibid); pour chaque thématique, il peut indiquer s'il souhaite recevoir de l'aide en actionnant un bouton oui/non (ibid.). Par la suite, le clinicien sélectionne les thématiques ciblées avec le patient en vue de construire progressivement un plan global d'évaluation (ibid). Suivant Priebe *et al.* (2017), certains cliniciens ont trouvé difficile d'accorder une plus grande autonomie à leur patient durant le processus. La majorité des cliniciens conviennent que l'outil *Dialog+* a un impact positif sur le patient, notamment en amenant ce dernier à améliorer sa réflexion sur lui-même, en l'incitant à trouver par lui-même ses propres solutions au lieu de dépendre des professionnels de la santé pour ce faire et en favorisant son implication dans son traitement (Priebe *et al.*, 2017) Cependant, d'autres professionnels expriment leur scepticisme face à leur capacité à se servir d'une approche dans laquelle l'auto-évaluation du patient a une aussi grande importance que la situation du patient elle-même. De même, une résistance professionnelle persiste face à l'utilisation de nouvelles technologies en intervention par crainte d'un impact négatif sur la relation thérapeutique ou d'une perte de l'expertise professionnelle au profit du savoir expérientiel du patient (Priebe *et al.*, 2017). Certains intervenants mentionnent que la terminologie utilisée dans la base de données de l'outil est trop savante pour les patients et qu'il serait important de la vulgariser pour la rendre plus accessible (ibid.). Il semble également que « l'ergonomie de *Dialog+* ne soit pas toujours simple et intuitive » (Priebe *et al.*, 2017, p. 92, traduction libre). En fait, les résultats de l'évaluation d'implantation de l'outil numérique *Dialog+* en lien avec son efficacité au sein de cette équipe de soins se révèlent peu concluants.

1.6.1.2 Collaborative Recovery Model

Le *collaborative recovery model* (Oades *et al.*, 2005) est un dossier médical électronique employé en psychiatrie et ayant pour vocation de favoriser la transition et la continuité des soins et des services de tous les acteurs qui sont impliqués dans le parcours de santé mentale du patient. L'approche sous-tendant sa mise en œuvre est celle qui est centrée sur le patient

et plusieurs des modules de formation qui y sont intégrés s'appuient sur une approche où les soins sont orientés vers le rétablissement (*recovery-oriented care*) (Riahi *et al.*, 2017). Ce sont les patients, les représentants légaux et les proches aidants de la famille du patient, en collaboration avec les membres de l'équipe de soins interprofessionnelle, qui élaborent le plan de soins. Les sections du plan traitant des valeurs, des forces, des objectifs et de la vision du patient sont complétées par celui-ci et par ses proches. Les sections portant sur les antécédents médicaux et les profils comportementaux du patient sont documentés par l'équipe interprofessionnelle (*ibid.*). Le plan de soins comprend un plan de rétablissement qui inclut trois parties, soit l'histoire du patient, le plan de prévention de crise et le régime sensoriel du patient (Riahi *et al.*, 2017). Cet outil apparaît utile pour diminuer le recours à des pratiques de contention et d'isolement, mais il n'intègre pas vraiment la dimension psychosociale et l'engagement du patient dans l'évaluation de l'amélioration de sa qualité de vie. De même, on ne connaît pas l'impact de l'utilisation de cet instrument sur la collaboration interprofessionnelle (Riahi *et al.*, 2017). Il semble également que certains professionnels n'en voyaient pas l'utilité, ce qui aurait nui à son adoption (*ibid.*).

1.6.1.3 Alfapsy

Le programme de formation Alfapsy, qui est offert par des pairs-aidants et des stagiaires d'une organisation française de formation et de conseil en santé mentale, vise à favoriser l'acquisition de nouvelles compétences fondées sur les principes d'empowerment et de rétablissement (Jouet *et al.*, 2019). Il appert que le processus de co-animation a permis aux pairs-aidants co-formateurs de reprendre confiance en leurs capacités et d'augmenter leur estime personnelle. Le programme de co-formation a aussi amené les stagiaires à prendre conscience de leurs préjugés envers les PA et à apprendre à travailler autrement, c'est-à-dire à travailler avec la personne et non pas pour la personne. Mais, selon les concepteurs du programme Alfapsy, « ce dispositif de formation doit maintenant se professionnaliser, se consolider, se développer pour devenir un levier de changement » (Jouet *et al.*, 2019, p. 223) dans les milieux de pratique en santé mentale. En définitive, l'étude de Jouet *et al.* (2019) ne démontre pas que le numérique favorise l'enracinement de l'apprentissage des pratiques professionnelles dans les activités quotidiennes des équipes.

1.6.1.4 La plateforme numérique Baromètre

Une équipe de recherche œuvrant à l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) de Sherbrooke développe depuis 2012 un outil numérique et collaboratif d'accompagnement psychosocial : le *Projet Baromètre* (Bossé *et al.*, 2018). Dans un rapport d'observation publié en 2019, le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (EPSM-CCOMS) soulignait l'importance de « systématiser le développement, l'utilisation et l'actualisation [...] de l'outil numérique Baromètre en offrant une place centrale à la PA dans son projet de vie et en garantissant son accompagnement par des professionnels formés à l'outil » et donc aux principes de personnalisation des services guidant l'instrument (p. 78).

Fondée sur l'approche de personnalisation des soins et des services, élaborée par Carrier *et al.* (2017), et sur le modèle des forces, conceptualisé par Rapp et Goscha (2011), la plateforme numérique Baromètre soutient la participation et l'engagement de la PA dans sa démarche de rétablissement personnel en se centrant sur son projet de vie. Ce projet personnalisé peut être élaboré avec le soutien de ses proches et/ou des professionnels. La conception et l'ergonomie de l'outil Baromètre facilitent « l'appropriation et la mise en pratique quotidienne de l'approche de personnalisation » (Bossé *et al.*, 2015, cité dans Carrier *et al.*, 2017, p. 216) dans les activités réalisées par les professionnels avec les PA. Concrètement, la plateforme Baromètre permet d'évaluer le fonctionnement social et la qualité de vie de la PA, d'identifier les forces et les capacités lui permettant de soutenir les changements qu'elle veut concrétiser dans sa vie, de faire le portrait de ses relations avec autrui et de son réseau social à l'aide d'une cartographie évolutive, de soutenir la personne dans l'expression de son vécu et d'élaborer conjointement avec elle un plan d'accompagnement personnalisé (Carrier *et al.*, 2017). Cette manière de faire favorise l'apprentissage de pratiques personnalisées et collaboratives chez les professionnels en leur permettant d'adopter une posture d'accompagnement dans laquelle la PA devient une actrice à part entière de son projet de vie (Bossé, 2018). Pour les professionnels, le dispositif numérique devient un véhicule communicationnel qui porte des significations et des symboles communs et qui peut stimuler leur réflexivité et leur créativité dans les contextes organisationnels hautement complexes (Endsley, 1995, cité dans Bossé, 2018).

Suivant Carrier *et al.* (2019), il n'est pas facile « d'arriver à une institutionnalisation des pratiques de personnalisation enracinées [...] » (p. 13) sur le plan de l'organisation des services. Toutefois, toujours selon ces auteurs, il importe de poursuivre les recherches pour arriver à comprendre comment les méthodes d'expérimentation de l'outil Baromètre peuvent permettre l'enracinement de nouvelles pratiques professionnelles dans les organisations en santé mentale (Carrier *et al.*, 2019). Dans un rapport d'observation publié en 2019, le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (EPSM-CCOMS) soutient l'importance de « systématiser le développement, l'utilisation et l'actualisation [...] de l'outil numérique Baromètre en offrant une place centrale à la PA dans son projet de vie et en garantissant son accompagnement par des professionnels formés à l'outil » et par conséquent familiers des principes de personnalisation des services guidant cet outil (p. 78).

Force est de constater que la mise en œuvre de pratiques personnalisées et collaboratives soutenue par des outils numériques implique à la fois la prise en compte de la dimension sociale de la PA dans l'élaboration de son projet personnalisé et la mise en œuvre d'un processus d'apprentissage professionnel et organisationnel s'enracinant dans les activités des équipes afin de faire vivre ce projet au quotidien (Barrett *et al.*, 2016; Gagnon *et al.*, 2016 ; Ghandour, 2018 ; Lefebvre *et al.*, 2018). Mais, que signifie apprendre et de quelle façon la notion d'apprentissage est-elle définie dans les organisations de la santé et du social ?

1.7 La notion d'apprentissage au sein des organisations

Dans des contextes organisationnels qui sont en constante évolution et qui requièrent flexibilité et capacité d'adaptation, l'intérêt pour la question de l'apprentissage s'est vu décuplé au cours des dernières décennies (Boullier, 2016, cité dans Bossé, 2018 ; Gagnon *et al.*, 2018 ; Leroy, 1998; Nicolini *et al.*, 2003 ; Orlikowski, 2005, 2007 : Pomey *et al.*, 2015). Ce thème a fait l'objet de recherches dans différentes disciplines telles que l'éducation, les sciences économiques, la gestion, la sociologie et la psychologie, pour ne mentionner que celles-là (Hatchuel, 2015). Bien qu'il s'agisse d'un sujet fort étudié, l'élaboration d'une définition de ce même sujet s'avère difficile, voire impossible, parce

que celui-ci se trouve à la confluence de nombreux champs d'études et présente ainsi des perspectives multiples (Koenig, 2015).

Sur ce point, certains chercheurs « soulignent une véritable évolution au niveau des théories de l'apprentissage au cours des dernières cinquante années du siècle passé » (Jonnaert, 2002, cité dans Chekour *et al.*, 2019, p. 2). Quatre grands courants théoriques sont associés à cette évolution : le béhaviorisme, le cognitivisme, le constructivisme et le socioconstructivisme. Certains auteurs font état d'un cinquième courant, en l'occurrence le connectivisme, qui fait son apparition au début du XXI^e siècle (Cascioli, 2020 ; Legros et Crinon, 2002).

1.7.1 Le béhaviorisme

Pour les tenants du courant béhavioriste, l'apprentissage consiste en une modification des comportements d'un individu dans son environnement en réaction à des stimuli répétés. Cette conception de l'apprentissage fut prépondérante dans les sciences de la psychologie de l'éducation en Amérique du Nord à partir des années 1930 jusqu'aux années 1970 (Bourgeois, 2011) et en Europe dans les années 1950. Le Russe Ivan Pavlov, prix Nobel de physiologie ou médecine pour ses travaux en lien avec le conditionnement classique, met l'accent sur l'environnement « en tant que source de stimuli ou de renforcement de la réponse comportementale » (Bourgeois, 2011, p. 28) dans l'apprentissage. Selon Pavlov, l'environnement constitue le seul facteur qui influe sur la modification du comportement, la part de l'activité mentale de l'apprenant dans l'apprentissage comptant pour rien. Les travaux du psychologue américain John Watson (1972) vont dans le même sens en se fondant principalement sur l'analyse des faits observables [les comportements] dans l'étude de l'apprentissage (cité dans Chekour *et al.*, 2019). Ces derniers ont également influencé cette approche déterministe (Cascioli, 2020).

Dans une perspective organisationnelle, le béhaviorisme s'appréhende sous l'angle de la contingence, suivant lequel l'organisation et ses membres sont perçus comme formant un système qui s'adapte à son environnement (Cascioli, 2020). Ainsi, « [...] l'apprentissage est dépendant du passé de l'organisation et essentiellement fondé sur des routines » (Leroy, 1998, p. 8). De leur côté, Legros et Crinon (2002) se sont intéressés au processus

d'apprentissage dans le contexte du déploiement des TIC et des outils multimédias dans le parcours des apprenants dans les organisations. Ces auteurs considèrent que la théorie behavioriste de l'apprentissage ne peut pas contribuer efficacement au développement cognitif et métacognitif des apprenants qui utilisent les TIC car « [...] ils reposent essentiellement sur les mêmes principes de base : découpage des savoirs en micro-objectifs, renforcement, etc. » (Legros et Crinon 2002, p. 6) dans un processus linéaire, peu interactif et peu attractif. Enfin, d'autres auteurs pensent que le behaviorisme réduit l'apprentissage à une réaction plutôt qu'à un processus mobilisant la capacité cognitive et subjective du sujet (Bourgeois, 2011; Legros et Crinon, 2002).

1.7.2 Le cognitivisme

La perspective cognitiviste conceptualise l'apprentissage comme un enrichissement des connaissances ou une modification du système de croyances et d'interprétation qui passe par la création de sens (Huber, 1991, cité dans Leroy, 1998). Pour certains adeptes du cognitivisme, la construction des savoirs pendant le processus d'apprentissage se déroule en deux temps simultanés. Dans la première phase, qui est de nature cérébrale, l'individu acquiert de nouveaux savoirs, notamment par la mémorisation ou par la catégorisation (ibid.). La seconde phase de l'apprentissage survient lorsque cet individu fait des liens entre les informations reçues et son environnement (Kim, 1993, cité dans Leroy, 1998). Bibeau (1996) résume la situation ainsi : « l'apprenant [...] perçoit des informations qui lui proviennent du monde extérieur, les reconnaît, les emmagasine en mémoire, puis les récupère de sa mémoire lorsqu'il en a besoin pour comprendre son environnement ou résoudre un problème » (cité dans Chekour *et al.*, 2019, p. 4). La mémoire, le traitement des informations et l'organisation des connaissances sont enchevêtrés dans ce processus d'apprentissage (Legros et Crinon, 2002).

Dans la même ligne de pensée, Duffy et Cunningham mettent l'accent sur la notion de processus d'apprentissage dans lequel les connaissances sont construites ou produites et non pas acquises. Ces auteurs reprennent l'idée que la mémoire joue un rôle central dans l'organisation des connaissances. Elle joue également un rôle important dans le traitement des informations mises en pratique dans les tâches de l'apprenant. Au plan pédagogique, les activités d'enseignement doivent être centrées sur la construction des savoirs, et non

pas sur la transmission de ces mêmes savoirs (Duffy et Cunningham, 1996, cité dans Legros et Crinon, 2002).

C'est en appui sur les principes définissant la perspective cognitiviste que les premiers outils technologiques éducatifs sont mis au point dans le but d'assurer la mémorisation des informations et leur traitement subséquent. Ces outils permettent au sujet apprenant d'interagir avec « ses connaissances antérieures » (Legros et Crinon, 2002, p. 6) et de s'engager dans un processus de construction de nouveaux savoirs. Dans les années 1990, ces avancées technologiques ont débouché sur la conception d'espaces d'apprentissage partagés qui favorisent la collaboration entre apprenants (Legros et Crinon, 2002) et qui suscitent l'émergence d'une nouvelle conception théorique de l'apprentissage, à savoir le constructivisme.

1.7.3 Le constructivisme

Les auteurs apparaissent divisés sur la question de la définition du constructivisme et du socioconstructivisme (Bourgeois, 2011; Cascioli, 2020 ; Chekour *et al.*, 2019 ; Legros et Crinon, 2002). Certains d'entre eux scindent le constructivisme en deux catégories, soit le constructivisme proprement dit et le socioconstructivisme (Bourgeois, 2011 ; Legros et Crinon, 2002). D'autres auteurs pensent que le constructivisme et le socioconstructivisme forment deux théories distinctes de l'apprentissage et rattachent le socioconstructivisme au courant expérientiel (Cascioli, 2020; Chekour *et al.*, 2019).

Les modèles s'inspirant du constructivisme « [...] s'appuient sur l'idée que la réalité du monde se construit dans la tête de l'individu à partir de son activité perceptive sous forme de représentations mentales » (Legros et Crinon, 2002, p. 7), qui sont fondées sur les expériences passées de l'individu. L'un des pionniers de l'approche constructiviste est le psychologue suisse Jean Piaget. Celui-ci considère que les processus d'assimilation et d'accommodation des connaissances nouvelles sont indispensables à l'activité cognitive de reconstruction des savoirs (Piaget, 1975, cité dans Chekour *et al.*, 2019). Aux yeux de Piaget, il est essentiel de « [...] prendre en compte l'inscription des processus cognitifs d'apprentissage dans l'histoire et le développement du sujet [...] » (Bourgeois, 2011, p. 33) pour que celui-ci puisse s'adapter à son environnement. Pour Piaget, il est important

que des apprentissages soient faits à chacun des stades de développement de l'individu pour que celui-ci comprenne et s'ajuste à l'environnement dans lequel il évolue quand il se situe à un stade donné (Bourgeois, 2011).

Force est de constater que la dimension cognitive de l'apprentissage et la question de l'interaction du sujet avec son environnement demeurent très présents dans la perspective constructiviste. Mais, qu'en est-il de l'aspect social de l'apprentissage ?

1.7.4 Le socioconstructivisme

Pour les tenants du socioconstructivisme, dont fait partie Lev Vygotsky (1934), « c'est dans l'interaction que l'individu se construit et apprend » (cité dans Leroy, 1998, p. 16). Cette perspective diffère du point de vue constructiviste par le fait qu'elle met l'accent sur les dimensions sociale et culturelle de l'apprentissage (Bourgeois, 2011). En même temps, elle se rapproche du courant expérientiel de Dewey, pour qui la dimension sociale de l'apprentissage renvoie au système social basé sur des interrelations et des expériences qui sont vécues collectivement. La pensée vygotskienne s'enracine dans la perspective socioculturelle de l'apprentissage suivant laquelle l'utilisation d'artéfacts (le langage, l'écriture, l'ordinateur) comme outils symboliques favorise la création collective de sens dans une culture donnée (Cascioli, 2020).

Pour leur part, les tenants de la *practice-based approach* et de la sociomatérialité apportent une contribution intéressante à l'approche socioconstructiviste en lui adjoignant la notion d'affordance. Selon Mäkitalo (2012), l'usage d'un artéfact crée des affordances (leviers pour l'action, freins à l'action) qui influencent et construisent simultanément l'activité effectuée par les professionnels. Les affordances correspondent aux significations, aux symboles et aux écritures auxquels réfère l'outil ou le contexte socioculturel tout en facilitant ou en freinant la réalisation des pratiques professionnelles. L'auteure étudie la socio-matérialité de l'apprentissage afin d'illustrer comment se font les apprentissages professionnels dans la pratique quotidienne des équipes [apprentissage en pratique] (Mäkitalo, 2012). Ceci est possible en analysant les activités concrètes des professionnels qui interagissent entre eux et avec les usagers à travers un outil symbolique de médiation

représenté par l'artéfact numérique (Eklund *et al.*, 2010). La notion de médiation revêt une importance cruciale dans l'approche socioconstructiviste. Pour Vygotsky (1978, 1986),

« [...] the central role of artefacts in social practices serve to remind us of how reasoning, social action and material tools are intertwined. Through our systems generated for measuring, writing and documenting events and activities, categories for codifying the world appear in textual (and other symbolic) form, and become coordinating devices in our activities » (cité dans Mäkitalo, 2012, p. 63).

Vygotsky appréhende la médiation comme un processus d'apprentissage au sein duquel l'usage d'artéfacts symboliques dans les activités qui sont réalisées par les professionnels s'enchevêtre aux interactions sociales et au processus réflexif (*ibid.*).

Évoluant au sein du courant expérientiel, Kolb et Kolb (2017) vont dans le même sens que Lewin, Jung, Dewey et Rogers en considérant l'apprentissage comme un processus d'expérience consciente vécu collectivement. Toujours selon ces auteurs, cette conception implique qu'une vérité ou une connaissance est construite lors d'expériences où « l'acteur y est immergé et en est partie prenante [...] (Traduction libre, p.18). Dit autrement, c'est par l'action que les connaissances sur la réalité perçue se construisent » (Bossé, 2018, p. 41). À l'instar de Dewey (2003), Kolb et Kolb (2017) définissent l'apprentissage comme étant « *the process whereby knowledge is created through the transformation of experience* » (p. 31). Ainsi, l'apprentissage ne peut se faire qu'à partir d'une expérience vécue par le sujet en relation avec autrui, expérience qui forme et transforme ledit sujet (*ibid.*).

1.7.5 Le connectivisme

Enfin, un cinquième courant théorique de l'apprentissage a vu le jour au cours des deux dernières décennies, en l'occurrence le connectivisme (Chekour *et al.*, 2019). Développée notamment par George Siemens et Stephen Downes, la pensée connectiviste « interroge le processus d'apprentissage à l'ère du numérique et dans un monde connecté en réseaux en s'appuyant sur les limites du béhaviorisme, du cognitivisme, du constructivisme et du socio-constructivisme » (Chekour *et al.*, 2019, p. 6). Les principes servant de socle au connectivisme sont issus de différentes théories (du chaos, des réseaux, de l'auto-organisation, de la complexité) (Siemens, 2005, cité dans Chekour *et al.*, 2019). Dans la perspective connectiviste, l'apprentissage est défini comme un processus qui prend place dans un environnement hautement complexe dans lequel les changements surviennent

constamment (ibid.). Ce processus n'est pas entièrement sous le contrôle de l'individu et se concentre sur un ensemble de connexions (neuronales, entre les êtres humains, entre les champs de savoirs, ordinateurs, etc.) (Siemens, 2005, cité dans Chekour *et al.*, 2019). Le connectivisme fut fortement critiqué par certains chercheurs qui considèrent que celui-ci est davantage un courant pédagogique qu'une théorie de l'apprentissage. En effet, le connectivisme ne s'intéresse pas à la façon dont un élève apprend en termes de processus, mais plutôt à l'organisation de l'apprentissage, c'est-à-dire aux différents types de savoirs que l'apprenant doit acquérir en vue de développer certaines compétences (Kerr, 2007, Verhagen, 2006, cités dans Chekour *et al.*, 2019).

1.8 Positionnement de la chercheuse

L'ensemble formé par les théories de l'apprentissage présentées plus haut dévoile trois éléments fondamentaux requis pour que se concrétise le processus d'apprentissage, à savoir la dimension cognitive, la dimension sociale et la dimension culturelle.

Dans le cadre de la présente étude, qui se focalise sur l'apprentissage professionnel, la chercheuse considère que la perspective socioconstructiviste est celle qui est la mieux en mesure de mettre en évidence ce processus parce qu'elle pose l'apprentissage en milieu de travail à partir de ces trois dimensions. Ce concept y est appréhendé comme un processus dans lequel l'utilisation d'un artefact vient en soutien à la représentation (dimension cognitive) et aux symboles partagés collectivement (dimension sociale) dans un environnement étant influencé par une culture (dimension culturelle). Ainsi, l'apprenant est perçu comme un « être qui essaye de donner du sens à son expérience » influencée à la fois par son environnement culturel, collectif et personnel (Cascioli, 2020, p.65).

À cet effet, la perspective socioconstructiviste peut apporter un éclairage pertinent quand on s'intéresse à l'usage du numérique pour stimuler les apprentissages dans une organisation œuvrant dans le champ de la santé mentale.

1.9 Un processus d'apprentissages soutenu par le numérique : recension des écrits

Étant donné que les outils numériques peuvent être mis au service de l'apprentissage de nouvelles pratiques professionnelles qui sont axées sur l'éducation à la santé, il apparaît

pertinent de chercher à comprendre comment et dans quelle mesure ces outils pourraient remplir un rôle identique dans l'apprentissage de nouvelles pratiques d'accompagnement professionnelles personnalisées et collaboratives ?

Cette recension s'intéresse aux écrits portant sur le processus d'apprentissage soutenu par le numérique et contribuant à la transformation des pratiques d'accompagnement en santé et en services sociaux. En premier lieu, elle mettra en lumière les concepts centraux qui ont mentionnés plus haut à partir des différentes façons d'appréhender l'objet à l'étude. En second lieu, les résultats des différentes recherches recensées mettront en évidence comment l'introduction d'un outil numérique dans le secteur médico-social et sanitaire en santé mentale peut soutenir les processus d'apprentissage.

1.9.1 La compréhension de l'objet à l'étude

Dans cette revue de la littérature, neuf documents (articles et textes) ont été retenus au regard de la place accordée en priorité aux processus d'apprentissage dans un contexte de transformation au moyen de technologies numériques dans le domaine de la santé et dans le champ de la santé mentale. La transformation de pratiques professionnelles orientées vers le rétablissement et la personnalisation des services transparait en filigrane.

1.9.2 Les résultats des études portant sur la transformation par le numérique

Parmi les études recensées, plus de la moitié s'intéressent à l'utilisation de technologies de l'information et des communications (TIC) comme stratégies efficaces pour favoriser les apprentissages et la création de savoirs chez les différents acteurs principalement dans le secteur de la santé somatique (Barr *et al.*, 2017 ; Barrett *et al.*, 2016 ; Childs *et al.*, 2005 ; Edmondson *et al.*, 2001; Lefebvre *et al.*, 2018 ; Renner *et al.*, 2014). Pour leur part, les écrits abordant la question de la santé mentale portent davantage sur les pratiques professionnelles axés vers le rétablissement, mais ils ne cherchent pas à comprendre de quelle façon l'outil numérique intervient dans l'apprentissage de ces nouvelles pratiques professionnelles d'accompagnement et de collaboration.

1.9.3 Apprentissage de pratiques de collaboration interprofessionnelle et inter-organisationnelle soutenues par le numérique

Lefebvre *et al.* (2018) ont étudié une stratégie web de transfert des connaissances pour planifier le congé d'hôpital et faciliter les transitions au cours de soins oncologiques. Les auteurs ont développé le modèle scientifique de la mise en œuvre multi-niveaux, lequel comporte plusieurs étapes à partir de l'étape préliminaire d'exploration jusqu'à l'étape finale d'adoption de l'outil numérique (Fixsen *et al.*, 2005, cité dans Lefebvre *et al.*, 2018). Cette évaluation d'implantation soulève des enjeux au regard de l'apprentissage de pratiques de collaboration interprofessionnelle et de collaboration inter-organisationnelle. Lefebvre *et al.* (2018) remarquent que la stratégie utilisée doit demeurer flexible parce qu'elle doit s'adapter à des contextes organisationnels qui sont différents et dans lesquels les contraintes de diverses natures représentent le lot habituel des équipes de soins. En fait, il n'est pas facile de partager des connaissances et de favoriser les apprentissages inter-organisationnels avec des équipes à l'externe si l'organisation porteuse du projet de développement d'une communauté virtuelle de pratique est confrontée à des enjeux reliés à la confidentialité des données. Sur ce point, un des facteurs importants de la réussite de l'implantation d'une technologie numérique dans le domaine de la santé est de s'assurer que le contexte organisationnel offre les conditions requises favorables dès le début du projet (Barr *et al.*, 2017; Bossé, 2018; Childs *et al.*, 2005; Lefebvre *et al.*, 2018). Ces conditions sont en lien avec un meilleur accès à la technologie et à l'information pour contourner les obstacles entravant le partage de cette technologie et de cette information et le transfert de connaissances.

L'étude menée par Barrett *et al.* (2016) met en relief les apprentissages qui sont réalisés à toutes les étapes de la mise en place d'une communauté virtuelle de pratique centrée sur la participation des usagers. Elle montre que l'utilisation d'outils numériques permet aux acteurs de différentes organisations, par l'intermédiaire d'un processus de partage et de transfert des savoirs d'expérience, des expertises inter-organisationnelles et des expertises professionnelles, de s'assurer que l'offre de soins et de services en santé sur un même territoire présente une plus grande cohérence et une plus grande continuité (Barrett *et al.*, 2016). Toutefois, certains obstacles demeurent présents dans cette diffusion des savoirs en particulier au regard du contexte organisationnel, qui se révèle parfois trop rigide pour

favoriser ce type de partage entre les différentes organisations, notamment en raison des règles de confidentialité (Barrett *et al.*, 2016). Il apparaît aussi que la participation des PA est parfois freinée par le caractère trop savant (manque de vulgarisation) des informations partagées entre les acteurs (Barrett *et al.*, 2016); comme certaines de ces personnes se sentent peu concernées, elles choisissent de se retirer de la communauté de pratique.

Une recherche longitudinale, effectuée par Renner *et al.* (2014), visait à mettre à jour les apprentissages entourant une pratique réflexive partagée entre des professionnels qui font usage d'une application mobile dans le secteur de la neurologie en milieu hospitalier. Les résultats de cette recherche montrent que les professionnels ayant utilisé la nouvelle application mobile dans leur travail affichaient un niveau de collaboration supérieur avec leurs collègues et avec leurs gestionnaires. Ainsi, une alerte les invitait à documenter leurs tâches et à partager avec leurs pairs les progrès accomplis et les apprentissages perçus. L'utilisation d'une application mobile peut faciliter le partage de connaissances en lien avec les pratiques et la communication interprofessionnelle lors des rencontres d'équipe (Renner *et al.*, 2014). Cependant, une des limites de la recherche qui a été effectuée par Renner *et al.* (2014) tient à la difficulté de discerner si l'augmentation de la réflexion interprofessionnelle est influencée par l'application mobile comme telle, par l'utilisation de l'application dans la pratique ou par ces deux éléments en même temps.

1.9.4 Apprentissage de pratiques numériques en santé somatique

Childs *et al.* (2005) et Edmondson *et al.* (2001) se sont intéressés aux conditions requises pour l'implantation d'une technologie numérique en concentrant leur attention sur le processus d'apprentissage. Childs *et al.* (2005) ont effectué une revue de la littérature portant sur les obstacles liés aux apprentissages lors de l'implantation d'une technologie numérique. Ces auteurs proposent plusieurs pistes pour contrer les obstacles en lien avec l'apprentissage, dont l'obtention d'un meilleur accès à la technologie, l'augmentation du temps de travail consacré à l'e-learning, une augmentation du soutien à la formation des compétences informatiques et l'intégration du e-learning dans les pratiques quotidiennes des professionnels. Cependant, l'étude ne s'intéresse pas aux pratiques professionnelles et à l'usage d'un outil numérique avec les PA car elle met plutôt l'accent sur le processus de formation des professionnels (Childs *et al.*, 2005).

Edmondson *et al.* (2001) ont sélectionné 16 hôpitaux utilisant une technologie numérique innovante pour les chirurgies cardiaques pour observer comment se sont développées les nouvelles routines de travail des professionnels à partir d'un processus d'apprentissage collectif. Leur étude montre que c'est en suivant un modèle de processus d'apprentissage comportant quatre grandes phases (sélection des membres, sessions de pratique, essai des nouvelles routines, retour sur l'expérience pour apprendre des expériences vécues) que se déroule l'apprentissage collectif. Ces auteurs se sont également penchés sur les pratiques d'accompagnement et les changements qui ont contribué au développement du processus d'apprentissage collectif lors de l'introduction de la technologie numérique. Ils proposent des pistes pour les cadres qui accompagnent le changement et pour les professionnels qui vivent la transformation de leur pratique. Edmondson *et al.* (2001) suggèrent que le cycle d'apprentissage est itératif et doit être dirigé par un cadre intermédiaire qui maîtrise le travail de terrain pour favoriser les apprentissages collectifs. Le leadership et le travail d'équipe en face à face peuvent permettre aux organisations de s'adapter avec succès à la situation quand elles se trouvent confrontées à une technologie novatrice qui remet en question les routines existantes (*ibid.*). Même si cette recherche est utile pour comprendre le processus d'apprentissage enraciné dans les activités quotidiennes des équipes, elle n'aborde pas la question des pratiques professionnelles personnalisées et collaboratives avec des PA (Edmondson *et al.*, 2001).

1.9.5 Apprentissage de pratiques professionnelles orientées vers le rétablissement en santé mentale

Broussard et Teng (2019) ont effectué une revue systématique de la littérature et analysé comment les cliniciens et les développeurs d'applications mobiles pourraient utiliser deux modèles de processus d'apprentissage : la théorie de l'apprentissage expérientiel de Kolb (Kolb, 2014, cité dans Broussard et Teng, 2019) et la taxonomie de Bloom (Bloom *et al.*, 1956, cité dans Broussard et Teng, 2019). Ces modèles visent à faciliter la collaboration entre les professionnels et à augmenter l'apprentissage expérientiel dans les interventions en lien avec la conception et l'utilisation d'applications mobiles dans le champ de la santé mentale. Les auteurs montrent que l'interactivité avec une application mobile en santé, au moyen de la manipulation et de l'exploration de cet outil, peut stimuler l'engagement des

utilisateurs dans les pratiques professionnelles. L'expérimentation, qui est située au cœur de l'apprentissage expérientiel et qui est générée par l'interactivité, favorise l'apparition de comportements et de croyances. Un ensemble d'interventions comprenant des suivis personnalisés et des rétroactions peut aussi améliorer le développement des compétences des professionnels. La présence d'interventions intégrées incorporant des composantes affectives, comportementales et cognitives dans les activités, peut elle aussi augmenter la portée ainsi que la profondeur de l'apprentissage (Broussard et Teng, 2019). Ces auteurs exposent les concepts théoriques incontournables pour étudier les apprentissages qui sont faits par les professionnels au cours du processus de développement d'une application mobile (ibid.). Toutefois, une des limites de l'étude de Broussard et Teng (2029) tient à l'absence d'un fondement empirique faisant la démonstration de l'analyse menée par les auteurs.

Tel que vu précédemment, en s'appuyant sur l'utilisation de la plateforme numérique Alfapsy, la recherche conduite par Jouet *et al.* (2019) se centre sur les effets et les enjeux en lien avec les activités de co-formation des étudiants. Ce programme de formation est offert sur une période de 18 mois au cours de laquelle les stagiaires professionnels doivent suivre un module de formation de deux jours à toutes les six semaines. Dans une perspective de changement de pratiques, l'objectif visé est « [...] de modifier son regard, son écoute et sa manière d'accompagner [et] le temps devient un facteur nécessaire pour que ces mouvements s'éprouvent dans la découverte individuelle et collective, et de nouvelles manières d'agir » (Jouet *et al.*, 2019, p. 211). En prenant appui sur les concepts de co-construction et de participation en santé mentale, l'étude de Jouet *et al.* (2019) met en évidence le processus d'empowerment des formateurs-pairs et le changement dans le regard porté par les stagiaires sur les PA. Selon ces auteurs, il semble que ce processus de changement de pratiques soit enclenché, mais qu'il soit difficile à ancrer dans les activités des futurs professionnels (ibid).

L'étude conduite par Bossé (2018), qui s'appuie sur le cadre théorique du pragmatisme américain (George Herbert Mead, John Dewey), vise à poursuivre le développement de la plateforme numérique Baromètre en utilisant une approche participative pour concevoir un module complémentaire d'évaluation du fonctionnement social. Cette recherche a été

menée en partenariat avec des travailleurs sociaux, des usagers et l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ). À cette fin, le chercheur a mené une série d'entrevues et organisé des groupes de travail. Il a également recueilli des histoires d'utilisation de Baromètre; celles-ci indiquent que l'usage de cette plateforme favorise la prise en compte de la PA dans sa globalité et soutient le dialogue et l'établissement d'une alliance collaborative entre l'intervenant et cette personne (Bossé, 2018). L'utilisation de l'outil Baromètre semble faciliter le processus réflexif, soutenir la capacité d'expression et favoriser la participation, et ce, tant chez l'intervenant que chez la PA. Toutefois, quelques PA ont relaté que leur expérience d'utilisation de l'outil fut plutôt négative. Certaines disent avoir été bousculées à cause d'un manque de temps de l'intervenant. D'autres mentionnent qu'elles ont été laissées à elles-mêmes. D'autres affirment qu'elles ont eu l'impression d'avoir été questionnées d'une façon trop directive. En réalité, même si l'usage de Baromètre semble contribuer à l'actualisation de pratiques personnalisées axées sur le rétablissement, d'autres recherches doivent être entreprises pour identifier les facteurs qui influencent l'opérationnalisation de ces pratiques. Dans la même veine, l'étude faite par Bossé n'a pas approfondi la question de la compréhension des processus d'apprentissage (Bossé, 2018).

En synthèse, la transformation par le numérique dans les organisations de santé demeure un sujet d'actualité. On observe toutefois que les études qui portent sur la transformation numérique et l'apprentissage se situent davantage dans le champ de la santé physique et sont centrées davantage sur l'éducation à la santé et la collaboration interprofessionnelle (Barrett *et al.*, 2016 ; Childs *et al.*, 2005 ; Edmondson *et al.*, 2001; Renner *et al.*, 2014). Il est possible d'affirmer que les résultats qui ressortent des recherches en santé physique s'appliquent en partie au contexte de pratique en santé mentale parce qu'elles abordent et renforcent l'importance de la collaboration interprofessionnelle. Toutefois, ces recherches elles-mêmes ne se centrent pas sur l'apprentissage des pratiques personnalisées orientées vers un processus de rétablissement et mettant l'accent sur le projet de vie de la PA.

Par ailleurs, la seule étude empirique portant sur les processus d'apprentissage dans le domaine de la santé mentale a été conduite dans un contexte inter-organisationnel et dans le domaine de l'éducation (Jouet *et al.*, 2019). Cette approche ne permet pas d'illustrer

l'enracinement des pratiques professionnelles personnalisées et collaboratives dans les activités quotidiennes des équipes œuvrant dans le champ de la santé mentale (Jouet *et al.*, 2019). La recherche qui a été menée par Broussard et Teng (2019) semble pertinente au regard de l'analyse des apprentissages qui peuvent être faits par les professionnels lors du développement d'une application mobile dans le domaine de la santé mentale, mais, comme les résultats de cette recherche ne s'appuient pas sur des données empiriques, ils demeurent hypothétiques et ne permettent pas de mettre en évidence les apprentissages de pratiques personnalisées et collaboratives des professionnels en contexte réel de travail (Broussard et Teng, 2019). Finalement, la recherche menée par Bossé (2028) sur l'outil numérique Baromètre s'intéresse à la co-production d'un module numérique d'évaluation du fonctionnement social, mais elle ne s'attarde pas sur le processus d'apprentissage des nouvelles pratiques professionnelles (Bossé, 2018).

1.9.6 La principale contribution de l'objet à l'étude

Les résultats de ces recherches font ressortir l'importance de s'intéresser à la question de l'apprentissage dans ce processus de transformation et, plus précisément, de comprendre Comment et dans quelle mesure le processus de déploiement et l'usage de la plateforme numérique Baromètre (la démarche Baromètre) influencent l'apprentissage de pratiques professionnelles personnalisées et collaboratives, enracinées dans les activités quotidiennes d'une organisation en santé mentale, en France ?

À la lumière des résultats de cette recension et au regard de l'importance acquise par le numérique dans l'apprentissage des pratiques professionnelles, il s'avère pertinent dans le cadre de cette étude de tenter d'élucider la question suivante : Comment le processus d'implantation et l'usage de l'outil numérique Baromètre influencent l'apprentissage de pratiques professionnelles personnalisées et collaboratives enracinées dans les activités quotidiennes dans le champ de la santé mentale ?

PARTIE 2 :

CADRE THÉORIQUE

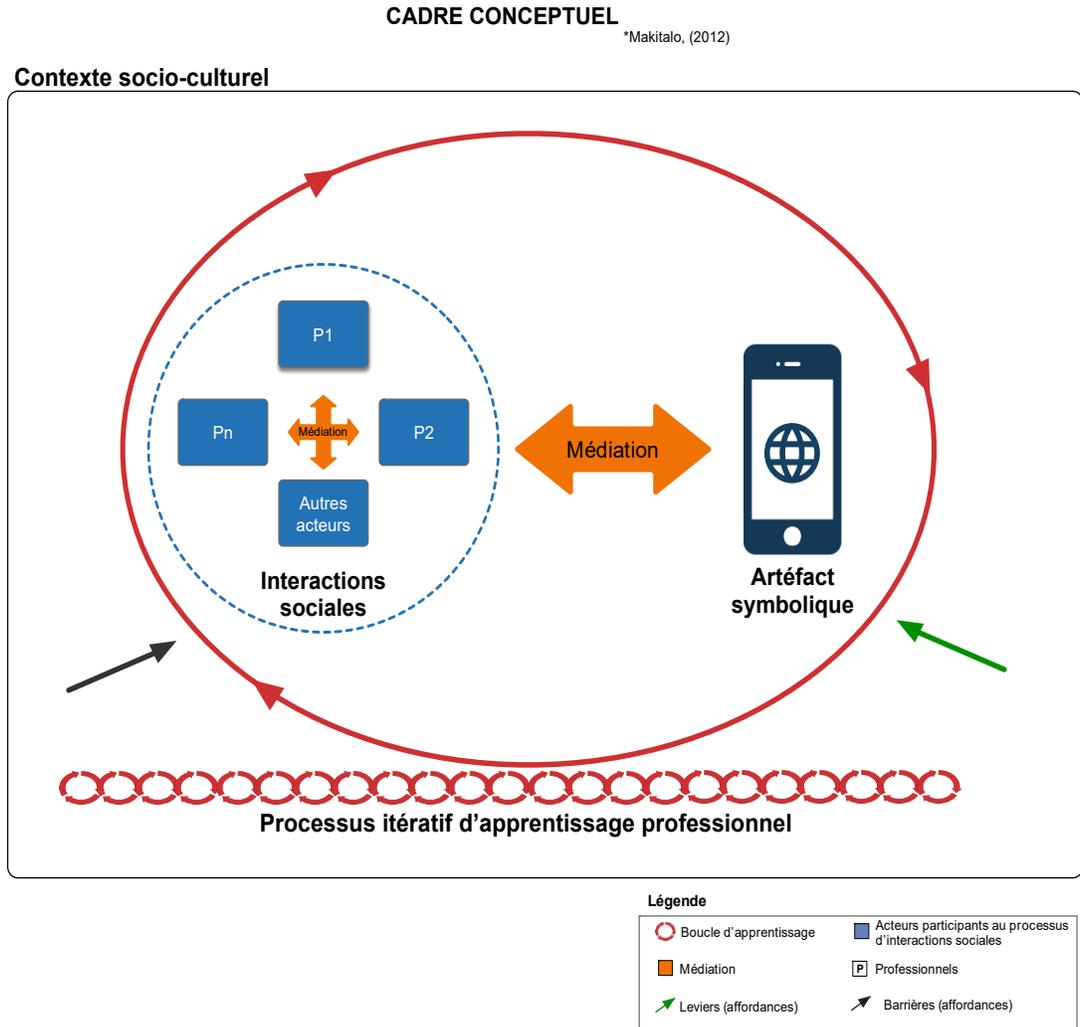
CHAPITRE 2 : CADRE THÉORIQUE

2.1 La perspective socioconstructiviste et matérielle

En matière d'apprentissage de pratiques professionnelles personnalisées et collaboratives, « la compétence du professionnel ne consiste plus à énoncer des compréhensions, des explications, des interprétations, mais à s'ouvrir aux savoirs et vérités qui sont construits par les échanges et les dialogues, en situation » (Paul, 2012, p. 16). Ce postulat se situe en phase avec la théorie de l'apprentissage socioconstructiviste et la perspective matérielle de la théorie des organisations telles qu'elles sont appréhendées par Mäkitalo (2012).

Ainsi, cette étude privilégie la conception de l'apprentissage développée par Mäkitalo (2012), qui mobilise la perspective socioconstructiviste et la perspective matérielle. Cette auteure s'inspire des travaux réalisés par Vygotsky (1937), qui considère qu'une vision du monde se développe par la participation à des activités humaines dans lesquelles sont utilisés des outils symboliques : « [...] *through tool-mediated activity the human mind is transformed* » (cité dans Mäkitalo, 2012, p. 62). Selon Mäkitalo (2012), l'apprentissage professionnel « émerge dans les situations où la création et la coordination de points de vue et leur mise en action sont essentielles pour la poursuite des activités en cours » (traduction libre, p. 61). Cette auteure met l'accent sur l'utilisation du numérique dans le processus d'apprentissage de pratiques professionnelles de coordination dans le secteur de la santé (Mäkitalo, 2012). À cette fin, elle relève les pensées, les gestes, les paroles et les attitudes des professionnels en observant comment se fait l'usage du numérique et comment se déroulent les interactions sociales lors de réunions cliniques (De Vaujany et Mitev, 2016). Cinq concepts sont rattachés à la perspective socioculturelle et matérielle développée par Mäkitalo (2012), soit les interactions sociales, la médiation, les artéfacts symboliques, les affordances et le contexte socio-culturel. Le schéma figurant ci-dessous présente le cadre conceptuel élaboré par cette auteure.

Schéma 1. Cadre conceptuel de Mäkitalo, (2012)



Ce schéma illustre que l'apprentissage professionnel s'effectue par l'intermédiaire d'un processus de médiation entre un ou des outils symboliques (artéfacts) et les interactions sociales d'un groupe d'acteurs inscrits dans un contexte socio-culturel particulier et que cet apprentissage est influencé par des affordances.

2.1.1 Les concepts centraux

Le concept d'interactions sociales fait référence aux échanges continus entre la personne et les autres et le monde dans lequel elle évolue (Ivic, 1994). Ces échanges comportent plusieurs dimensions -- matérielles (physiques), expérientielles (activités humaines),

communicationnelles (accords négociés d'interprétation) symboliques (représentations partagées, symboles) -- qui s'entrecroisent dans des pratiques sociales (Mäkitalo, 2012). Ceci renvoie à la manière dont les professionnels entre eux et avec les PA vont réfléchir, communiquer et travailler ensemble pour développer une vision partagée afin d'arrimer leurs actions. Afin de mieux comprendre cette dynamique de coordination médiée par le matériel, Mäkitalo (2012) a mis à contribution la méthode de l'observation participante dans les rencontres d'équipe de différents groupes de professionnels, notant les gestes, les attitudes et les paroles ayant permis à ces professionnels de créer collectivement et de se coordonner à l'aide d'un artéfact numérique.

Les artéfacts sont, pour Mäkitalo (2012), des outils qui agissent tels des médiums (par exemple, l'écriture, le support technologique, etc.) soutenant les interactions sociales des apprenants et leur réflexivité (Ivic, 1994). Ils sont symboliques parce qu'ils sont porteurs de contenus et de significations qui sont propres à la culture organisationnelle et qu'ils aident les professionnels à se forger des représentations de leur pratique (Mäkitalo, 2012). De manière concrète, Mäkitalo (2012) s'intéresse à l'utilisation dans la pratique infirmière d'un artéfact numérique, à savoir le dossier médical électronique. Celui-ci constitue un artéfact symbolique socioculturel car il renvoie à des principes médicaux qui contribuent à organiser la pensée des infirmières lorsqu'elles réfléchissent à leur pratique et utilisent le dossier ensemble. Les artéfacts symboliques participent à l'apprentissage en pratique en développant et en façonnant la pensée des individus qui sont en interaction.

Le concept de médiation renvoie à une mise en relation entre un artéfact et les acteurs qui réfléchissent et agissent ensemble. Mäkitalo (2012), qui s'intéresse au processus de médiation vécu par des infirmières lors de l'utilisation d'un dossier médical électronique, met en exergue les difficultés d'apprentissage que ces dernières ont rencontrées : « *This means that the professional ability to give a 'coherent report' is challenged in terms of how the electronic patient record is organised and materialised in the system, making salient to the researcher, the professional dependency of such mediational means* » (p. 73). Ces difficultés sont liées à la fluidité de l'utilisation du dossier médical électronique lors de leur rencontre d'équipe. Étant donné que les infirmières ne trouvaient pas facilement les informations dont elles avaient besoin pour remplir leur rapport de soins, elles n'ont pu

créer de sens collectivement et développer une vision partagée, ce qui a créé une barrière à l'apprentissage professionnel (Mäkitalo, 2012).

Cette médiation est à la fois habilitée et contrainte par des affordances, qui constituent un ensemble d'éléments facilitant ou freinant l'action des professionnels lorsque ces derniers font usage de l'outil numérique. L'affordance est plus que la simple représentation d'un objet (Reix *et al.*, 2016). Elle correspond à une occasion d'interactions potentielles avec l'environnement; elle est « à la fois une possibilité d'interaction avec un objet, mais aussi une capacité de l'objet à suggérer sa propre utilisation de façon plus ou moins intuitive » (Luyat et Regia-Corte, 2009, cité dans Reix *et al.*, 2016). Les affordances peuvent être de différentes natures; elles peuvent découler notamment du contenu textuel de l'artéfact, de son ergonomie, de la réflexivité des acteurs que ce médium stimule ou court-circuite, des dynamiques relationnelles ou du contexte socio-culturel. Par exemple, une voiture permet un déplacement, mais elle le contraint simultanément car le périmètre de ce dernier dépend du niveau d'essence et d'infrastructures qui ne sont pas toutes adaptées à un déplacement en voiture (De Vaujany et Mitev, 2016). Comme la voiture, les artéfacts utilisés par les professionnels possèdent des affordances, lesquelles sont des propriétés visuelles et représentatives (forme, couleur, matière, symboles, etc.) qui se créent et se recréent (De Vaujany et Mitev, 2016) au fil des interactions sociales prenant place entre les professionnels entre eux ainsi qu'entre les professionnels et la PA.

Le concept de contexte socioculturel renvoie aux travaux de Vygotsky (1986). Ce dernier pense que c'est « la culture qui apporte à l'apprenant les instruments symboliques qui les aide à former et façonner leur pensée, et ce, en interaction avec d'autres » (Vygotsky, 1986, cité dans Ivic, 1994, p. 793). De ce point de vue, le contexte socio-culturel génère des affordances qui lui sont spécifiques, influence la conception et l'usage des artéfacts socialement valorisés et imprègne l'ensemble des interactions sociales et les processus de médiation.

Au regard de ces notions, la perspective socioconstructiviste et matérielle adoptée par Mäkitalo (2012) apparaît pertinente pour la présente étude. En effet, en étudiant un outil de médiation numérique socioculturel qui intègre les principes de personnalisation des

services, la présente étude peut révéler comment son usage favorise l'apprentissage de pratiques qui placent les PA au cœur de leur projet de vie. Les concepts d'interactions sociales et de médiation mettent en relief les apprentissages au regard de la collaboration entre les professionnels en vue d'assurer une cohérence de ces nouvelles pratiques. Ces apprentissages se produisent par la co-analyse des communications, des réflexions et du travail effectué par les professionnels entre eux et avec les PA et d'autres acteurs de l'organisation. La notion d'artéfact symbolique est centrale dans cette étude parce qu'elle implique de se centrer sur la manière dont la plateforme numérique devient symbolique, c'est-à-dire porteuse de significations communes pour les professionnels. Plusieurs des symboles et des principes qui ont été intégrés dans la plateforme numérique Baromètre sont propres à la notion de personnalisation des services, ce qui peut aider à soutenir les apprentissages de pratiques personnalisées et collaboratives ancrées dans les activités des équipes. À cet effet, la proposition de recherche de la chercheuse est que l'introduction de l'outil Baromètre dans une organisation en santé mentale contribuera à l'apprentissage de pratiques professionnelles personnalisées et collaboratives et ce, en s'enracinant dans le travail quotidien des équipes.

2.2 Les objectifs de la recherche

2.2.1 Question de recherche

Comment et dans quelle mesure le processus de déploiement et l'usage de la plateforme numérique Baromètre (la démarche Baromètre) influencent l'apprentissage de pratiques professionnelles personnalisées et collaboratives, enracinées dans les activités quotidiennes d'une organisation en santé mentale, en France ?

2.2.2 Les objectifs spécifiques

1. Identifier, avec les acteurs, les affordances (leviers et contraintes) qui influencent l'actualisation de pratiques professionnelles personnalisées et collaboratives.
2. Co-analyser des processus de médiation et les interactions entre les professionnels, les PA et autres acteurs de l'organisation lors de réunions d'équipe et de rencontres de co-élaboration du projet de vie des PA.

PARTIE 3 :
MÉTHODOLOGIE

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE

3.1 Le devis de recherche

Le cadre théorique précédent fait appel à une méthode de recherche où « les connaissances et expériences des participants viennent compléter les compétences méthodologiques et théoriques du chercheur », permettant ainsi, de co-construire une démarche d'apprentissage mutuel (Allard-Poesi et Perret, 2003, p.12). Cette perspective s'inscrit en cohérence avec les méthodes et la visée de la recherche-action. Selon Roy et Prévost (2013), la recherche-action se distingue des autres types de recherche, par ces trois caractéristiques : 1) elle se réalise « avec » les acteurs concernés par la situation et non en portant un regard « sur » eux, 2) elle s'enracine dans l'action collective en vue de transformer une situation problématique et en faire ressortir les apprentissages et 3) s'inscrit dans un processus itératif de réflexion-action-évaluation impliquant tous les acteurs. Sa dimension participative fait appel à la mise en œuvre d'espaces de réflexion et d'action dans lesquels la reconnaissance des différents points de vue des acteurs est susceptible de produire de nouvelles représentations et apprentissages (ibid). Ainsi, tout au long de cette recherche, c'est par des cycles d'actions (formations, ateliers pratiques, etc.) et de réflexions, entre chercheurs et participants (professionnels, adjoint de direction, psychiatre, gestionnaires et PA), qu'apparaîtront « des solutions co-générées » et porteuses de sens pour tous (Greenwood et Lewin, 1998 dans Allard-Poesi et Verret, 2003, p.12). La force d'une recherche-action est de donner la voix à tous les acteurs engagés dans la transformation et de co-construire, en réfléchissant et en analysant de manière concomitante, les pratiques et les apprentissages qui en découlent dans le cadre d'une transformation organisationnelle (Roy et Prévost, 2013).

3.1.1 Le contexte de la recherche : une démarche de transformation

La présente recherche se déroule en France. Selon bon nombre d'acteurs scientifiques et politiques, la France accuse un retard en matière de pratiques professionnelles en santé mentale qui favorisent la co-construction avec la personne de son projet de soins et d'accompagnement (ANESM, 2016; HAS, 2019 ; ONU, 2019 ; Pachoud *et al.*, 2019). Dans

ses recommandations de bonnes pratiques, l'ANESM³ soutient que « [...] le caractère en partie invisible et fluctuant du handicap psychique rend difficile le repérage et l'évaluation des besoins en accompagnement par les professionnels » (ANESM, 2016, p. 66). Afin de pallier ce problème, l'ANESM (2016) encourage la mise en œuvre de dispositifs permettant de co-construire avec la PA un accompagnement personnalisé qui s'appuie sur le renforcement de ses capacités d'agir.

Ces recommandations semblent d'actualité au regard du référentiel de certification des établissements sanitaires français de 2021 élaboré par la HAS. Deux enjeux déterminants sont ciblés dans ce document, à savoir « le développement de l'engagement des patients comme partenaire au sein de leurs parcours de soins et d'accompagnement et le développement de la coordination interprofessionnelle comme levier de l'amélioration des pratiques d'accompagnement » (HAS, 2020, p. 5). La HAS (2020) considère que les établissements de santé doivent favoriser l'engagement des PA. La HAS (2019) pense également qu'à l'instar de l'arbre s'enracinant dans un sol fertile et riche favorable à sa croissance, la mise en œuvre de ces pratiques s'enracine dans « le développement des connaissances et des compétences individuelles et collectives des équipes » (p. 25). Par ailleurs, depuis 2019, le Ministère de la Santé et des Solidarités (MSS) mise sur le virage du numérique dans le domaine de la santé pour valoriser la participation des usagers (Viallon, 2020). Par le biais de la *Loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé*, le gouvernement français vient formaliser la numérisation des pratiques professionnelles dans le but de faire du numérique un outil au service de l'amélioration des parcours de soin et d'accompagnement des PA (ibid.). « Le numérique n'est qu'un outil au service de la relation, qui reste l'élément central de l'accompagnement. [...] le plus important est de faire en sorte que les PA soient actrices de leur parcours » (Viallon, 2020, p. 3). En somme, l'outil numérique est plus qu'un simple objet administratif, il se veut aussi un artéfact intégrant toutes les fonctionnalités nécessaires à la co-construction du projet de vie des PA (ibid.).

³ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

C'est dans cette perspective de renforcement de pratiques professionnelles personnalisées et collaboratives que la Fondation John Bost (FJB) a choisi d'introduire la plateforme numérique Baromètre au sein de ses établissements. Cette institution française à but non lucratif et reconnue d'utilité publique administre 38 établissements sanitaires et médico-sociaux qui accueillent et accompagnent des personnes vivant des situations de handicap psychiques et physiques depuis 1848 [FJB, 2016]. Depuis quelques années déjà, des discussions entourant de nouvelles réglementations en matière de soins ont fait émerger l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans la co-construction des soins et l'accompagnement offerts aux PA. Actuellement, deux grandes approches coexistent au sein des équipes de la FJB, à savoir l'encadrement et l'accompagnement (Camincher, 2017). Dans certains établissements, cette situation entraîne un clivage entre professionnels et une hétérogénéité dans les pratiques professionnelles (Camincher, 2017). Ainsi, le déploiement de la plateforme numérique Baromètre se veut une stratégie pour contribuer à un changement de paradigme consistant à renforcer la collaboration interprofessionnelle et l'approche d'accompagnement de la personne en favorisant sa participation maximale dans la planification et la réalisation de son projet de vie (PPSA). Dans la visée de répondre aux objectifs de cette recherche, la FJB constitue un contexte idéal pour mener une analyse de l'apprentissage de pratiques professionnelles personnalisées et collaboratives en santé mentale à partir du processus de déploiement de l'outil numérique Baromètre.

3.1.2 Une entente partenariale

Pour soutenir ce processus de transformation des pratiques, un partenariat de recherche et développement (2018-2024) a été conclu entre la FJB et l'IUPLSSS⁴ du CIUSSS de l'Estrie-CHUS⁵ de Sherbrooke. Ce partenariat vise plus spécifiquement l'adaptation de la plateforme numérique Baromètre au contexte organisationnel de la FJB, le soutien à l'implantation de l'approche de personnalisation des services à l'aide de la plateforme et la mise en œuvre de projets de recherches participatives générant de nouveaux savoirs pour éclairer les prises de décisions et les actions collectives. À cet effet, deux projets de recherche ont été financés et co-construits avec la FJB : le premier projet, de niveau

⁴ Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux.

⁵ Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

doctoral, consiste en une analyse d'implantation de la plateforme numérique Baromètre au regard de la pratique de réhabilitation psychosociale en France, et le second projet, de niveau maîtrise, prend la forme de la présente recherche-action.

À l'intérieur de cette démarche de transformation organisationnelle sur laquelle s'appuie la recherche-action, la chercheuse se voit confrontée à assumer le double rôle d'agent de changement et de chercheuse (Roy et Prévost, 2013). Cette approche, qui fait appel à des logiques distinctes telles que le support à l'action et le support à la réflexion sur l'action, peut apporter son lot de tensions (ibid.).

3.1.3 Une démarche de transformation

La démarche de transformation organisationnelle de la FJB comporte plusieurs phases (voir Annexe A). Dans un premier temps (mai 2018), une structure de gouvernance (voir Annexe B) a été mise en place pour engager les diverses parties prenantes (gestionnaires, adjoints de direction et professionnels oeuvrant à la FJB, chercheurs) dans un processus participatif et légitimer la transformation organisationnelle. Dès le début de la phase de planification de la démarche, la chercheuse a été amenée à effectuer avec les équipes (adjoints de direction, directeurs administratifs, professionnels, médecins psychiatres) un diagnostic ciblant les besoins en matière de pratiques professionnelles centrées sur la PA et son projet personnalisé et la collaboration interprofessionnelle dans huit établissements de la FJB accueillant des PA ayant un handicap psychique. Par la suite, le diagnostic a été présenté au comité de coordination de la démarche. Parmi ces établissements, cinq ont été sélectionnés pour participer au projet pilote du déploiement de la plateforme numérique Baromètre. À ce moment, des plans opérationnels pour l'implantation de la démarche Baromètre ont été co-élaborés avec les comités de direction (communément appelés *staffs* par les employés de la FJB), qui sont formés du directeur administratif, de l'adjoint de direction et du médecin psychiatre.

Lors de cette étape de planification, la chercheuse a co-animé les rencontres des comités de direction et accompagné leurs membres dans un processus de réflexion et d'échange portant sur la vision du processus d'intégration de la plateforme numérique Baromètre. Pour les années 2019 à 2024, il a été planifié de former les acteurs (membres du comité de

direction, professionnels) à l'approche de personnalisation des services ainsi qu'à la plateforme Baromètre et de tenir des rencontres (retours réflexifs et d'expériences) pour évaluer les besoins qui émergent et apporter les changements nécessaires afin de faciliter la démarche de transformation. Pour l'année 2024, un bilan des apprentissages réunissant tous les acteurs sera effectué pour élargir les implantations et en assurer la pérennisation auprès des autres établissements de la FJB.

3.1.4 Délimitation de la recherche-action

Comme la présente recherche-action s'inscrit dans une vaste démarche de transformation organisationnelle, il importe d'en circonscrire les frontières. Cette recherche se situe au sein de Guyenne (voir Annexe C), un établissement de santé de la FJB, qui accueille sur le site de la vallée de la Dordogne 29 personnes vivant des problèmes de santé mentale et qui compte près de 50 employés, dont 18 professionnels du soin et de l'accompagnement. Guyenne est ciblé pour cette recherche puisqu'il a été choisi comme établissement pilote pour co-construire un processus d'accompagnement et de transfert de connaissances en préparation à l'implantation de la plateforme numérique Baromètre au sein d'autres établissements de la FJB dans les prochaines années. Aussi, le fait de s'attarder à un seul établissement pour cette étude permet la réalisation d'une collecte de données allant plus en profondeur, ce qui permet d'obtenir des informations plus riches (Gauthier, 2009).

3.1.5 Déroulement de la recherche-action participative

3.1.5.1 Planification de la recherche (septembre 2019 - décembre 2019)

Dès le début de la planification de la recherche-action à l'automne 2019, la chercheuse a tenu deux rencontres. D'abord avec le comité de direction de Guyenne et ensuite avec les professionnels. Celle-ci avait pour but de co-construire les phases de la recherche et de manière concomitante, de préparer et circonscrire les étapes relatives à la démarche de transformation effectuée à l'établissement Guyenne et ce en s'appuyant sur le diagnostic réalisé en 2018. Même si ces étapes servent de fil conducteur à l'étude, il a été convenu de demeurer flexible dans la démarche; dans une recherche-action, les étapes vont se co-construire et évoluer au fil du projet de recherche car il est impossible de déterminer à

l'avance le nombre de boucles itératives de planification/action/évaluation/réflexion ou les besoins qui émergeront en cours de route (Roy et Prévost, 2013).

3.1.5.2 Formation initiale de l'équipe et ateliers pratiques

D'abord, au début de l'année 2019, en tant qu'agente de changement, la chercheuse a effectué avec l'équipe de Guyenne une seconde analyse des besoins des professionnels en lien avec la transformation de leurs pratiques. Ensuite, entre mars 2019 et juillet 2019, ont eu lieu les formations sur l'approche de personnalisation des services et sur la plateforme Baromètre; ces formations ont été dispensées aux professionnels et aux membres du comité de direction de l'établissement Guyenne par les deux chercheurs (l'étudiante à la maîtrise et l'étudiant au doctorat). Chaque formation était suivie d'un retour d'expérience réflexif-évaluatif, tout d'abord avec les professionnels et les chercheurs, ensuite avec les membres du comité de direction. Ces boucles de retour d'expériences avaient pour but d'évaluer la satisfaction des participants par rapport aux formations, de susciter des questionnements et de faire émerger des idées d'amélioration pour la plateforme numérique Baromètre afin que cet outil puisse bien s'intégrer dans le travail quotidien des professionnels. Ces échanges ont permis aux professionnels de nommer un point capital : le besoin d'être soutenu dans leur pratique. Par conséquent, il a été décidé avec le comité de direction que la chercheuse animerait des ateliers pratiques Baromètre afin de soutenir l'apprentissage de pratiques professionnelles personnalisées et collaboratives. Dans le courant de l'automne 2019, les 18 professionnels éducatifs -- moniteurs-éducateurs (ME), éducateurs spécialisés (ES) et accompagnants éducatifs et sociaux (AES) -- et soignants -- infirmiers (IDE) et aide-soignants (AS) -- ont procédé à l'évaluation psychosociale de l'ensemble des 30 PA en se servant de la plateforme numérique Baromètre. Ces professionnels ont échangé et partagé leur vision de la situation des PA. Ils ont complété les onglets *Accomplissements* et *Qualité de vie* figurant dans l'outil, ce qui représente en quelque sorte un plan d'action préliminaire, afin d'alimenter les échanges avec les PA lors des temps d'élaboration de leur projet de vie. Cette étape a été menée à bien en s'appuyant exclusivement sur les points de vue des professionnels. Par la suite, ces professionnels ont été conviés à soutenir les PA dans la construction de leur plan d'action (PPSA) en adoptant une pratique d'accompagnement personnalisée et collaborative.

3.2 L'échantillonnage

3.2.1 Catégories de participants et stratégies d'échantillonnage

Au sein de l'établissement sanitaire Guyenne, trois catégories de participants sont ciblées pour la présente étude de manière à favoriser le croisement des regards de tous les acteurs concernés par la transformation et par la recherche. Il s'agit des professionnels soignants (IDE, AS) et éducatifs (ES, ME, AES), des membres du comité de direction – directrice, adjoint de direction, médecin psychiatre – et des PA, lesquelles sont des adultes âgés de 18 ans et plus vivant avec un handicap psychique.

Pour obtenir des informations riches et significatives, une stratégie d'échantillonnage intentionnel selon laquelle « les éléments de la population cible sont choisis à partir de critères précis » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 271) a été privilégiée. L'échantillon de cette étude est composé de professionnels éducatifs et soignants (n=7), de membres du comité de direction (n=3) et de PA (n=7).

Pour les professionnels participants, les critères de sélection sont les suivants. Ils doivent être à l'emploi (homme ou femme) de l'établissement Guyenne à titre de professionnel soignant (infirmier, aide-soignant) ou de professionnel éducatif (éducateur spécialisé, moniteur éducateur, accompagnant éducatif et social). Ils doivent aussi avoir utilisé la plateforme numérique Baromètre dans le cadre de leurs fonctions, c'est-à-dire soit lors de rencontres avec la PA, soit lors de présentations dans les réunions PPSA. Les professionnels qui ont travaillé à Guyenne au cours du déploiement de l'outil Baromètre et qui ont été transférés dans un autre établissement pendant le projet sont également admissibles. Cependant, les professionnels qui sont entrés en poste moins de deux mois avant le début de la collecte de données sont exclus de l'étude parce que leur expérience de mise en pratique de la plateforme numérique Baromètre se révèle insuffisante.

Concernant les PA, dans un contexte où celles-ci vivent des problèmes de santé mentale, il apparaît primordial d'adopter des critères de sélection qui soient respectueux de leur intégrité et de leur situation. Ainsi, les PA devaient avoir été évaluées et jugées être dans un état stable par le psychiatre au moment de leur participation à la recherche. Les PA sont des adultes âgés de 18 ans et plus vivant avec un problème de santé mentale. Il est souhaité

que cet échantillon soit diversifié au regard des types de problématique de santé mentale, de l'âge de la personne, du niveau de littératie et du niveau d'appropriation d'outils informatiques. Les PA doivent également avoir utilisé la plateforme Baromètre au moment de l'élaboration de leur PPSA en mode accompagné d'un professionnel afin de partager leur expérience d'accompagnement soutenue par l'outil Baromètre et de présenter leurs idées d'amélioration en lien avec l'usage de la plateforme.

Finalement, pour le comité de direction, le critère principal de sélection est d'avoir participé à au moins trois réunions PPSA avec les professionnels ou aux cinq réunions du comité de direction afin d'avoir eu l'opportunité d'échanger à propos de l'utilisation de la plateforme numérique Baromètre.

3.3 La collecte de données

3.3.1 Les stratégies de collecte de données

La recherche-action met à contribution différentes stratégies de collecte de données. Voici un tableau synthèse présentant les différentes stratégies utilisées et les objectifs de recherche auxquels elles répondent.

Tableau 1. Principales stratégies de collectes de données

Object 1. Identifier, avec les acteurs, les affordances qui influencent l'actualisation de pratiques personnalisées et collaboratives	
Thèmes	Méthodes de collecte de données
<p>Les leviers et les barrières :</p> <ul style="list-style-type: none"> -La culture (valeurs, normes, règles, façons de travailler...) -Les dynamiques d'équipe (la communication, le sentiment d'appartenance, les prises de décision...) -L'ergonomie de l'artéfact (les items présentés, l'accès à l'outil, la recherche d'informations...), -Le mode de gestion (prise de décision, soutien offert, circulation et partage d'information...), -Les caractéristiques des acteurs (expériences, motivation, connaissances, habitudes...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretiens semi-dirigés avec les professionnels (N=7) - Entretiens semi-structurés avec les membres du Comité de direction (N=3) - Séances d'observation participante (N=8) - Littérature grise de l'organisation
Objectif 2. Co-analyser les processus de médiation et d'interactions sociales vécus par les professionnels avec les PA et autres acteurs de l'organisation	
Thèmes	Méthodes de collectes de données
<ul style="list-style-type: none"> -Les pensées, -Les réflexions partagées, -Les gestes, -Les représentations, -Les échanges (des professionnels entre eux et avec la PA lors de l'utilisation de l'artéfact). *Inclus la coordination interprofessionnelle, -L'usage de Baromètre 	<ul style="list-style-type: none"> - Séances d'observation participante (N=13) - Groupe de discussion avec sept PA (N=1)

L'observation participante (Valeau et Gardody, 2016) est le pilier de cette collecte de données car elle contribue à répondre aux deux objectifs de l'étude. Les séances d'observation portent sur le processus de médiation et sur les interactions sociales des professionnels entre eux et avec les PA, à partir de leurs gestes, de leurs pensées, de leurs réflexions, de leurs représentations, de leurs échanges, etc. (voir Annexe D). Depuis le début de la démarche de transformation des pratiques, soit en 2019, la chercheuse s'est engagée avec les acteurs et a rédigé des notes d'observation lors des étapes antérieures de planification, de formation et d'ateliers Baromètre. Ces notes, qui portaient spécifiquement

sur les affordances (objectif 1) ainsi que sur les interactions sociales et le processus de médiation (objectif 2), sont utilisées comme nouvelle source de données. Seules les séances d'observation participante entre des professionnels et les PA (n=3) n'ont pu être faites; ces temps d'élaboration des PPSA n'ont pas eu lieu à cause de contraintes d'ordre organisationnel. Aussi, entre l'automne 2020 et l'été 2021, les séances d'observation participante se sont poursuivies au cours de quatre réunions PPSA, cinq ateliers pratiques Baromètre et quatre rencontres du comité de direction. L'ensemble des notes des 13 séances d'observation ont été retranscrites au propre et classifiées (Creswell et Poth, 2018) selon les indicateurs constituant la grille d'analyse (voir annexe E) et selon les découvertes qui émergent du terrain (Laperrière, 1997). En ce qui concerne les notes d'observation antérieures à la recherche, il importe de préciser que la chercheuse a retranscrit au propre les notes qu'elle a recueillies lors des retours d'expérience faits avec les professionnels et le comité de direction.

Dans le but de compléter la documentation des objectifs 1 et 2, des entretiens de type semi-structurés (Fortin et Gagnon, 2016) ont été réalisés auprès des professionnels et des membres du comité de direction (voir Annexe E). Les professionnels sont invités à raconter leurs histoires d'utilisation de Baromètre entre professionnels et en relation avec les PA lors de l'élaboration du PPSA et lors de réunions PPSA (Makitälo, 2012). Les membres du comité de direction sont conviés à partager leur vision de l'apprentissage en pratique des professionnels. Les professionnels et les membres du comité de direction ont également été sollicités afin d'identifier des affordances qui ont influencé les processus d'apprentissage de même que la démarche de déploiement de Baromètre à Guyenne. Ici, l'emploi de l'entretien semi-structuré est privilégié pour favoriser l'expression d'un vécu possiblement inhibé lors des réunions (Fortin et Gagnon, 2016). Ces entretiens ont été enregistrés sur un support audionumérique et retranscrits intégralement.

Pour approfondir le point de vue des PA en ce qui concerne leur expérience d'utilisation de l'outil Baromètre (objectif 1) en interaction avec les professionnels (objectif 2) et leur perception du changement de pratiques professionnelles, un groupe de discussion a été mené avec ces personnes (voir Annexe F). Toutefois, il n'a pas été possible d'enregistrer ce groupe de discussion car certaines PA ont manifesté leur opposition. Dans ce contexte,

la chercheuse a pris en note les propos tenus par les participants et a réalisé un compte-rendu analytique en tentant de reproduire le plus fidèlement possible les propos tenus par les participants du groupe.

Par ailleurs, la demi-journée de réflexion et de co-construction avec les professionnels, les membres du comité de direction et quelques PA, qui était prévue au calendrier, n'a pas eu lieu parce qu'il était impossible de réunir tous ces acteurs en même temps. En conséquence, certaines mesures ont été adoptées. En premier lieu, il a été décidé de tenir avec les membres du comité de direction une journée de réflexion et de co-construction où on aborderait la question des stratégies gagnantes qui soutiennent l'apprentissage de pratiques professionnelles personnalisées et collaboratives. En second lieu, trois retours d'expérience réflexifs-évaluatifs sur le même sujet ont été menés avec les professionnels. Cette démarche a permis d'approfondir et de valider certains éléments qui ressortaient des entretiens semi-structurés conduits avec les professionnels.

Une nouvelle source de données s'est ajoutée sous la forme de la littérature grise de l'établissement. Celle-ci a permis de mieux comprendre le contexte culturel de l'organisation avant le déploiement de la démarche Baromètre à Guyenne.

3.4 Les méthodes d'analyse des données

Dans cette recherche, une analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2016) a été effectuée de manière concomitante à la collecte des données (Creswell et Poth, 2018). Les données recueillies par la chercheuse ont graduellement été thématiques à partir des indicateurs qui ont été définis à partir du cadre conceptuel élaboré par Makitälö (2012) tout en prenant en compte les découvertes provenant du terrain au fil de la recherche. Cette analyse prend la forme d'une démarche qui se décline en cinq grandes phases (pré-analyse, codification, thématisation, présentation des résultats, vérification des données) en s'appuyant sur les travaux de Paillé et Mucchielli (2008, cité dans Intissar et Rabeb, 2015).

3.4.1 Pré-analyse

En ce qui concerne la phase de pré-analyse, certains auteurs considèrent qu'elle fait partie intégrante de l'analyse de données tandis que d'autres auteurs pensent qu'elle est une phase

précédant l'analyse des données. La pré-analyse fait référence au moment où la chercheuse a retranscrit les informations émanant de la collecte de données (Intissar et Rabeb, 2015). Dans ces retranscriptions, divers codes ont été générés afin de faciliter leur réutilisation lors de la phase suivante de codification.

3.4.2 Codification

Suivant Paillé (1994), la codification permet de « dégager, relever, nommer, résumer et thématiser le propos développé à l'intérieur du corpus sur lequel porte l'analyse » (cité dans Intissar et Rabeb, 2015). Dans la présente recherche-action, la chercheuse a utilisé différents codes qui lui ont permis de classer à l'aide du logiciel MAXQDA 2020 les données empiriques recueillies lors des entretiens. Elle a tout d'abord créé des unités de sens (mots ou phrases courtes) pour résumer le plus fidèlement possible l'essentiel des propos tenus par les participants (ibid). Elle a par la suite procédé à la codification des séances d'observation participante en modifiant certains codes en fonction des nouveaux thèmes qui ressortaient des autres sources de données. Une grille d'analyse a été élaborée à partir de quatre concepts centraux provenant du cadre conceptuel élaboré par Mäkitalo (2012), soit le processus d'interactions sociales, le processus de médiation, le contexte socio-culturel et les affordances. La grille d'analyse a été construite au fur et à mesure de la découverte de thèmes lors de la lecture des différents types de données recueillies (voir Annexe G). Cette méthode a permis de structurer la première étape de classification des données en vue de procéder à l'étape subséquente de thématisation.

3.4.3 Thématisation

La chercheuse a débuté la thématisation en procédant à la définition des thèmes. Cette opération lui a permis de créer des rubriques significatives regroupant des codes de même nature. La chercheuse a veillé à ce que ces rubriques soient pertinentes en s'assurant qu'elles étaient étroitement liées aux objectifs de la recherche et aux concepts issus du cadre conceptuel qui a été défini par Mäkitalo (2012). Par la suite, elle a procédé à la fusion de certains thèmes et à leur mise en relation en établissant des liens entre eux. Cette mise en relation prenait en considération compte la récurrence des thèmes ainsi que des

convergences et des divergences entre ces thèmes, ce qui a permis à la chercheuse de procéder à des regroupements thématiques.

3.4.4 Présentation des résultats

L'étape de la présentation des résultats permet de mettre en évidence les liens existants entre les différents thèmes et leurs sous-thèmes afin d'assurer une meilleure connaissance du phénomène à l'étude. Dans cette étude, une matrice de présentation sous forme de tableau a été construite et discutée non seulement avec le chercheur doctorant, mais aussi avec la directrice et la co-directrice du mémoire. L'analyse thématique a été faite en deux temps. En premier lieu, un arbre thématique est élaboré et intègre l'ensemble des sources de données : les observations, les entretiens, les groupes de discussion et la cartographie. L'arbre thématique permet d'illustrer le processus temporel d'apprentissage des pratiques personnalisées et collaboratives des professionnels qui s'est déroulé dans l'établissement Guyenne en s'appuyant sur les processus de médiations, les dynamiques d'interactions sociales et les affordances tel qu'abordés par Mäkitalo (2012). En second lieu, ces données sont triangulées en fonction des catégories. Une attention particulière a été accordée aux récurrences de même qu'aux convergences et aux divergences qui ressortent de l'analyse (Paillé et Mucchielli, 2016). Sur cette base, des regroupements d'unités de sens (ibid) ont été effectués en vue de produire un arbre thématique final. Point à noter, cette démarche analytique est soutenue par des rencontres d'analyse périodiques faites avec le chercheur doctorant afin d'en renforcer la validité. De même, les différentes rencontres tenues avec les membres du comité de direction et ensuite avec les professionnels de Guyenne ont permis d'approfondir et de valider les résultats préliminaires (Creswell et Poth, 2018). Le tableau présentant la thématisation émergeant de la co-analyse menée par la chercheuse et les participants à la recherche a été placé en annexe (voir Annexe H).

3.4.5 Vérification et validation des données

Dans cette phase ultime de l'analyse, dans laquelle la validation de la compréhension du point de vue des participants s'avère essentielle, la chercheuse a fait plusieurs rencontres de retours réflexifs avec les professionnels de même qu'une journée de réflexion avec les membres du comité de direction de Guyenne. Aussi, la tenue de quatre rencontres avec

cinq directrices de la FJB et la tenue d'une journée inter-organisationnelle ont permis d'approfondir de manière inductive l'analyse des résultats de cette recherche-action. Une stratégie de validation de données a émergé à partir de besoins qui ont été identifiés par des acteurs du terrain. Ainsi, la tenue de quatre rencontres d'analyse et de co-élaboration avec des directrices (n=5) d'établissement de la FJB a permis l'identification d'une stratégie de déploiement de l'outil numérique Baromètre soutenant les apprentissages professionnels dans d'autres établissements de la FJB. Finalement, la validation des données s'est terminée par la co-animation avec le chercheur doctorant de quatre ateliers de réflexion et de discussion (90 minutes chacun) à l'occasion d'une journée inter-organisationnelle regroupant 60 directeurs et médecins oeuvrant dans les différents établissements de la FJB. L'objectif de cette journée était de discuter et d'approfondir les stratégies de déploiement de l'outil numérique Baromètre qui ont été identifiées avec les cinq directrices. En somme, ces démarches ont permis de formuler des hypothèses en lien avec la transférabilité des résultats dans d'autres organisations de la FJB.

3.5 Rigueur scientifique de la recherche

En conformité avec la posture épistémologique socio-constructiviste (Leonardi et Barley, 2010; Mäkitalo, 2012), la rigueur scientifique d'une recherche s'évalue à l'aune de la qualité, de la crédibilité (authenticité) et de l'intégrité des interprétations qui ont été faites par le chercheur (Whittemore *et al.*, 2001). Dans le cadre d'une recherche-action, il est important pour la chercheuse de porter une attention particulière aux technologies et aux moyens utilisés pour préserver son double statut d'agent de changement et de chercheuse que requiert ce type de méthodologie (Roy et Prévost, 2013). Ainsi, la tenue de journaux réflexifs peut aider la chercheuse à mieux circonscrire les temps prévus pour l'action et les temps consacrés à la réflexion qui sont associés à la recherche (Valeau et Gardody, 2016 ; Whittemore *et al.*, 2001). Ce processus réflexif peut également permettre à la chercheuse de prendre une distance critique face aux impacts engendrés par son double rôle (Roy et Prévost, 2013). À ce sujet, la chercheuse a tenu des temps de réflexion avec le chercheur doctorant au terme des ateliers pratiques Baromètre avec les professionnels. Ces rencontres visaient à trouver des stratégies lui permettant de renforcer son rôle de chercheuse auprès de l'équipe de Guyenne. En effet, il était parfois difficile de maintenir un équilibre entre

les temps d'action et les temps de réflexion avec les acteurs qui étaient régulièrement happés par la réalité du quotidien (Roy et Prévost, 2013).

En synthèse, un ensemble de stratégies a été mis en œuvre en vue de renforcer la rigueur méthodologique de la recherche tout au long de son déroulement. D'abord, la crédibilité de l'étude est renforcée par une implication soutenue des participants, par l'engagement prolongé de la chercheuse sur le terrain, par l'analyse des données concomitante à la collecte de données et par la triangulation de plusieurs sources de données (Creswell et Poth, 2018 ; Whittemore *et al.*, 2001). Ensuite, la fiabilité et l'intégrité des données sont assurées par la traçabilité de la démarche à l'aide d'un logiciel de codification et par une révision périodique du codage, des thématiques émergentes et des résultats de l'étude qui est effectuée par des pairs (*ibid*) Enfin, la transférabilité des résultats, bien qu'elle soit limitée dans ce type de recherche, est soutenue par des descriptions et des illustrations détaillées des résultats et de leur contexte de production, par la recherche d'oppositions et de divergences de points de vue et par l'atteinte d'un niveau satisfaisant de saturation. Elle est également renforcée par la validation des données et par la discussion et la réflexion menées avec une pluralité d'acteurs de l'organisation (Creswell et Poth, 2018 ; Whittemore *et al.*, 2001).

3.6 Considérations éthiques

Pour les professionnels et les membres du comité de direction de Guyenne, le principe du respect des personnes est fondé sur le principe d'autonomie selon lequel les participants ont le droit de décider par eux-mêmes de s'engager ou non dans une recherche. Dans le cadre de cette étude, la collecte de données vise aussi des PA qui peuvent être placées sous tutelle ou curatelle. Sur ce point, il convient de porter une attention particulière à prendre en compte le choix éclairé de ces personnes dites vulnérables car, comme elles sont « considérées en autonomie réduite, [elles] ne peuvent participer pleinement au processus de consentement » (*ibid*, p. 154). Il faut aussi veiller à ce que ces personnes ne fassent pas l'objet de discrimination et de mauvais traitement tout au long de la démarche de recherche. Étant donné que la collecte de données se déroule en France, c'est la CNIL⁶ qui veille au

⁶ Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

respect de ces principes éthiques. Une réponse favorable à la demande de conformité de la recherche a été donnée à la chercheuse par cet organisme le 18 février 2021 (Annexe I) et une approbation éthique a été accordée à la chercheuse par le comité éthique et scientifique de la Fondation John Bost le 15 février 2021 (Annexe J).

Une des spécificités éthiques qui caractérise la recherche-action est l'approbation des participants pour que la recherche documente les décisions et les actions que ces derniers ont choisi d'entreprendre et les résultats qui ont été co-construits pendant la démarche de recherche et de transformation organisationnelle (Brydon-Miller et Greenwood, 2006, cité dans Roy et Prévost, 2013). Ainsi, la chercheuse ne prend pas en compte seulement les éléments relevant de la collecte de données, elle partage également ceux qui ressortent de l'action collective, par exemple le processus de formation des professionnels, les retours d'expérience à la suite de l'expérimentation des ateliers pratiques Baromètre, et ainsi de suite. Dans certains cas, ces éléments aident à analyser les résultats et s'avèrent pertinents en termes de connaissances à partager en vue de soutenir le déploiement de la plateforme numérique Baromètre dans d'autres organisations.

Un autre enjeu qu'il importe d'envisager dès le début de la collecte de données concerne la notion de confidentialité. Au regard des entretiens semi-structurés, étant donné la petite taille de l'échantillon de l'équipe de direction, il y a un risque important d'identification des participants. Ainsi, il s'avère essentiel que la chercheuse fasse part de cette réalité aux membres du comité de direction en amont de la collecte de données et qu'elle veille à ce que ces derniers en comprennent bien les possibles inconvénients afin de leur laisser la possibilité de faire un choix libre et éclairé. Toujours en lien avec la confidentialité, étant donné que cette recherche-action se déroule dans un seul des 38 établissements de la FJB, la question suivante s'est posée: « Est-ce que les participants et l'organisation préfèrent que leur contribution à l'avancement des connaissances soit maintenue anonyme ou encore préfèrent-ils qu'on leur accorde leur part de crédit dans le développement des connaissances réalisées avec eux? » (Roy et Prévost, 2013, p. 147). Ainsi, avec l'accord des participants, une activité de transfert de connaissances est planifiée pour le printemps 2022 en vue de présenter les résultats de cette recherche-action à l'ensemble des acteurs des établissements de la FJB. Ces résultats sont présentés dans la section suivante.

PARTIE 4 :

RÉSULTATS

CHAPITRE 4 : RÉSULTATS

4.1 Présentation des résultats

Ce chapitre fait état des résultats qui se dégagent de l'analyse des données de notre étude. Cette présentation se fait sous l'angle d'une analyse en deux temps de l'évolution des perceptions et des pratiques des professionnels, c'est-à-dire avant et après le déploiement de la plateforme numérique Baromètre. Elle débute par la mise en lumière du contexte socio-culturel (en termes de culture et de dynamiques d'interactions sociales) régnant à Guyenne en 2018, qui exerce une influence certaine sur le processus de déploiement de la démarche Baromètre à cet endroit. « C'est la culture qui apporte à l'apprenant les instruments symboliques qui l'aide à former et façonner sa pensée, et ce, en interaction avec d'autres » (Vygotsky, cité dans Ivic, 1994, p. 793). Par la suite sont présentées les dynamiques d'interactions sociales qui se sont transformées à l'usage de Baromètre ainsi que les affordances qui ont influé sur ces dynamiques (Mäkitalo, 2012).

Les résultats s'appuient sur les notes d'observation recueillies lors de la réalisation de plusieurs boucles itératives de planification/action/évaluation/réflexion (Roy et Prévost, 2013) qui ont ponctué les différentes phases de déploiement de l'outil Baromètre. Ces boucles participatives, qui sont propres à une démarche de recherche-action (Roy et Prévost, 2013), ont pris la forme de retours d'expérience réflexifs-évaluatifs qui ont été faits avec les membres du comité de direction (communément appelé *staff* par l'équipe) et avec les professionnels de Guyenne.

4.2 Analyse des résultats

4.2.1 Contexte socio-culturel avant le déploiement de Baromètre

4.2.1.1 Prédominance d'une posture d'expertise médicale

En termes de dynamiques d'interactions sociales, il est observé par plusieurs participants à la recherche, en 2018, que les professionnels prenaient peu d'initiatives et s'en remettaient davantage à ce que le médecin recommandait au regard des accompagnements à effectuer auprès des PA. Un médecin le résume ainsi : « Il faut savoir que la Fondation elle a fonctionné par les « médecins Dieu »; le médecin parle, tout le monde se tait. [...] c'est lui

qui décide, c'est lui qui connaît tout » (Ent. PS1, Pos. 75). Non seulement les PA écoutaient ce que le médecin disait, mais la majorité des professionnels agissaient également en ce sens.

Qui plus est, plusieurs professionnels reproduisaient cette posture d'expertise dans leurs pratiques d'accompagnement avec la PA. Il semble que la majeure partie du temps, les professionnels décidaient à sa place sans lui demander son avis « [...] c'est-à-dire qu'on savait mieux que le patient ce qu'il fallait et ce qui n'allait pas chez lui, sans être acteur avec lui » (Ent. AD1, Pos. 61). Dans ce contexte, plusieurs professionnels affirment que plusieurs PA ont pu se sentir réduites au statut de malade devant les professionnels et le médecin qui eux, étaient les sachant, les experts : « Il m'a dit [...] il y a les êtres supérieurs et nous les malades. Et donc je me suis dit [...] les êtres supérieurs ? Et j'ai eu le réflexe de lui dire [...] mais qui sont ces êtres supérieurs ? Il me fait : les blouses blanches » (Ent. PS1, Pos. 19). Au regard des dynamiques d'interactions sociales, ces propos sont représentatifs de ce que plusieurs participants ont mentionné, c'est-à-dire que certaines PA se sentaient peu ou pas du tout considérées par des membres de l'équipe de Guyenne.

Toutefois, lors des entrevues semi-structurées, des participants mentionnent que certains professionnels adoptaient déjà une posture d'accompagnement respectueuse du vécu de la personne avant l'arrivée de la démarche Baromètre. Un participant en illustre un exemple concret :

« J'ai toujours prêté beaucoup d'attention à la façon dont on réveillait les patients. Moi j'ai vu des collègues, à peine frapper, ouvrir les lumières depuis l'extérieur et en disant, c'est l'heure, on se lève quoi. Et entendre dire que ce patient est un fainéant, je lui dis [...] non, ce patient l'est pas. Si tu vas voir un peu la définition de sa maladie, tu verras qu'il fait pas exprès » (Ent. ES3, Pos.57).

Cet exemple met en évidence que certains professionnels avaient des préjugés envers la PA et une méconnaissance envers sa maladie, tandis que d'autres étaient plus attentifs au vécu de la PA et plus respectueux à son égard. On observe ainsi une tension dans les interactions sociales au sein de l'établissement, où une posture d'expert semble prédominer.

Cette dynamique institutionnelle influençait les pratiques d'accompagnement de certains professionnels. Un des participant mentionne à ce sujet que « ce n'est pas la faute des professionnels [d'adopter une posture d'expertise], l'institution a très très longtemps fonctionnée où on savait ce qui était bon pour le patient [...]. Et donc, on l'a intégré dans nos pratiques » (Ent. AD1, Pos. 68). Combinée à la prédominance de la posture d'expertise, la focalisation quasi-exclusive sur les soins invitaient les professionnels à se centrer davantage sur le repérage des symptômes de la maladie et les comportements problématiques associés.

4.2.1.2 Échanges entre professionnels centrés sur la pathologie et les symptômes

Ainsi, lors de l'élaboration des PPSA et au sein des réunions s'était installée une dynamique d'interactions sociales où les échanges entre professionnels étaient principalement axés sur les problèmes de la PA, ses symptômes et ses souffrances. L'équipe occultait complètement l'évolution de la PA dans son projet. Aux dires du médecin responsable, « les professionnels étaient tellement formatés de guetter le symptôme du patient, jusqu'à l'arrivée de Baromètre en 2018, on a jamais, jamais en réunion, évoqué un patient qui a évolué positivement [...] » (Ent. PS1, Pos. 48). Par conséquent, un pan de la vie de la PA semble avoir été complètement absent de leur univers professionnel. Certains professionnels ont d'ailleurs mentionné lors d'un retour réflexif qu'il était probable qu'ils aient moins bien accompagné la personne avant l'arrivée de la démarche Baromètre, car ils n'avaient pas accès à toutes les informations pertinentes concernant ses relations, ses souhaits et priorités, son projet de vie, son estime de soi, etc.

Par ailleurs, les professionnels choisissaient entre eux des objectifs et moyens d'action à inscrire dans le PPSA de la personne. Ce document papier contenait plusieurs sections telles : le budget prévisionnel et le suivi-dépenses de la PA, son vestiaire, son projet de vie-projet de soins, son emploi du temps, un récapitulatif des sorties, le compte-rendu des rencontres réalisées avec les professionnels et le suivi des visites de ses proches (Document interne FJB). Plusieurs professionnels mentionnent lors de l'entretien semi-structuré qu'ils complétaient la section *Projet de vie/Projet de soins* à la place de la PA (*médiation*), en prenant les décisions pour elle : « [...] il y avait pas le retour du patient. En tout cas, le

patient n'était pas intégré à ces décisions qui étaient prises » (Ent. AS1, Pos. 36). L'ensemble des PA participants à la recherche confirme ces propos. En effet, la majorité des PA présentes affirment ne pas se souvenir avoir participé à la co-création de leur projet avec les professionnels avant l'arrivée de Baromètre à Guyenne : « Je ne me souviens pas d'un PPSA papier où on m'a demandé mes souhaits [...]. J'ai jamais choisi mon projet avant Baromètre » (GD_juin21, PA2).

De plus, pour plusieurs professionnels, il semblait difficilement envisageable que les PA aient la capacité d'exprimer leurs souhaits ou de prendre des décisions au vu des différents symptômes associés à leur pathologie, qui bien souvent diminuent leurs capacités de compréhension et de concentration. D'ailleurs, après la présentation de la plateforme et des approches qui la sous-tendent (mai 2018), plusieurs professionnels ont questionné la pertinence de son usage auprès des publics vivant avec un handicap psychique.

4.2.1.3 Prédominance d'une pratique de l'oralité

On observe également une dynamique d'interactions caractéristique d'une pratique de l'oralité. En effet, les discussions informelles ont longtemps prédominé avant l'arrivée de la démarche Baromètre. L'ensemble des participants aux entretiens affirment que cette culture a grandement influencé les pratiques d'accompagnement et de collaboration interprofessionnelle. Certains vont jusqu'à dire qu'il y avait présence d'une dynamique empreinte d'échanges philosophiques entre les membres de l'équipe, mais que peu d'actions concrètes en découlaient au vu d'une absence de prises de décisions partagées. « On était dans une culture de l'oral, de la discussion à bâtons rompus, de l'informel. Et à un moment donné, aucune décision n'était vraiment tranchée, n'était vraiment posée et j'arrivais pas du tout à comprendre l'opérationnalité dans la vie du patient » (Ent. AD1, Pos 105).

4.2.1.4 Faible traçabilité des observations et des activités professionnelles

Cette pratique de l'oralité se combine à une difficulté à formaliser par écrit les observations et les activités professionnelles. Officiellement, cette tâche devait s'effectuer à l'intérieur du dossier médical électronique *Hopital Manager* (HM). Or, il s'avère que cet outil n'était pas utilisé régulièrement par plusieurs membres de l'équipe. Un participant l'explique

ainsi : « Donc nous, on nous demandait [...], sous HM, de tracer pour chaque patient au jour le jour, ce qu'on faisait avec eux. Alors justement faute de temps, de moyens et d'accès, on le faisait pas régulièrement, peut-être pas assez » (Ent. ES1, Pos. 138).

4.2.1.5 Difficulté de plusieurs professionnels à s'exprimer en réunions

On observe également une faible participation des professionnels présents aux rencontres PPSA. Lors de la réalisation de l'état des lieux de Guyenne en 2018, il a été observé qu'une minorité de professionnels osaient s'exprimer en temps de réunions. Lors des entretiens semi-structurés, plusieurs participants ont confirmé ces propos en disant que cette faible participation s'explique notamment par la crainte d'être jugés par des membres de l'équipe (*affordances*). Par conséquent, seulement quelques professionnels exprimaient fréquemment leurs opinions et l'équipe avait peu accès aux points de vue des autres.

4.2.1.6 Rencontres de coordination interprofessionnelle peu efficaces

Cette faible participation, combinée à un manque de structuration des réunions, semblait contribuer à miner l'efficacité des processus de coordination interprofessionnelle. À ce sujet, un membre de l'équipe mentionne : « [...] quand on était en réunion, on pouvait être dix, douze, il y avait deux, trois personnes qui parlaient, tous les autres c'était un grand silence, un grand dialogue avec le médecin [...]. Il y avait vraiment pas de méthode, ça partait dans tous les sens et on aboutissait à rien ! ». Par conséquent, selon les participants, les objectifs de la réunion – qui étaient de mettre à jour en équipe les objectifs du PPSA (papier) et d'assurer une coordination interprofessionnelle – étaient rarement atteints.

4.2.1.7 Faible collaboration entre les familles des PA et les professionnels

Une autre dynamique d'interaction observée en 2018 est la quasi-absence de liens entre les professionnels référents et la famille et/ou les proches des PA. Bien que les familles soient généralement accueillies par le médecin et/ou l'adjoint de direction, les professionnels du quotidien ont peu d'occasions d'établir une relation avec elles : « [...] quand la famille était présente, il y avait parfois un infirmier [...] qui était là pour prendre des notes [...]. Mais c'était assez rare qu'on [les autres professionnels] soit impliqué quand il y avait des échanges avec les familles, c'était assez rare, et c'est dommage » (Ent. AS1, Pos. 222). Ce

professionnel mentionne que le renforcement des interactions avec les familles auraient permis de mieux connaître la PA et, ainsi, de mieux répondre à ses besoins, ses souhaits et/ou ceux de sa famille.

En synthèse, avant le déploiement de Baromètre à Guyenne, on a observé des pratiques où les décisions étaient prises par les membres de l'équipe au détriment de la PA qui était peu impliquée dans son projet personnalisé de soins et d'accompagnement (*interactions sociales*). De plus, ce projet était soutenu par l'utilisation d'un PPSA papier (*médiation*) qui faisait peu de sens pour les professionnels. Il s'appuyait sur une méthode de travail qui rendait difficile la collaboration entre les deux référents (*affordances*).

D'autres freins et défis (*affordances*) ont été identifiés par des professionnels lors de l'état des lieux réalisé avant le déploiement de la démarche. Ceux-ci concernaient entre autres : 1) la valorisation de cette approche par tous les membres du staff ; 2) le rééquilibrage entre la posture actuelle des professionnels et la mise en valeur de l'autonomie des PA ; 3) le changement de regard sur la PA qu'implique la mise en œuvre de la démarche Baromètre ; 4) et finalement, la crainte des professionnels de faire ressortir des souhaits chez la PA auxquelles l'équipe n'est pas en mesure de répondre (Notes d'obs_juil18, Pos. 27). À *contrario*, certains professionnels percevaient la démarche Baromètre comme un levier pour renforcer la participation des PA à l'élaboration de leur PPSA, améliorant potentiellement la relation entre eux et les PA. Ces divergences de points de vue illustrent des dynamiques d'interactions sociales tendues quant aux représentations des pratiques d'accompagnement que doivent adopter les professionnels et quant à leur adhésion à la démarche de déploiement de Baromètre.

4.2.2 Processus de médiation et de transformation des interactions sociales à la suite du déploiement de Baromètre

À partir de janvier 2019, la plateforme numérique Baromètre a graduellement joué un rôle de médiation en transformant les dynamiques d'interactions sociales entre les professionnels et avec les PA de Guyenne.

4.2.2.1 Création d'une dynamique d'entraide entre collègues autour de l'accompagnement des PA

Après deux ans de déploiement, plusieurs professionnels reconnaissent que l'accompagnement de la PA doit être plus globale et ne pas se centrer uniquement sur les soins, la médication et le soutien aux activités de la vie quotidienne. Bien qu'en 2018 des tensions étaient palpables entre certains professionnels au regard de leur vision de l'accompagnement, on observe qu'une dynamique d'entraide s'est créée autour de l'appropriation de Baromètre. Certains professionnels offrent spontanément du soutien à leurs collègues et d'autres demandent de l'aide à leurs pairs. Un des participants à l'étude l'évoque bien : « [...] on sait sur qui on peut s'appuyer et ils sont super disponibles. On se réfère à eux, [...] moi ça m'est arrivé de dire, il faut que tu me montres un truc, j'ai besoin de toi [...]. Et clairement on est là pour s'aider » (Ent. AS1, Pos. 204). Cette dynamique d'entraide entre professionnels encourage l'usage de Baromètre comme outil d'accompagnement (*médiation*). Lors d'un retour d'expériences, certains professionnels ont affirmé reconnaître la pertinence de transformer leurs pratiques d'accompagnement avec la PA.

4.2.3 Ouverture des professionnels à une posture d'accompagnement et à des pratiques davantage personnalisées et collaboratives

4.2.3.1 Changement de regard professionnel sur la PA

Lors d'un retour d'expériences réflexif-évaluatif en juin 2021, plusieurs professionnels ont mentionné avoir développé de nouvelles représentations de la PA, depuis qu'ils utilisent Baromètre. De la perception du patient « malade », plusieurs professionnels reconnaissent maintenant le dit « patient » comme une personne humaine à part entière vivant avec certaines difficultés : « Vous êtes d'abord une personne, vous êtes pas un schizophrène ou un bipolaire ou un autiste, je m'en fous. C'est la considérer comme une personne [...]. Baromètre amène à les faire exister, elles » (Ent. AS-2, Pos. 216).

Les démarches d'accompagnement réalisées contribuent à mieux connaître la PA en fonction de ses propres représentations, ce qui suscite de l'étonnement chez des professionnels : « Parce qu'en fait, le patient te dépose des choses s'il est en confiance, qui sont absolument personnelles, voire très intimes. Et que je m'attendais absolument pas »

(Ent. ES2, Pos. 230-232). Dans un même ordre d'idées, un professionnel a partagé sa surprise quant à la capacité de la PA à s'exprimer librement lors d'un accompagnement personnalisé : « Je suis vraiment surpris de ma rencontre avec un PA pour Baromètre [...]. On redécouvre les PA avec cet outil. Ils nous parlent plus ouvertement, que ce que je ne l'aurais cru [...]. Je suis surpris du niveau de compréhension de la PA » (Notes d'obs_juin21, Pos. 45). Ainsi, le Baromètre agit comme le médiateur d'une nouvelle dynamique d'interactions entre la PA et le professionnel.

4.2.3.2 Professionnels davantage à l'écoute et centrés sur les forces des PA

Depuis la tenue des ateliers pratiques Baromètre en 2019, plusieurs professionnels disent qu'ils prennent davantage le temps d'être à l'écoute des besoins et de ses souhaits de la PA. Ainsi, il semble que l'usage de la plateforme numérique peut favoriser l'instauration d'une dynamique d'écoute entre la PA et le professionnel, ce dernier prenant davantage le temps d'être attentive à elle, à ce qu'elle exprime :

« J'ai vu des professionnels, ils avaient jamais passé autant de temps avec un patient pour entendre ce qu'il avait à dire. Avant, OK on passait un petit entretien, recueil des souhaits, cinq minutes. Donc il y a aussi ça, ce relationnel qui à mon sens a évolué dans la pratique [...] il y a pas que le regard qu'on porte, il y a aussi l'écoute qu'on apporte ». (Ent. ES2, Pos. 226)

Toutefois, une PA ayant participé au groupe de discussion a mentionné qu'elle ne se sent pas toujours libre de dire ce qu'elle pense et avoir peur du jugement de certains professionnels à son égard : « J'ai parfois peur de répondre, [...] j'ai peur du jugement que l'on porte sur nous. À certains moments, je me suis sentie obligée de répondre » (GD_7juin21, Pos. 23). Une autre PA abonde dans le même sens en affirmant qu'elle ne s'est pas toujours sentie à l'aise d'exprimer ses souhaits et ses choix aux professionnels lors d'une rencontre : « Je me sens pas libre de choisir mon projet, par rapport aux conseils qu'on me donne. J'aimerais que l'éducateur accepte plus ce que je lui dis » (GD_7juin21, Pos. 24). Ce participant a ajouté que ce n'était pas tous les éducateurs qui avaient le même comportement avec lui. Selon lui, certains professionnels étaient plus ouverts à l'échange que d'autres.

Par ailleurs, l'usage de Baromètre semble favoriser la centration sur les forces et les compétences des PA lors des accompagnements. Le Baromètre, ayant la particularité de disposer d'un espace permettant d'indiquer les forces, les intérêts et les compétences des PA, soutient la mémoire des professionnels et guide les échanges. En effet, plusieurs professionnels ont affirmé que l'appropriation des items de Baromètre (*médiation*) favorise la mobilisation des forces, des intérêts et des compétences des PA :

« Pour moi ça c'est des forces [...] connaissance de l'espace vert, connaissance de la botanique, de l'entretien des plantes et tout [...]. Donc moi des fois, je prenais l'initiative, j'allais prendre un sécateur, on allait couper là-bas et tout, il m'expliquait. C'était génial. Vraiment j'ai passé des supers moments avec ce patient qui m'expliquait les plantes [...] et je m'en suis souvenu grâce à Baromètre » (Ent ES-2, Pos. 24).

En synthèse, on observe que graduellement, l'apprentissage de la démarche Baromètre, lors des temps de formation et d'ateliers pratiques a permis à l'équipe de Guyenne de prendre de plus en plus conscience de l'importance de placer la PA au centre de l'accompagnement en exprimant ses besoins, ses souhaits, ses objectifs, etc. La relation entre certains professionnels et des PA s'est graduellement transformée délaissant peu à peu la posture d'expertise pour tendre vers une relation plus égalitaire, caractérisée notamment par l'écoute des représentations de la PA et de ses souhaits.

4.2.4 Renforcement de la participation des PA à l'élaboration de leur PPSA et réorientation de leur projet de vie

À l'usage de Baromètre (*médiation*), plusieurs professionnels soutiennent davantage l'engagement des PA dans l'élaboration de leur projet personnalisé (*dynamique d'interactions sociales*). En tant que médiateur, le Baromètre a conduit certains professionnels à laisser plus de place aux PA dans les prises de décisions les concernant. Celles-ci jouent davantage un rôle actif dans l'élaboration de leur PPSA, ce qui favorise la création d'une vision commune avec le professionnel :

« Maintenant, c'est qu'on repère ensemble [avec la PA] où il y a effectivement des choses à améliorer et on va travailler dans ces axes-là pour essayer [...] d'aller au mieux vers la direction où il veut aller. Et je trouve que les patients, ça les implique; en les impliquant davantage, ils sont beaucoup plus motivés aussi sur leurs projets » (Ent. AS1, Pos. 74).

Ainsi, la participation de la PA à l'élaboration de son projet personnalisé semble avoir un effet positif sur sa motivation à atteindre les objectifs qu'elle s'est fixés avec le soutien du

professionnel. Ce processus d'accompagnement semble aussi renforcer le sentiment d'être soutenu de certaines PA : « Lorsqu'on ne sait pas quoi répondre, l'éducateur peut nous aider, nous guider pour expliquer ce qu'on comprend pas » (GD_7juin21, Pos. 17).

Or, cet accompagnement personnalisé implique d'adapter les pratiques professionnelles au vécu de la PA (*dynamique d'interactions sociales*). Le respect de son rythme se révèle essentiel. Plusieurs professionnels mentionnent qu'ils ont dû apprendre à moduler le rythme de l'accompagnement et l'usage de Baromètre en fonction des capacités de la PA (*médiation*). Cela est d'autant plus important lorsqu'elle éprouve des difficultés de concentration, de la fatigue ou lorsqu'elle va moins bien. « Parce que souvent on le fait [usage de Baromètre], en fonction des patients. Mais après chaque patient est différent. Il y a des jours où ils sont bien, des jours moins bien. On peut le faire en plusieurs fois, en deux, trois fois [...] on s'adapte » (Ent. AS2, Pos. 96-98).

Par ailleurs, certains participants à l'étude sont surpris de constater que l'accompagnement soutenu par le Baromètre permette une meilleure orientation des projets personnalisés des PA (*médiation*). En effet, au lieu de se centrer sur l'expertise médicale, cette médiation conduit les PA et les professionnels à appuyer davantage leurs décisions et leurs pratiques sur ce que les PA souhaitent et sur ce qu'elles sont en mesure de concrétiser (*dynamique d'interactions sociales*) :

« Il a complètement changé [de projet], parce qu'à un moment donné on l'a rencontré avec Baromètre, on lui a dit [...] qu'est-ce que vous aimeriez faire, quel serait votre projet ? Et lui il a dit ça : un stage en ÉSAT (Établissement et Services d'Aide par le Travail). Et là il a sauté de joie. Il m'a dit oui oui, moi c'est ce que je veux [...]. Donc nous maintenant ce monsieur-là, on va l'accompagner dans ce projet-là, car on voit bien qu'il en a la capacité ». (Ent AD1, Pos. 134).

En somme, l'usage de Baromètre, comme médiateur, a contribué à transformer les dynamiques d'interactions sociale entre professionnels et PA. Les nouvelles dynamiques générées favorisent sa participation ; elle est davantage écoutée, reconnue comme sujet et actrice de son projet de vie.

4.2.5 Amélioration du travail collaboratif entre les membres de l'équipe

Les espaces d'échanges et de réflexivité interprofessionnelle soutenus par l'usage de Baromètre (*médiation*) ont influencé l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle. Ces espaces correspondent aux temps de travail pour la co-élaboration du PPSA entre professionnels référents (binôme éducatif/soignant) et aux réunions PPSA. Depuis le début de la pandémie, le nombre de participants à ces réunions a été revu à la baisse, passant de douze à sept. On constate que ces derniers prennent plus librement la parole devant le groupe. Un élément touchant aux interactions sociales et semblant faciliter cette prise de parole est que le médecin est davantage à l'écoute des professionnels lors de ces rencontres : « Aujourd'hui [...] on le vit [en tant que professionnel] quand on regarde Baromètre avec le médecin, je trouve qu'il y a vraiment une prise de conscience de sa part, il y a une écoute ». Le médecin psychiatre confirme ces propos en affirmant qu'il se voit maintenant davantage comme un acteur qui soutient, étape par étape, ce processus interprofessionnel de réflexion et de partage de points de vue et non pas comme l'expert qui doit dicter quoi faire aux professionnels.

Ainsi, lors de ces rencontres, les stratégies d'action ciblées sont davantage réparties selon les rôles et responsabilités des membres de l'équipe, par exemple, le psychiatre spécifie que son travail concerne davantage les axes d'accompagnement qui touchent à la maladie et aux symptômes de la PA. Certains professionnels identifient davantage les pratiques qui les concernent, soit l'accompagnement à la vie quotidienne de même que la co-élaboration et la mise en œuvre du projet de vie de la PA. À ce sujet, un participant mentionne : « Le Baromètre nous a vraiment amené à modifier notre façon de travailler ensemble. Les rôles sont mieux définis lors des réunions PPSA. Le psychiatre aide à clarifier ces rôles » (Ent. AD1, Pos .64). Le Baromètre s'avère ainsi un médiateur facilitant le travail collaboratif entre les professionnels.

« On peut avoir des compétences différentes, mais on sent comment chaque professionnel et chaque mission prend sa place autour d'un usager et vient soutenir le projet de la personne [...] on est davantage dans un travail de maillage, plutôt que dans un travail avec une porte d'entrée unique, le médecin [...]. Le travail avec Baromètre [...] ça permet cette coordination » (Ent. 496bis, Pos. 134).

Ces propos sont partagés par plusieurs membres de l'équipe qui affirment que l'échange des points de vue entre professionnels est central pour favoriser la mise en œuvre d'une collaboration multidisciplinaire centrée sur la PA.

Lors de réunions PPSA, plusieurs professionnels référents sont de plus en plus à l'aise de présenter à leurs collègues le bilan du PPSA à partir de Baromètre (*médiation*). Un des participant l'explique ainsi : « Il y a un moment où j'avais cette appréhension de le présenter [...] et puis finalement, j'aime tellement cet outil que le présenter ça me plaît. Donc je suis un peu plus sûre de moi aussi, [...] avec la pratique, j'ai pris un peu d'assurance tout simplement » (Ent. AS2, Pos. 246). Lors d'un retour d'expériences réalisé en novembre 2019, d'autres professionnels ont soutenu des propos similaires à l'effet que la présentation régulière de PPSA leur permet d'accroître la confiance en leurs compétences lors de présentations à l'équipe. Cet exemple illustre que l'apprentissage professionnel s'enracine dans la pratique quotidienne par l'usage d'outils symboliques partagés avec d'autres (Mäkitalo, 2012).

4.2.6 Amélioration de la traçabilité des observations interprofessionnelles et des co-évaluations

Depuis le début du déploiement, plusieurs professionnels reconnaissent l'importance de rendre disponibles leurs observations dans un espace dédié à la communication interprofessionnelle dans la plateforme numérique. Ainsi, le module d'observations interprofessionnelles facilite ce partage d'informations entre collègues (voir Annexe K). Toutefois, un participant à l'étude mentionne que la plateforme ne fait pas tout et que les professionnels doivent se responsabiliser en allant consulter régulièrement les informations inscrites dans le module (*médiation*).

Par ailleurs, afin de s'assurer une compréhension commune du vécu de la PA et de sa perception, lors de la co-élaboration des PPSA, les professionnels inscrivent les propos dits par la personne dans l'onglet *Qualité de vie* (voir Annexe L).

Dans cette pratique de l'écrit, il semble important pour ces professionnels de transcrire au mot-à-mot les propos des PA. Un participant le résume ainsi :

« [...] j'essayais même pas de reformuler la phrase pour qu'elle soit belle, au niveau syntaxe. C'étaient les mots de la personne [...] les mêmes tournures que le patient a pu exprimer de son ressenti, [...] ça évite les mauvaises interprétations » (Ent. AS2, Pos. 116).

Cette pratique de rédaction dans le Baromètre (*médiation*) formalise la reconnaissance des représentations de la PA, permet de les communiquer aux membres de l'équipe et de s'y référer pour orienter les pratiques d'accompagnements interprofessionnelles (*dynamique d'interactions sociales*).

4.2.7 Processus de coordination des PPSA à clarifier

Pour actualiser une méthode d'accompagnement en mode projet, des participants mentionnent qu'il serait pertinent de clarifier les rôles et responsabilités en matière de coordination des PPSA :

« Alors, peu importe le statut du professionnel, mais [il faut] quelqu'un qui puisse faire vivre Baromètre quand même au-delà de la présentation PPSA. Ça a manqué la coordination là-dessus justement [...] on ne sait pas trop qui coordonne quoi dans le projet de la personne » (Ent. ES2, Pos. 230).

Avant l'arrivée de la démarche Baromètre, l'adjoint de direction assumait cette coordination. Aujourd'hui, plusieurs professionnels éducatifs (ES et AES) suggèrent que cette coordination pourrait être partagée entre eux et l'adjoint. Un autre participant affirme qu'il faut revoir la notion de référent de projet et de coordonnateur de projet. Ainsi, selon lui, cela implique qu'« on ne peut pas continuer à placarder nos anciennes méthodes de travail sur l'outil Baromètre. Il faut revoir les responsabilités [des professionnels] pour les adapter à la démarche en cours » (Notes d'obs_avril21, Pos. 10).

À la lumière de ces processus de médiation, on fait le constat que l'usage de la plateforme Baromètre a contribué à transformer graduellement : 1) les représentations de l'accompagnement des professionnels ; 2) les pratiques personnalisées et collaboratives ; 3) la participation de la PA à son projet de vie ; 4) le partage d'une vision commune entre les membres de l'équipe ainsi que ; 5) la traçabilité des observations interprofessionnelles et des co-évaluations de la qualité de vie.

4.2.8 Affordances ayant influencé les processus de médiation et dynamiques d'interactions sociales

4.2.8.1 Compétences informatiques des professionnels

Au début du déploiement en 2018, une minorité de professionnels mentionne ne pas être à l'aise à utiliser les outils informatiques. Ceux-ci expriment la crainte de ne pas avoir la capacité de faire usage de Baromètre avec la PA. On observe qu'ils éprouvent une difficulté à utiliser la plateforme pour écrire, naviguer et accéder aux informations en temps voulu. Ainsi, ces professionnels perçoivent que la plateforme Baromètre n'est pas intuitive : « Pour moi, la navigation dans Baromètre est pas suffisamment intuitive d'après mes [faibles] connaissances en informatique. J'arrive à me débrouiller, mais il me faut beaucoup de temps pour naviguer dans les principaux items, pour renseigner les choses au bon endroit » (Ent. ES1, Pos. 142). Ces participants ont dit utiliser moins souvent l'outil numérique vu leurs difficultés. Toutefois, lors des temps d'ateliers pratiques en 2021, ils ont mentionné trouver le module d'observations assez simple d'utilisation. Depuis ces ateliers, on constate qu'ils utilisent ce module au quotidien. Pour ces participants, il apparaît que le renforcement des compétences en informatique, par la tenue d'ateliers pratiques, est central pour initier un processus d'apprentissage intégré dans les pratiques quotidiennes.

À l'inverse, pour d'autres professionnels qui maîtrisent les outils informatiques, la plateforme Baromètre est très intuitive :

« Oui, c'est très intuitif pour moi. Ça peut ne pas forcément l'être pour quelqu'un d'autre, mais pour moi c'est un outil qui est très intuitif, que je trouve du coup très facile à utiliser parce que je veux classer quelque chose sur l'alimentation par exemple, bien voilà ! C'est bien structuré » (Ent. ID1, Pos. 34).

Dans cette perspective, on observe que le degré de compétences informatiques influence l'adhésion initiale aux processus d'apprentissage inhérents à la démarche Baromètre.

4.2.8.2 Poids d'une culture et de pratiques médico-centrées et chronicisées

Depuis plusieurs décennies, la Fondation John Boss (FJB) mise sur le binôme constitué de directeur et du médecin pour assurer la mise en œuvre du projet d'établissement pour

chacun de ses établissements. Le médecin est responsable, voire imputable, de la mise en œuvre du projet clinique de soins et d'accompagnement de l'établissement pour lequel il est le référent. De ce fait, les pratiques d'accompagnement des professionnels, qui sont grandement influencées par le contexte socio-culturel, étaient centrées sur les soins somatiques et le soutien donné aux activités de la vie quotidienne de la personne (hygiène corporelle, alimentation, sommeil, etc.). Un des participants décrit la situation ainsi : « En fait, l'organisation du travail, comme dans beaucoup de pavillons, était centrée [...] dès le matin, on arrive ; notre mission, c'est de les accompagner en lever, qu'ils soient douchés, qu'ils soient habillés et qu'ils aient mangé. Voilà » (Ent. AD1, Pos. 73).

En ce qui a trait aux établissements de type sanitaire, un projet de soins des PA a été imposé aux équipes. Comme l'établissement Guyenne est un établissement de santé autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie (ÉSAP), le projet de soins avait préséance. Dans le but de prendre davantage en compte les souhaits des PA, la Fondation a mis en place dans la dernière décennie le PPSA pour l'ensemble de ses 38 établissements (tant sanitaires que médico-sociaux). Ce PPSA prenait la forme d'un document papier, avant l'arrivée de la démarche Baromètre.

Pour la majorité des participants à la recherche, le PPSA en formule papier semblait difficile à comprendre et à utiliser. Les professionnels semblaient ne pas saisir le sens et les objectifs visés par cet outil : « C'était des questions qui [...] on avait du mal un petit peu à bien le pratiquer parce qu'on voyait pas trop le sens [...] on arrivait pas à se l'imprégner quoi » (Ent. AS2, Pos. 50-52).

Par ailleurs, la structure de recueil des souhaits de la PA, intégré à ce PPSA papier, soutenait peu la réflexivité des professionnels et n'intégrait pas une méthodologie favorisant la participation de la PA à son projet personnalisé. Ainsi, la présence d'espaces de rédaction en textes libres et l'absence de liens entre les catégories rendaient difficile l'évaluation avec les PA et l'analyse professionnelle : « On avait une petite feuille avec recueil des souhaits. Et donc c'était une question très ouverte [...]. Mais c'était une question tellement vaste, que bien souvent on savait pas forcément quoi répondre au final » (Ent. AE1, Pos. 36).

Force est de constater que ce formulaire PPSA papier n'était pas un artéfact symbolique pour l'ensemble des professionnels de Guyenne. En effet, il ne portait pas de symboles et de significations partagés entre les membres de l'équipe (Mäkitalo, 2012).

4.2.8.3 Pratiques professionnelles intégrant peu le PPSA dans le travail de l'équipe en 2018

De nombreux PPSA étant incomplets (sans objectifs, échéanciers et collaborateurs bien déterminés), plusieurs professionnels ont exprimé avoir de la difficulté à les concrétiser dans le quotidien. À ce sujet un participant souligne : « On prenait des gens en charge [...] sans un projet cadre global, sans affiner les choses dans un projet, dans un accompagnement. Ce n'était pas scandé dans le temps, on se disait pas dans six mois, on se fixe un objectif et on l'évalue [...] » (Ent. ES1, Pos. 24). De fait, il ressort que la majorité des professionnels ne maîtrisait pas, voire ne connaissait pas, l'accompagnement en mode projet qui consiste à se coordonner en s'appuyant sur une évaluation interprofessionnelle et en ciblant des objectifs, des moyens d'actions concrets, des échéanciers et des collaborateurs (Bloch et Hénaut, 2014). Cela illustre un paradoxe entre la tâche demandée et la quasi-absence des compétences requises pour la mettre en œuvre. Cette dynamique représente un frein à l'intégration du PPSA dans les pratiques professionnelles.

De plus, les trames PPSA au format papier devaient être préparées par deux professionnels (binôme soignant et éducatif). Plusieurs considéraient que cette méthode de travail était peu fonctionnelle, car il était difficile de trouver des temps pour rédiger le PPSA en binôme. La plupart du temps, cela était fait à la dernière minute et un des référents devaient demander à son collègue de compléter les informations à intégrer au PPSA, à un moment ultérieur. Les propos d'un participant représentent bien cette situation : « Donc à l'époque, la plupart des professionnels ne savaient pas trop comment l'utiliser, ou alors ça se faisait la veille d'une réunion d'une manière très, très, très rapide » (ent. AD1, Pos. 56). À cet effet, la majorité affirme qu'ils complétaient le PPSA chacun de leur côté, ce qui créait parfois des incohérences dans leurs écrits. D'autres professionnels disent qu'ils n'étaient parfois pas en accord avec des propos tenus par leurs collègues et sentaient qu'ils n'avaient pas été considérés dans les écrits. Cela générait parfois une dynamique conflictuelle entre certains collègues.

4.2.8.4 Pression ressentie quant à la participation à la démarche Baromètre

Depuis le début de la démarche de déploiement en 2018, quelques professionnels disent ressentir une pression à utiliser le Baromètre. Certains perçoivent que l'usage de la plateforme est imposé par le Comité de direction : « Comme Baromètre se déploie et tout ça, on a aussi [...] pas une obligation de résultat, mais bon [...] on sent bien qu'il faut que ça fonctionne, tu vois ce que je veux dire ? Qu'il faut qu'on s'approprie l'outil, que si, que là, donc ça met une pression » (Ent. ES1, Pos. 110-112). On observe que cette pression crée une résistance chez quelques professionnels percevant cela comme une injonction. Toutefois, cela n'a pas représenté un frein majeur à l'apprentissage et à la mise en œuvre de nouvelles pratiques professionnelles.

4.2.8.5 Pandémie de COVID-19

Le contexte de pandémie a ralenti le déploiement de la démarche Baromètre. Entre janvier et septembre 2020, aucune activité d'apprentissages en pratique soutenues par le staff ou par la chercheuse, n'a pu avoir lieu. Les accompagnements pour l'élaboration du PPSA Baromètre ont également été mis sur pause.

« Le COVID [...] ça a été vécu d'une manière un peu violente. Mais à un moment donné, il fallait bien qu'on en sorte et on a repris le projet Baromètre, on s'est remis en route avec ça. [...] Et on voit bien que cette espèce de pandémie-là, elle avait cassé plein de choses » (Ent AD1, Pos. 76).

En effet, plusieurs professionnels ont mentionné que la pandémie avait mis un frein à la rythmicité des apprentissages. Cette rythmicité s'était installée dans les temps de formation à la démarche Baromètre et lors de la tenue des ateliers pratiques en 2019. Elle a toutefois été reprise de façon fluide à partir de septembre 2020.

4.2.8.6 Reconnaissance du travail réalisé avec Baromètre

Pour certains participants à la recherche, une non-reconnaissance du travail réalisé avec le Baromètre a été présente à Guyenne (entre 2018 et 2020). Certains professionnels disent ne pas se sentir légitimes de prendre un temps pour accompagner la PA avec la plateforme numérique. À cet effet, comme ils doivent s'isoler avec la PA pour élaborer le PPSA, ces

professionnels demeurent en retrait de leurs collègues qui effectuent les accompagnements à la vie quotidienne :

« [...] dans l'organisation, la reconnaissance des professionnels [...] voilà, tu fais ça [élaborer le PPSA avec Baromètre], oui mais pendant ce temps-là, tu fais pas autre chose. Tu es pas à la préparation d'un repas, tu es pas à un accompagnement à la douche » (Ent. ES2, Pos. 278).

Ainsi, pour ces professionnels qui accompagnent les PA, il semble difficile de le faire sans se sentir coupable. Certains disent ressentir le besoin de justifier leur travail auprès des collègues qui adhèrent moins à la démarche. Ces derniers paraissent percevoir l'accompagnement avec le Baromètre comme non-prioritaire dans les activités professionnelles. Il est à noter que cette dynamique d'interactions sociales entre professionnels génèrent des tensions au sein de l'équipe et constitue une affordance contraignant les processus d'usage et d'apprentissage.

En contrepartie, les professionnels – qui adoptent une posture d'apprentissage et qui partagent leurs expériences d'usage de Baromètre avec une PA – stimulent l'adhésion d'autres collègues à la plateforme numérique et alimentent une dynamique d'entraide au sein de l'équipe. Cette citation illustre la posture d'apprentissage et de partage expérientiel de ces professionnels : « Du coup, elle [la professionnelle] développe des choses, elle nous parle de sa pratique d'accompagnement [avec le Baromètre], de ce qu'elle observe et c'est très intéressant » (Ent. AD1, Pos. 70).

Bien qu'il y ait une plus grande reconnaissance de l'usage de Baromètre avec les PA et entre professionnels en 2020, il semble que la démarche Baromètre demande beaucoup de temps d'apprentissage et de rédaction pour ces derniers. Lors d'un retour d'expériences en septembre, certains d'entre eux ont affirmé avoir la crainte de négliger la PA si « trop » de temps est consacré à Baromètre. En effet, une perception prédomine chez des professionnels à l'effet que l'accompagnement aux soins et à la vie quotidienne est prioritaire à l'accompagnement au projet de vie de la PA.

4.2.8.7 Ergonomie de Baromètre

Les schémas et les tableaux qui sont intégrés à la plateforme numérique Baromètre semblent aider les professionnels dans leur réflexion et leur analyse. Lors des entretiens

réalisés entre avril et mai 2021, l'ensemble des professionnels s'entendent pour dire que le schéma sous forme de « toile d'araignée » facilite leur travail (voir Annexe M). Il permet de mettre en dialogue la perception des PA et des professionnels, quant à la situation vécue par la PA, et d'orienter l'accompagnement à privilégier avec elle :

« Tu superposes le travail que tu as fait et on voit où ça s'est amélioré, les schémas nous permettent un peu de voir où il y a une amélioration, [...] et là où au contraire ça s'est dégradé. Et pareil, ça nous permet de dire [...] là il y a un écart entre ce que le patient voit de lui et ce que nous on voit de lui » (Ent. AS-1, Pos. 240).

Aussi, certaines PA affirment que le Baromètre leur permet de voir rapidement leur progrès par l'usage du schéma en forme de toile d'araignée. Ces dernières semblent apprécier la plateforme en disant avoir la possibilité de faire plus de choix dans leur projet et pouvoir partager plusieurs buts avec les professionnels.

Tel que mentionné antérieurement, il est reconnu par les participants que l'ergonomie de la plateforme permet d'avoir une vision globale de la PA en se centrant davantage sur ses intérêts, ses compétences et ses forces. Baromètre invite les professionnels et la PA à explorer ces items : « Avec Baromètre, on fait plus ressortir les capacités, leur potentiel d'évolution, leurs centres d'intérêts, leurs ressources enfin tout ce qui touche la personne dans toutes ses dimensions quoi ». (Ent. ES-1, Pos. 48).

L'ergonomie de l'outil numérique semble toutefois générer des contraintes pour quelques professionnels. Elle les invite à être observateur, se questionner, classer, catégoriser, etc. Bref, elle structure une démarche réflexive. Toutefois, les difficultés vécues au quotidien par l'équipe se combinant à l'usage de la plateforme semblent freiner ce processus réflexif : « Mais c'est vrai qu'on est fatigué après, il y a toujours des événements quoi. Donc ça demande beaucoup d'énergie à chacun. Moi il y a des fois [...] j'ai le cerveau bloqué par la fatigue. Quand je parle de fatigue, c'est la fatigue mentale » (Ent. AS2, Pos. 278). Il devient alors laborieux pour certains professionnels de se poser et de se « mettre en mode réflexif ». Dans ce contexte, certains craignent de commettre des erreurs, se découragent et choisissent de moins s'investir dans l'usage de Baromètre et dans la démarche de déploiement.

4.2.8.8 Projection de la plateforme Baromètre sur grand écran

Après la première série de formation et d'ateliers pratiques à la plateforme en novembre 2019, plusieurs participants aux entretiens affirment que la projection du PPSA « Baromètre » facilite la rétention de l'information et permet de soutenir la réflexivité des professionnels participants aux réunions PPSA : « Dans l'équipe on sent bien que [...] le fait de visualiser, d'écrire, de partager aussi à l'oral, ça aide. [...] c'est écrit, c'est lu, c'est visualisé, ça s'imprègne plus facilement [dans la tête des professionnels], je pense » (Ent. 496bis, Pos. 106). Ce participant a d'ailleurs souligné que cette projection facilitait le maillage des différents métiers autour de la PA.

4.2.8.9 Contenu de Baromètre

Dans un même ordre d'idées, des professionnels affirment que le contenu de Baromètre est pertinent et soutenant pour leur pratique : « Pendant ma formation, on utilisait les besoins fondamentaux et je me retrouve énormément dans Baromètre avec ça, moi c'est quelque chose qui me parle. Et du coup, j'ai pas de difficulté parce que c'est comme ça que je l'ai appris en fait » (Ent. ID1, Pos. 51).

Toutefois, certains contenus de Baromètre sont questionnés par quelques professionnels. Ces derniers trouvent difficile d'aborder des items *Qualité de vie* avec les PA. Par exemple, des professionnels ont mentionné qu'il est difficile d'expliquer à la PA le thème *mon discours intérieur*, car celui-ci peut être associé aux symptômes hallucinatoires (Notes d'obs_nov19, Pos. 6). L'ensemble des PA participant à la recherche corrobore les propos des professionnels en affirmant que quelques items de Baromètre sont difficiles à comprendre : « Il faudrait changer la formulation de certains items, car on ne comprend pas toujours ce que ça veut dire, par exemple : mon discours intérieur » (GD_7juin21, Pos, 15).

De plus, un nombre restreint de PA au groupe de discussion affirme avoir eu l'impression de passer un questionnaire avec certains professionnels qui accordaient peu de place à l'échange. Dans cette perspective, le contenu peut parfois être perçu comme intrusif et les rendre inconfortables : « La sexualité, je ne veux pas répondre, c'est privé. Ça ne regarde que moi et ça me gêne de répondre à cette question » (GD_7juin21, Pos. 10). Une autre

PA a affirmé ne pas vouloir répondre aux questions concernant la *relation à la famille* et une autre à une question portant sur le *discours intérieur*. D'où l'importance de suivre le rythme et de respecter les choix de la PA, tel que mentionné précédemment par les professionnels.

4.2.8.10 Catégorisation des observations professionnelles

Avant l'arrivée de Baromètre à Guyenne, les observations professionnelles étaient inscrites dans le logiciel Hopital Manager (HM). Pour plusieurs professionnels, l'ergonomie de ce logiciel est perçue comme étant problématique : il apparaît difficile d'accéder rapidement et en temps voulu à la bonne information. Certains soulignent aussi que les informations inscrites par des collègues apparaissaient peu pertinentes et difficiles à réutiliser dans le travail quotidien. Par conséquent, l'ensemble des participants s'entend pour dire que cela engendrait des pertes d'informations, des bris de communication et des difficultés de coordination interprofessionnelle. Ces freins semblent avoir un impact sur la cohérence globale des pratiques mises en œuvre et sur la qualité des interactions entre les membres de l'équipe (p. ex. malentendus, tensions, conflits, etc.).

Bien que des items *Qualité de vie* représentent un défi d'appropriation, l'usage quotidien du module d'observation favorise la compréhension et la mémorisation pour la plupart des professionnels : « Avec le module d'observation ça fait un tout cohérent qui permet de l'utiliser plus souvent pour s'en saisir [...]. Je cherche encore un peu à savoir quel intitulé est le plus adéquat avec ce que je veux retranscrire, mais avec le temps on va les connaître » (Ent. ID1, Pos. 55). Cependant, un participant mentionne à ce sujet : « Ce qui est compliqué [de la catégorisation] c'est tout un tiroir, tu ouvres quelque chose, il y a autre chose qui s'ouvre, autre chose qui s'ouvre, autre chose qui s'ouvre [...] » (Ent. ES1, Pos. 90). Ainsi, cette démarche de catégorisation qui guide la réflexion peut également devenir une limite à la motivation et à la capacité à utiliser la plateforme.

4.2.8.11 Mise en œuvre d'une méthode d'accompagnement en mode projet

Tel que mentionné précédemment, en 2018, la majorité des professionnels méconnaissaient l'accompagnement en mode projet. Avec le déploiement de la plateforme numérique, cette

réalité a été mise en relief par des difficultés rencontrées par certains professionnels à réutiliser et à faire vivre le PPSA « Baromètre » de manière régulière dans leurs activités quotidiennes (*médiation*). Dans l'onglet Accomplissements (voir Annexe N), certains soulignent : « Moi ce qui est plus compliqué de faire vivre, c'est ces objectifs [...] l'échéancier c'est pareil, personne le renseigne parce que bon on sait pas comment, alors on préfère ne rien mettre [...] » (Ent. ES1, Pos. 172). Bref, la nécessité d'intégrer une méthode d'accompagnement en mode projet a été exacerbée par l'usage de cette plateforme numérique qui la valorise.

À ce sujet, lors des ateliers pratiques, la chercheuse a observé à l'intérieur des dossiers Baromètre que l'onglet *Accomplissement* était rarement renseigné ou que certains éléments (objectifs et moyens d'actions) étaient inversés. Pour les membres du Comité de direction, cette situation illustre le besoin de formation à la méthode d'accompagnement en mode projet pour les professionnels (AS, ASH) n'y ayant pas été formé dans le cadre de leur cursus métier (Notes d'obs_avril 21).

D'autres professionnels interviewés abondent en ce sens. Ils affirment que les professionnels éducatifs et infirmiers sont en général plus à l'aise avec la méthodologie d'accompagnement par projets : « Alors on se disait aussi que peut-être nous éducatifs, on est plus formés et puis on a une logique un peu plus de projets. C'est-à-dire souhaits de la personne, évaluation, moyens à mettre en œuvre, objectifs définis et puis évaluation du résultat ou pas » (Ent. ES1, Pos. 182).

4.2.8.12 Formalisation de temps dédiés pour l'élaboration des PPSA et les discussions d'équipe

Une des conditions critiques à la mise en œuvre d'une méthode d'accompagnement en mode projet réside dans la formalisation de temps de travail dédiés pour élaborer le PPSA Baromètre entre les binômes et avec la PA. Cette condition s'avère incontournable pour plusieurs participants à la recherche. D'ailleurs, de tel temps de travail avaient été organisés en 2018, mais n'ont pas été maintenus au fil de la démarche de déploiement : « Alors ce qui est bien c'est qu'on a eu du temps de dégagé [par l'adjoint] pour pouvoir travailler sur Baromètre. On savait qu'on pouvait se poser pendant [...] une heure, une heure et demie.

On était dans les murs du pavillon, mais on était pas dispos pour autre chose » (Ent. ES3, Pos. 184). Cela leur permettait de se concentrer uniquement à l'élaboration du PPSA, sans être happé par les autres tâches quotidiennes.

Comme l'organisation de ces temps spécifiques a fluctué, plusieurs professionnels disent éprouver une difficulté à se coordonner entre eux. Ainsi, ces derniers disent qu'il serait préférable que ces temps redeviennent formalisés par le staff pour assurer la réalisation d'une démarche complète d'élaboration du PPSA :

« Donc il a fallu qu'on se coordonne et après tu vois, [...] moi j'aurais aimé après avoir un temps qui nous était dédié [en binôme référents] pour aller sur Baromètre, car jusqu'à présent, on a pas encore eu le temps de se voir pour en faire l'analyse et en proposer des actions, des objectifs. Donc c'est dommage, parce qu'on a pas été au bout encore. On a pas eu les moyens d'aller au bout » (Ent. ID1, Pos. 213).

En effet, bien qu'un professionnel mentionne qu'il a été en mesure de trouver un temps pour l'élaboration du PPSA avec la PA sans que celui-ci ait été spécifiquement formalisé par le staff, il a toutefois été difficile de se coordonner en amont avec le co-référent :

« Moi à chaque fois, j'essayais de voir avec mon collègue [...] tu travailles quand, qu'on le fasse ? Ou alors c'était [...] bon, je l'ai commencé, tu vas jeter un œil, on complète ensemble, ou on le regarde ensemble après. C'était un bémol dans l'organisation. Intégrer [les temps d'élaboration du PPSA] dans toutes les organisations hebdomadaires, ça il faut vraiment l'intégrer » (Ent. ES2, Pos. 268).

De plus, un besoin de structurer davantage les réunions PPSA est ressorti lors du processus de déploiement et lors des entretiens à la recherche. L'ensemble des participants mentionne qu'un meilleur équilibre doit être trouvé entre le temps de la présentation de *l'évaluation Qualité de vie* de la PA et le temps de la création d'une vision commune autour des objectifs et moyens d'action à mettre en œuvre dans le PPSA : « On essaye de trouver une meilleure présentation pour ressortir de ce moment-là [réunions PPSA] en ayant vraiment un condensé d'informations précises » (Ent. AD1, Pos. 200), sur lequel les participants pourront mieux s'appuyer et se coordonner au quotidien.

4.2.8.13 Soutien offert aux professionnels par le psychiatre

Par ailleurs, lors de plusieurs réunions PPSA, il a été observé par la chercheuse que le psychiatre s'est repositionné dans sa relation avec les professionnels. Il est davantage à leur écoute et les soutient dans la rédaction d'objectifs et de moyens d'action concrets dans

l'onglet *Accomplissement* de Baromètre. Il les questionne notamment sur les liens à faire entre la présentation de ce que dit la personne, ses souhaits et les objectifs visés pour répondre à ses souhaits. Cela représente un levier important dans l'apprentissage de la méthode d'accompagnement en mode projet et dans la création d'une dynamique d'entraide au sein de l'équipe.

4.2.8.14 Création d'espaces dédiés aux apprentissages professionnels

Tous les participants à l'étude s'entendent pour dire que l'utilisation régulière de Baromètre dans des espaces dédiés à l'apprentissage (ateliers pratiques et formations) a été un levier pour soutenir l'appropriation de pratiques professionnelles d'accompagnement personnalisé : « Dès le départ, on a eu des formations pour pouvoir connaître Baromètre, utiliser Baromètre. Et après, on a eu [...] on revient sur ça, du temps vraiment dégagé, pour qu'on puisse vraiment se familiariser avec l'outil ! » (Ent. AD1, Pos. 12).

4.2.8.15 Environnement physique favorable à l'usage de Baromètre

L'environnement calme et accueillant dans lequel les professionnels utilisent le Baromètre avec la personne semble un levier pour favoriser l'auto-dévoilement de la PA. En effet, cette dernière semble plus à l'aise et en confiance de se révéler au professionnel lorsque l'ambiance est paisible et intime. Cela permet également au professionnel d'être davantage à l'écoute de la PA : « Je reste persuadé que l'environnement dans lequel on fait Baromètre, le lieu, la lumière, l'accueil, le petit café; [...] m'a permis de connaître certaines histoires de vie de patients à mon étonnement » (Ent. ES2, Pos. 102).

À la lumière des données recueillies, on constate que l'ensemble des affordances, des processus de médiation numérique et d'interactions sociales identifiés s'inter-influencent de façon complexe pour générer une transformation organisationnelle. Dans ce contexte, les professionnels s'adaptent en continu et font des nouveaux apprentissages dans l'action. Or, deux défis organisationnels subsistent pour favoriser l'enracinement de pratiques professionnelles personnalisées et collaboratives, soient la nécessité de restructurer l'organisation du travail en revoyant les rôles et responsabilités associés à la coordination des PPSA et le renforcement des compétences relatives à la mise en œuvre d'une méthode d'accompagnement en mode projet. Pour dépasser les freins qui contraignent ces

apprentissages professionnels, des stratégies multi-niveaux doivent être mises en œuvre de façon cohérente et synergique.

PARTIE 5 :
DISCUSSION

CHAPITRE 5 : DISCUSSION

Tel que présenté, cette recherche-action visait à mettre en lumière et à expérimenter comment se produisent des apprentissages, se traduisant par un changement de pratiques professionnelles enracinées dans le quotidien des équipes en santé mentale. À la lumière des résultats de l'analyse thématique réalisée, il est indéniable qu'il ne suffit pas de rendre disponible une plateforme numérique collaborative en milieu de travail pour que les équipes s'en saisissent et transforment leurs pratiques d'accompagnement. Ce postulat s'avère d'autant plus d'actualité lorsque l'équipe de gestion souhaite « enraciner » ce changement, de façon imbriquée aux activités quotidiennes des professionnels.

Dans cette perspective, enraciner un nouvel « artéfact symbolique » dans la quotidienneté appelle à la mise en place d'une démarche d'accompagnement adaptée et contextualisée aux spécificités de chaque système organisationnel (Mäkitalo, 2012). En effet, la combinaison de stratégies multi-niveaux – articulées au sein d'un processus itératif, réflexif et s'adaptant au rythme des imprévus – s'avère une condition critique de réussite (Roy et Prévost, 2013).

Le déploiement de Baromètre constitue une démarche de transformation organisationnelle tout aussi nécessaire que majeure, confrontant une culture d'expertises professionnelles biomédicales. Par conséquent, pour réussir cette entreprise ne doit pas reposer uniquement sur un nouvel outil ; elle doit y combiner de façon cohérente formations initiales et continues, ateliers pratiques, stratégies d'entraide et coaching par les pairs, suivis réguliers et temps de régulation organisationnelle, révision des rôles et responsabilités au sein des équipes, modification de l'organisation du travail lorsque cela s'avère nécessaire, etc. Cette démarche doit par ailleurs s'appuyer sur les ressources et les dynamiques spécifiques à chaque organisation. Ainsi, la transférabilité des résultats de l'usage de la démarche Baromètre demeure conditionnelle et hypothétique (Laperrière, 1997). Elle repose sur la capacité des parties prenantes à s'en inspirer, à les re-contextualiser, à les confronter à d'autres réalités et à les transposer en fonction des particularités des organisations (Patton, 2015).

5.1 Mise en œuvre de pratiques professionnelles personnalisées et collaboratives

Or, bien que la plateforme Baromètre à elle seule ne suffise pas à transformer les pratiques professionnelles, il s'avère que son usage en pratique au sein d'une organisation constitue une stratégie prometteuse pour favoriser l'actualisation des pratiques personnalisées et collaboratives dans le champ de la santé mentale.

À cet effet, il appert que la plateforme numérique Baromètre est devenue à la fois un cadre cognitif et un artéfact symbolique qui intègre une méthodologie de projet pour soutenir l'apprentissage de pratiques professionnelles personnalisées et collaboratives. Elle est un cadre cognitif au sens où l'entend Bouiller (2016), c'est-à-dire une architecture numérique qui soutient et structure la réflexivité des professionnels dans l'action. Cette organisation de la pensée « modifie la façon dont l'utilisateur perçoit, interprète et interagit avec l'information » en interaction avec d'autres (Bossé, 2018, p. 128). La plateforme devient également, au fil du déploiement, un artéfact symbolique où des représentations et des symboles sont de plus en plus partagés entre les acteurs concernés par la démarche de transformation (Mäkitalo, 2012).

Un grand constat ressort du processus de transformation graduelle des pratiques professionnelles soutenue par la plateforme : Baromètre agit comme médiateur de nouvelles interactions sociales à la fois entre professionnels et PA et entre professionnels. Par ailleurs, ce processus de médiation est influencé par des facteurs d'affordances qui facilitent et/ou contraignent l'enracinement de ces pratiques au sein de l'organisation. Enfin, les résultats permettent d'identifier deux enjeux majeurs devant être relevés pour soutenir l'institutionnalisation de ces pratiques. Il s'agit de la restructuration de l'organisation du travail, en revoyant les rôles et responsabilités associés à la coordination des PPSA, et de l'actualisation d'une méthode d'accompagnement en mode projet dans les activités quotidiennes de l'équipe. En illustrant ces enjeux, notre recherche répond de manière pertinente au défi posé par plusieurs auteurs (OMS, 2020 ; Carrier et al. 2019 ; Jouet et al., 2019 ; Slade et al., 2017) à savoir comment ancrer des pratiques personnalisées et collaboratives dans les activités quotidiennes des équipes de santé mentale. Finalement, la présentation d'implications pratiques apporte des pistes de solutions concrètes pour les professionnels et gestionnaires qui souhaitent transformer les pratiques professionnelles

d'accompagnement à l'aide d'une plateforme numérique. Les sections suivantes abordent plus en détails ces constats, facteurs d'affordances, enjeux et implications pratiques.

5.1.1 Baromètre un outil médiateur de nouvelles interactions sociales entre professionnels et PA

Comme l'illustrent les résultats de notre étude, l'usage de Baromètre invite les professionnels à se repositionner avec la PA, c'est-à-dire à faire preuve de réflexivité au regard de leur posture et de leurs pratiques d'accompagnement (Perrenoud, 2004). En effet, la plateforme incite à aborder des sujets peu ou pas explorés traditionnellement lors des conversations entre professionnels et PA. Ainsi, un regard habilitant et collaboratif se développe, centré sur les capacités, les potentialités de la PA, sur les améliorations de sa qualité de vie et sur la réalisation d'un projet de vie qui fait sens pour elle. Ce changement de regard professionnel issu de la démarche Baromètre fait écho à ce qui a été observé dans l'étude de Jouet et al., (2019). Le programme de co-formation numérique Alfapsy semble avoir conduit des stagiaires d'une association à prendre conscience de leurs préjugés à l'égard des PA faisant l'expérience de problèmes de santé mentale. Par conséquent, ces stagiaires ont appris à travailler autrement, c'est-à-dire avec la personne et non pour la personne.

Poser un regard nouveau sur la personne, lors de l'usage d'une plateforme numérique, agit comme un levier qui stimule et engage une réflexion des professionnels sur la manière d'accompagner cette personne (Mäkitalo, 2012). Broussard et Teng (2019) affirment d'ailleurs que l'expérimentation d'un outil numérique en interactivité avec d'autres personnes contribue à l'apparition de nouvelles idées, de nouveaux comportements. Est-ce à dire que Baromètre est devenu un artéfact symbolique – au sens où Mäkitalo (2012) l'entend – c'est-à-dire un artéfact qui contient des symboles et des représentations partagés qui aident à façonner la pensée des apprenants ? Un artéfact symbolique qui soutient le changement de posture professionnelle et l'ouverture à des pratiques davantage personnalisées et collaboratives ?

L'analyse des résultats milite en ce sens. En effet, on constate que la démarche Baromètre favorise une ouverture des professionnels à l'adoption d'une posture davantage

personnalisée et collaborative avec les PA. Bien que le contexte socio-culturel de Guyenne ait été grandement influencé par l'expertise médicale tout au long de la recherche, on observe que la PA est davantage au centre de l'accompagnement et s'exprime davantage, à l'usage de Baromètre. Il semble que cette ouverture à la collaboration entre PA et professionnels ait créé un espace de dialogue, où la PA devient davantage actrice au sein de sa relation avec les professionnels. Ces résultats convergent avec ceux de l'étude de Bossé (2018) qui illustre que l'usage de Baromètre influence le processus dialogique entre la PA et les professionnels, car il aide à mettre en mots le vécu de la PA et facilite les échanges entre les deux parties. Il en est de même pour la plateforme Alfapsy qui, selon les auteurs, favorise l'empowerment et la prise de pouvoir de la PA (Jouet et al., 2019).

Il est intéressant de souligner que l'actualisation des principes de personnalisation s'observe au-delà de l'usage de la plateforme numérique. Afin de s'adapter à certaines PA plutôt réfractaires à l'usage de l'informatique, des professionnels ont modifié leurs pratiques d'accompagnement en faisant preuve d'initiatives à l'usage de Baromètre. La mise en évidence de cette prise d'initiatives professionnelles nous semble être un apport intéressant de cette étude, n'étant pas illustrée à ce jour dans plusieurs recherches qui traitent de transformations de pratiques professionnelles en santé mentale soutenues par le numérique (Williams et al., 2019 ; Broussard et Teng, 2019 ; Jouet et al. 2019 ; Carrier et al., 2019 ; Bossé, 2018). Cette capacité du professionnel à respecter les choix et à s'adapter à la personne en fonction de son vécu, renvoie aux principes de valorisation des savoirs d'expériences au cœur de l'approche de personnalisation des services de Carrier et al., (2017).

Les résultats indiquent également que l'usage de Baromètre contribue à relever le défi que représente l'engagement de la PA dans son projet personnalisé (Has, 2020 ; Viallon, 2020). Il permet d'impliquer davantage la PA dans la co-production de son PPSA en partageant, en exprimant et en discutant de ses souhaits, de ses points de vue et de ses objectifs avec les professionnels. Ce constat entre en résonance avec les résultats de la recherche de Bossé (2018) à l'effet que l'expérience d'évaluation du fonctionnement social, soutenue par la plateforme Baromètre, institue un processus de co-production où les savoirs d'expériences de l'utilisateur sont considérés par les travailleurs sociaux.

Ce renforcement de la participation des PA s'appuie également sur la démarche d'apprentissage des professionnels mis en exergue dans notre étude. De fait, l'usage récurrent de Baromètre à Guyenne permet aux professionnels d'apprendre comment mettre en oeuvre des pratiques collaboratives et motivationnelles, en travaillant avec la PA à la construction de son projet, soutenu par la plateforme. Professionnels et PA, en s'appropriant peu à peu le contenu de la plateforme numérique se focalisent graduellement sur les priorités, les forces et les ressources de la PA, plutôt que sur les déficits et les difficultés vécues. Ainsi, tel que le soulignent Bouiller (2016) et Endsley (1995), le contenu de la plateforme s'intériorise et devient un « cadre cognitif » qui guide non seulement les pratiques professionnelles, mais également le processus de réflexions des PA (cités dans Bossé, 2018).

Toutefois, il serait erroné de prétendre que le numérique en soi est bénéfique. L'expérience d'utilisation du support numérique et de son contenu doit demeurer au service de l'actualisation du projet personnalisé de la PA. Les usages de la plateforme ne remplacent pas la relation, entre le professionnel et la PA, qui est au cœur de l'accompagnement (Viallon, 2020). En ce sens, les résultats révèlent que certaines PA ont vécu des expériences d'utilisation difficiles : à certains moments, elles ne se sont pas senties écoutées par les professionnels, ont eu l'impression qu'elles devaient répondre à un questionnaire intrusif ou ne comprenaient pas bien certains items et n'ont pas reçu les éclairages nécessaires. La recherche participative de Godrie (2017) illustre des résultats similaires en ce sens où plusieurs usagers se sont empêchés de nommer leurs pensées aux professionnels. Parfois, la peur de déplaire et la peur d'être exclu du projet l'emportaient sur l'expression de leurs opinions et de leurs idées. L'étude de Barrett et al. (2016) met en évidence des résultats similaires où des usagers ont quitté une communauté de pratique virtuelle. Le manque de vulgarisation de certaines informations partagées entre les acteurs faisait qu'elles ne se sentaient pas concernées par les différents sujets abordés (ibid).

5.1.2 Baromètre un outil médiateur de nouvelles interactions sociales entre professionnels

L'usage du numérique peut également être un vecteur d'un travail interprofessionnel où la PA est considérée comme un partenaire actif de l'équipe (Pomey et al., 2015). Les organisations ont ainsi la possibilité de dépasser la gestion en silo et de développer des stratégies plus collaboratives (Viallon, 2020). Ceci concerne notamment les échanges entre professionnels qui voient leurs pratiques de travail se transformer. C'est d'ailleurs un des constats découlant de l'usage de plateforme Baromètre par l'ensemble des professionnels à Guyenne. Cet usage contribue à renforcer le partage d'une vision commune entre les membres de l'équipe, centrée sur la PA.

Pour Viallon (2020) et la HAS (2019), cette création d'une vision commune entre les professionnels passe également par les communications écrites via un médium numérique. L'efficacité de ces échanges et du partage d'information contribue alors à soutenir la collaboration interprofessionnelle (HAS, 2019). Le numérique peut représenter un moyen efficace pour accéder rapidement à la bonne information, au bon moment, par la bonne personne, dans un contexte hautement complexe qui implique la collaboration de différents acteurs (Boutiller, 2016). D'ores et déjà, les résultats illustrent que la démarche Baromètre contribue à renforcer la traçabilité des observations interprofessionnelles et des co-évaluations réalisées dans le cadre du PPSA.

Force est de constater qu'au fil du déploiement, on assiste à un renforcement progressif des pratiques de collaboration entre les professionnels et à une perception davantage partagée, entre le médecin et les professionnels, des rôles et responsabilités exercés auprès de la PA. Ces résultats représentent un point d'originalité de cette étude au regard de d'autres études relatives à la plateforme Baromètre. À ce jour, aucune de ces recherches n'a mis en lumière la contribution de l'usage de Baromètre au renforcement de la collaboration interprofessionnelle. Toutefois, la contribution de l'usage d'un artefact symbolique à l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle a été établie par la recherche de Renner et al., (2014) qui indique que l'usage d'une application mobile a renforcé le partage d'informations et la réflexivité collaborative des acteurs.

5.1.3 Principaux facteurs d'affordances transversaux

Plusieurs affordances de type levier et frein ressortent de notre étude. Nous présentons celles liées contexte, aux compétences des professionnels et au contenu de la plateforme numérique et à ses modes d'usage qui nous apparaissent comme les affordances transversales au processus de déploiement de la démarche Baromètre. Celles-ci ont également eu un impact majeur sur ce dernier.

5.1.3.1 Contexte socio-culturel

Trop nombreuses sont les organisations dans le champ de la santé mentale qui continuent, en 2021, à s'appuyer sur le modèle biomédical en focalisant leurs pratiques professionnelles sur le diagnostic, les médicaments et la diminution des symptômes (WHO, 2021). L'établissement Guyenne n'échappait pas à cette réalité en 2018, avant l'arrivée de la démarche Baromètre. Ce contexte socio-culturel où les pratiques étaient principalement centrées sur l'accompagnement aux soins et le soutien aux activités de la vie quotidienne a fortement influencé la représentation que les professionnels avaient de la démarche Baromètre et leur intérêt à s'y engager. Le programme de formation REFOCUS est un exemple de cette réalité organisationnelle où l'opérationnalisation d'un modèle de pratique axé sur le rétablissement a été peu concluante, dû au manque d'adhésion de l'équipe à cette posture et aux pratiques associées (Slade et al., 2015). Il en résulte que le programme a produit peu de changements dans les pratiques professionnelles et qu'il n'a pas été intégré aux routines de travail (ibid).

Il est pertinent de souligner ici le repositionnement du psychiatre, au cours du processus de déploiement de Baromètre. Sa posture d'écoute et son soutien à la réflexivité des professionnels lors des réunions PPSA ainsi que son intérêt et son usage de Baromètre semblent avoir contribué à améliorer la dynamique d'équipe et à apporter une meilleure compréhension de la méthodologie en mode projet pour certains professionnels. Cela semble également avoir eu un effet sur l'augmentation de la participation de certains professionnels lors des temps de réunion. Ce changement de posture a contribué à faire de lui un leader davantage positif auprès de l'équipe. En référence à Russon et al. (2016), cela fait écho à la notion de champion qui influence et impulse les actions à entreprendre.

D'ailleurs, selon Damschroder et al. (2009), la présence de champions engagés dans l'implantation d'innovations constitue un facteur de succès important.

5.1.3.2 Compétences en informatique des professionnels

Le développement des compétences en informatique est un levier indispensable pour la réussite d'une transformation soutenue par un artéfact numérique au sein des organisations (OMS, 2021 ; HAS, 2020 ; Viallon, 2020 ; Lefebvre et al., 2018 ; Slade et al., 2017 ; Barrett et al., 2016). Tels que le soulignent Gagnon et al., (2016), « [...] il importe d'assurer une formation appropriée auprès des utilisateurs ayant moins de compétences informatiques » (p.5) afin que ceux-ci adhèrent à la démarche de transformation. Cette affordance est également illustrée dans notre recherche où certains professionnels nomment leurs difficultés à utiliser l'informatique. Par conséquent, ils sont moins enclins à s'engager dans la démarche Baromètre. Cela freine la mise en pratique du plan d'actions collaboratif de la PA. Agir sur ce frein est d'autant plus important que plusieurs des PA souhaitent réactualiser leur projet plusieurs fois par an.

5.1.3.3 Contenus de la plateforme numérique et modes d'usage

La transformation progressive des pratiques professionnelles a mis en lumière trois affordances centrales liées à la plateforme Baromètre. L'une de ces affordances est l'importance que l'artéfact soit adapté aux utilisateurs, par exemple en utilisant un langage simple et accessible à tous, permettant ainsi la création et le partage d'une vision commune entre les acteurs concernés. Or, certains items de l'onglet *Qualité de vie* tels ; *mon bien-être en logement* et *mon discours intérieur* semblent poser un problème sur le plan symbolique pour plusieurs professionnels et PA. En effet, ces derniers disent que ces termes ne font pas sens pour eux. Il apparaît également important que l'accompagnement offert avec Baromètre soit personnalisé et adapté aux capacités fonctionnelles des PA et que la qualité de l'alliance collaborative ait toujours préséance sur l'usage de l'outil numérique. Cela fait écho aux résultats de la recherche de Priebe et al., (2017) qui concluent que l'adhésion globale des professionnels et des usagers à l'outil numérique *Dialog Plus* est plutôt mitigée. Les principaux constats qui émergent sont que l'application est plus ou moins intuitive et le langage intégré à l'artéfact est trop intellectuel (Priebe et al., 2017).

Aussi, le partage d'un outil visuel – qui permet de mettre en relief les priorités de la PA et qui intègre un schéma présentant l'évolution longitudinale de la personne – stimule la réflexivité des deux interlocuteurs. Cet espace de réflexivité créé par l'usage de Baromètre renvoie au processus d'apprentissage tel que l'apprehende Schön (1986), un processus où le professionnel et la PA prennent un temps de réflexion dans l'action, lors de l'élaboration du PPSA, et un temps de réflexion après l'action, lors de l'évaluation des changements produits dans la vie de la personne (dans Perrenoud, 2004). La projection du contenu de la plateforme lors des réunions d'équipe apparaît également comme un levier qui facilite le partage d'une vision commune et la collaboration au sein de l'équipe. Il s'avère que cette visualisation des données recueillies permet à un plus grand nombre d'acteurs de les comprendre, de les interpréter et de les réutiliser pour guider leurs prises de décisions et leurs actions (Boudreau, 2020).

5.1.4 Enjeux d'institutionnalisation de pratiques personnalisées et collaboratives dans le champ de la santé mentale

L'institutionnalisation des pratiques d'accompagnement personnalisées et collaboratives constitue un enjeu important dans le champ de la santé mentale. La difficulté majeure qui persiste est de savoir comment y parvenir de manière concrète et durable (Carrier et al., 2019 ; Jouet et al., 2019 ; Slade et al., 2017 ; Leamy et al., 2011). Bien que le numérique soit au service des apprentissages professionnels, Carrier et al., (2019) indiquent qu'il est difficile d'internaliser ces nouvelles pratiques dans un contexte où les professionnels maintiennent un mode de travail et des pratiques de régulation préexistantes. Ainsi, ces forces génèrent une résistance et font obstacles à l'intégration pérenne de nouvelles pratiques. Ici, l'intégration de la plateforme Baromètre s'avère une stratégie prometteuse de renforcement et de pérennisation des apprentissages réalisés, à la condition que celle-ci se combine de façon cohérente à d'autres stratégies organisationnelles. À ce propos, la mise en lumière de l'importance de générer une synergie entre a) usage quotidien d'un artefact symbolique, b) réorganisation du travail et c) renforcement des compétences d'accompagnement en mode projet, semble être un point d'originalité de cette étude.

Pour générer cette synergie, il s'avère qu'une restructuration du temps de travail et qu'une refonte des routines professionnelles doivent être réalisées, en s'appuyant sur le rôle central du cadre intermédiaire (Edmondson et al., 2001). Dans notre recherche, l'adjoint de direction (cadre intermédiaire) a exercé un leadership collaboratif, mobilisant les professionnels en organisant des temps propices à l'apprentissage et à la mise en pratique d'une approche personnalisée. La création de ces espaces représente un levier permettant aux professionnels de sortir progressivement d'une routine, pour en générer de nouvelles qui seront propices aux apprentissages, à l'usage de l'artéfact symbolique (Mäkitalo, 2012) et à l'actualisation des accompagnements associés au projet personnalisé des PA.

D'ailleurs, dans le champ de la santé mentale, la co-élaboration, la mise en œuvre et le suivi régulier d'un plan d'action personnalisé (*Individual action plan*) constitue une pratique reconnue probante dans plusieurs recherches scientifiques (WHO, 2019 ; Farkas et al., 2016 ; Rapp et Goscha, 2012 ; Copeland, 2011 ; Farkas et Anthony, 2010). Tel que le soutient la plateforme Baromètre, l'actualisation de ce plan d'action personnalisé implique au maximum la PA, se fonde sur ses aspirations, mobilise ses forces et les ressources de son environnement.

Pour ce faire, le renforcement des compétences d'accompagnement des professionnels en mode projet est un incontournable (WHO, 2019). Cet accompagnement s'apparente au modèle de gestion de cas expérimenté dans les pays anglo-saxons à partir des années 80 (Bloch et Hénaut, 2014). Selon Challis (2010), ce modèle assigne aux professionnels une fonction de coordination de projet appuyée sur des savoir-faire tels, « le repérage, l'évaluation des besoins, l'élaboration d'un plan d'intervention [ou d'un plan d'accompagnement], l'intervention [...], le suivi et la réévaluation de la situation (dans Bloch et Hénaut, 2014, p. 205). Ainsi, l'accompagnement de la PA se fait au gré des imprévus et de l'évolution de sa situation.

5.1.5 Implications pratiques

En synthèse, les résultats de cette recherche ne peuvent aucunement prétendre à la généralisation (validité externe), c'est-à-dire à leurs applications intégrales dans d'autres contextes de pratiques (Fortin et Gagnon, 2016). Toutefois, pour que l'apprentissage de

pratiques professionnelles s'ancre dans les activités quotidiennes des équipes, nous proposons des recommandations et des pistes d'actions concrètes.

5.1.5.1 Stratégies à mettre en œuvre pour soutenir les apprentissages professionnels

Ainsi, un ensemble de stratégies de soutien aux apprentissages a été proposée par des acteurs de la Fondation. Lors de retours réflexifs réalisés avec les membres du Comité de direction en avril 2021 et avec des professionnels et des PA en juin 2021, cinq grandes stratégies sont apparues essentielles pour favoriser l'apprentissage de pratiques professionnelles personnalisées et collaboratives au sein des établissements de la FJB. Ces éléments ont été rediscutés lors des travaux d'un groupe de travail avec cinq directrices de la FJB. Ils ont ensuite été présentés et approfondis par un groupe de 60 directeurs et médecins de la FJB, lors d'une journée de réflexion inter-organisationnelle. Un des objectifs était d'en analyser la transférabilité à d'autres établissements de la FJB. Voici en synthèse les principales stratégies préconisées par les acteurs.

5.1.5.2 Stratégie 1. Formaliser des temps de travail dédiés à l'apprentissage d'un accompagnement personnalisé et collaboratif

Pour plusieurs professionnels, il est primordial que le Comité de direction ou l'adjoint de direction formalise des temps de travail avec la PA et d'autres périodes pour le binôme de référents. À ce sujet un professionnel propose :

« Comme on est trois, c'est-à-dire la personne de l'internat, la personne d'infirmier et le patient, il faut un temps dédié pour faire le PPSA avec le patient. Après il faut qu'on ait un temps dédié entre professionnels. Et après il faut qu'on ait de nouveau un temps dédié à trois pour mettre les objectifs en place et en faire l'analyse » (Notes d'obs_juin21, Pos. 30).

Il semble donc que cette formalisation permettrait aux professionnels de tendre vers un équilibre entre ces temps d'accompagnement de la PA à l'élaboration de son PPSA et le leur travail quotidien.

5.1.5.3 Stratégie 2. Modifier la structure des réunions PPSA

Selon le Comité de direction et quelques professionnels, pour équilibrer le temps de présentation des évaluations *Qualité de vie* et le temps de travail collectif autour des

objectifs et des moyens d'actions, il faut réorganiser les réunions PPSA afin que chacun participe selon ses forces. Des idées de structure ont émergées lors des échanges. Il a notamment été proposé qu'un professionnel ait la charge de la présentation du PPSA et qu'un autre soit en charge de la modification en direct des PPSA. Celui en charge de la présentation du PPSA pourrait également animer la réunion et faire circuler la parole entre les participants. L'adjoint de direction et le médecin demeurent les responsables de la validation des décisions prises en équipe (Notes d'obs_avril21).

5.1.5.4 Stratégie 3. Revoir la fonction de référent et la fonction de coordination de projet des PPSA

Selon le staff, les professionnels ont besoin d'accompagnement et de formation sur la méthodologie de projet pour réaliser l'élaboration des PPSA soutenue par la plateforme numérique Baromètre. Comme il a été mentionné, la démarche Baromètre représente une pratique d'accompagnement qui semble méconnue pour plusieurs professionnels n'ayant pas été formés, par leur métier, à cette méthode projet. (Notes d'obs_avril21). Par ailleurs, les membres du Comité de direction souhaitent réfléchir à la façon dont la notion de référent devrait se concrétiser à Guyenne pour faciliter l'appropriation de la méthode projet par certains professionnels. Cela amène à revoir la coordination des projet PPSA afin que chacun des professionnels travaillent selon leurs intérêts et compétences (Notes d'obs_avril21).

5.1.5.5 Stratégie 4. Fluidifier la démarche Baromètre avec les PA

En termes d'organisation du travail, plusieurs professionnels proposent l'utilisation mixte de tablettes/portables et d'ordinateurs fixes afin de fluidifier le processus d'usage de l'outil numérique avec la PA : « Bien oui, parce que si on avait par exemple un portable, tu es pas obligé de te connecter sur un poste fixe. Donc imaginons, tu vois comme là j'ai une demi-heure, je peux m'isoler ici ou ailleurs, tactactac, terminé » (Ent. ES1, Pos. 138). De plus, il semble que pour plusieurs professionnels, l'usage d'un ordinateur portable permettrait aux PA de l'utiliser dans un lieu de leur choix, un endroit où elles se sentent le plus confortable.

5.1.5.6 Stratégie 5. Mettre sur pied une équipe projet qui coordonne la démarche Baromètre au sein de l'établissement

À l'échelle organisationnelle, les membres du Comité de direction de Guyenne, les directrices du groupe de travail et les participants à la journée inter-organisationnelle de juin 2021, proposent que les établissements, où sera déployée la démarche Baromètre, mettent en place une structure de groupe projet dès le début du déploiement. Selon eux, ce groupe projet pourrait être coordonné par l'adjoint de direction et soutenu par le staff (Comité de direction) de chaque établissement. Le mandat de ce groupe serait de soutenir le partage des savoirs entre collègues quant aux apprentissages professionnels entourant la démarche Baromètre et de renforcer le travail collaboratif entre les membres de l'équipe. Ainsi, des professionnels « ressources » seraient ciblés pour co-animer la démarche, co-former leurs collègues et les accompagner dans leurs apprentissages de pratiques personnalisées et collaboratives soutenues par la plateforme Baromètre (Notes d'obs_juin21). Voici un tableau synthèse qui récapitule ces implications pratiques sous forme de recommandations et de pistes d'actions concrètes.

Tableau 2. Recommandations et pistes d'actions

Recommandations	Pistes d'actions concrètes
<p>1. Revoir une organisation du travail propice à l'apprentissage d'un accompagnement personnalisé et collaboratif</p>	<p>→ Formaliser des temps de travail dédiés à l'élaboration du PPSA Baromètre en 3 temps :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 1^{er} temps = évaluation avec la PA → 2^{ième} temps = évaluation entre professionnels (binôme référents et/ou coordo projet) + rédaction d'objectifs et moyens d'actions (onglet <i>Accomplissements</i>) → 3^{ième} temps = validation du PPSA avec la PA <p>*Choisir un espace calme pour permettre aux professionnels et à la PA de se centrer sur l'élaboration du PPSA, sans autres distractions.</p>
<p>2. Revoir la fonction de référent et la fonction de coordination de projet des PPSA</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Déterminer les rôles et responsabilités des référents et de la fonction de coordination des PPSA. → Sélectionner des professionnels qui sont volontaires à assumer la fonction de coordination. → Former et accompagner (<i>coaching</i>) à la fonction de coordination les professionnels ciblés.

<p>3. Mettre sur pied une équipe projet qui coordonne la démarche Baromètre au sein de l'établissement</p>	<p>→ Composition du groupe projet : adjoint de direction et 4 ou 5 professionnels « ressources ».</p> <p>→ Coordination du groupe : adjoint de direction soutenu par le staff (Comité de direction) de l'établissement.</p> <p>→ Mandat du groupe : soutenir le partage des savoirs entre collègues quant aux apprentissages professionnels entourant la démarche Baromètre et renforcer le travail collaboratif entre les membres de l'équipe.</p> <p>→ Activités des membres : co-animer des ateliers pratique Baromètre et soutenir les apprentissages essentiels à la mise en œuvre de pratiques personnalisées et collaboratives.</p>
<p>4. Modifier la structure des réunions PPSA pour soutenir la collaboration interprofessionnelle</p>	<p>→ Choisir un animateur pour la réunion.</p> <p>→ Cibler un professionnel qui assumera le rôle de la présentation du PPSA.</p> <p>→ Cibler un second professionnel qui assumera le rôle de la rédaction des modifications à apporter au PPSA.</p> <p>→ Valider les décisions prises en équipe à la fin de la rencontre (rôle assuré par l'adjoint de direction et/ou le psychiatre).</p> <p>*Projeter la présentation du PPSA Baromètre facilite la co-construction en équipe des objectifs et moyens d'actions.</p>
<p>5. Fluidifier l'usage de Baromètre avec les PA</p>	<p>→ Rendre disponible des ordinateurs portables pour faciliter l'élaboration des PPSA avec la PA et entre les professionnels dans des lieux propices.</p>
<p>6. Débuter la formation et les ateliers pratiques par un module qui concerne et engage l'ensemble des professionnels pour s'enraciner dans les activités quotidiennes</p>	<p>→ Former l'ensemble des professionnels de l'établissement à l'approche d'accompagnement personnalisé.</p> <p>→ Débuter une première phase d'ateliers pratiques avec le module d'observations interprofessionnelles.</p> <p>→ Intégrer l'usage du module d'observations dans les activités quotidiennes (2 à 3 semaines après le début des ateliers pratiques).</p>
<p>7. Soutenir l'apprentissage des professionnels qui sont peu à l'aise avec les outils informatiques</p>	<p>→ Offrir à certains membres de l'équipe des ateliers pratiques concernant l'usage d'outils informatiques</p>

Conclusion

La littérature scientifique et la documentation organisationnelle confirment l'importance de l'usage du numérique en soutien aux apprentissages de pratiques professionnelles dans le secteur de la santé et du social. La Fondation John Bost souhaite aller en ce sens, depuis 2018, en déployant la plateforme numérique Baromètre au sein de ses établissements.

Dans le cadre de cette transformation organisationnelle d'envergure, il semble que les théories de l'apprentissage apportent un côté novateur à la recherche. En effet, cet apprentissage était peu exploré dans les études portant sur la transformation de pratiques professionnelles dans le secteur de la santé mentale. S'appuyant sur une recherche-action, l'intérêt de cette étude est de comprendre comment et dans quelle mesure une plateforme numérique et collaborative permet aux professionnels d'apprendre à ancrer, dans leurs activités quotidiennes, des pratiques d'accompagnement personnalisées et collaboratives. Le socioconstructivisme, qui prend en compte les dimensions cognitive, sociale, culturelle et matérielle de l'apprentissage, se veut une perspective éclairante afin d'identifier des affordances (leviers et contraintes) et de co-analyser avec les participants les processus d'interactions sociales et de médiations illustrant les apprentissages professionnels liés à cette démarche de transformation.

Les résultats de cette étude indiquent que l'usage de la plateforme Baromètre et le processus de déploiement ont soutenu les apprentissages professionnels axés sur de nouvelles pratiques. À ce sujet, la chercheuse a pu dégager des facteurs fondamentaux ayant permis à l'équipe de Guyenne d'apprendre à poser un regard différent, voire davantage positif, sur la personne accompagnée ainsi que sur ses pratiques d'accompagnement. L'usage de la plateforme Baromètre, qui amène le professionnel à se centrer sur les forces et les compétences des PA, ainsi que la dynamique d'interactions sociales de soutien et d'entraide entre collègues, ont été des facteurs facilitant le changement de représentations professionnelles.

Cette transformation n'est assurément pas étrangère à l'ouverture des professionnels à adopter une posture et des pratiques davantage personnalisées et collaboratives avec la PA

lors de leurs accompagnements. Les résultats de la recherche mettent en évidence que lors de l'usage de Baromètre avec la PA, les professionnels apprennent la mise en œuvre d'une pratique personnalisée en lui permettant de nommer ses souhaits et ses besoins. Ainsi, elle devient davantage actrice au sein de sa relation avec l'équipe de Guyenne. On assiste également à l'apprentissage d'une pratique davantage collaborative, lors de la co-production de son PPSA, où le contenu de la plateforme met en dialogue les points de vue de la PA et des professionnels.

La participation renforcée de la PA à son PPSA est un changement majeur pour l'équipe de Guyenne. Les temps de formation et d'ateliers pratiques Baromètre ainsi que les retours d'expériences des professionnels, tout au long du déploiement, ont permis à plusieurs professionnels de soutenir leur réflexivité au regard de la pertinence d'engager la PA dans la co-création de son projet de vie. Ce processus d'accompagnement au changement s'est voulu agile, en ce sens où l'entendent Autisser et Moutot (2016), c'est-à-dire qu'il a soutenu un processus de co-construction avec l'équipe de Guyenne, par l'engagement des professionnels à des ateliers participatifs et à des boucles d'expérimentation.

Un des constats qui a étonné la chercheuse est le renforcement de la collaboration interprofessionnelle ainsi que la traçabilité et la réutilisation des informations, à l'usage de Baromètre. Il faut dire que la pratique orale qui prédominait en 2018 à Guyenne et la méconnaissance des outils informatiques, par certains professionnels, ont donné « du fil à retordre » à la formalisation d'une pratique de l'écrit qui soutenait la collaboration interprofessionnelle.

Cette recherche comporte des limites et des forces de nature méthodologique. Une première limite, est au niveau de la collecte de données. À cet effet, il aurait été pertinent de réaliser des entretiens individuels avec les PA en plus du groupe de discussion. Bien que ce groupe de discussion ait permis de confirmer des observations réalisées par la chercheuse et de vérifier les convergences et les divergences de points de vue entre les participants, des entretiens individuels auraient pu permettre d'éviter la voie dominante d'un participant qui avait beaucoup d'influence sur les autres, freinant ainsi la discussion (Morgan, 2019).

Il aurait été souhaitable de pouvoir participer à des séances d'observation non participantes entre les professionnels et la PA lors de la co-élaboration du PPSA en vue de trianguler ces observations avec les propos tenus par les PA lors du groupe de discussion, principalement en ce qui a trait aux changements des pratiques professionnelles. En contrepartie, la variété de sources de données utilisées, la prise en compte du contexte organisationnel dans l'analyse des résultats et l'utilisation du cadre théorique de Makitälö (2012), renforçant la transférabilité des résultats à d'autres établissements, représentent une force au niveau méthodologique.

Force est de constater que l'adaptation des pratiques d'accompagnements des professionnels afin qu'elles respectent le rythme et le vécu des PA de Guyenne, invite à se questionner sur le type de public pouvant faire l'usage de Baromètre et plus largement d'un artefact numérique ? Comment éviter une fracture numérique ? Devons-nous adapter nos pratiques numériques à la PA en les personnalisant ou devons-nous cibler un public spécifique qui sera en capacité de co-produire avec des professionnels son projet personnalisé ? Cela nous invite à repenser la place des familles et des proches dans ce processus de co-construction du projet de la PA soutenu par les outils numériques.

Finalement, les résultats de ce mémoire soulèvent une question fondamentale en théorie des organisations : comment se délester d'un système où la chronicisation des activités quotidiennes des professionnels l'emporte sur une organisation du travail agile qui promeut la collaboration interprofessionnelle et avec la PA (Mintzberg, 2004) ? Nous croyons qu'un élément pourrait répondre en partie à cette question. Notre recherche, se déroulant dans un contexte socio-culturel biomédical centré sur les soins, les symptômes et le traitement, la parole du médecin prédominait auprès des professionnels. Nous avons toutefois constaté le repositionnement du psychiatre, tendant vers plus d'écoute, de soutien et d'entraide auprès de ces derniers. Nous avons également observé qu'au fil du déploiement, les professionnels prenaient davantage la parole lors des réunions PPSA et prenaient plus d'initiatives, notamment en modifiant leur accompagnement pour l'adapter au rythme de la PA. Est-ce à dire qu'il est plus facilitant d'enraciner des pratiques professionnelles personnalisées et collaboratives lorsque le binôme de direction (directeur et médecin) adopte ces mêmes pratiques ? En ce sens, il serait pertinent que d'autres recherches valident

l'influence du mode de gestion participatif sur la mise en œuvre de pratiques professionnelles orientées vers le rétablissement lors d'une transformation organisationnelle. Ce mode de gestion, davantage participatif, « 1) exerce un leadership avec les autres, 2) croit en la puissance de l'équipe et à l'intelligence collective et 3) favorise le partage des savoirs entre toutes les personnes de l'organisation » (Luc, 2016, p. 3), principes qui sont au cœur de l'approche orientée vers le rétablissement.

Bibliographie et références

- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Haute Autorité de Santé [ANESM, HAS] (2016). *Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques*.
- Allard-Poesi, F. et Perret, V. (2003). La recherche-action. Dans Y. Giordano (dir.), *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative* (pp. 85-132). EMS.
- Anthony, W. (2010). Pour un système de santé axé sur le rétablissement. Douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 102-113.
- Autissier, D. et J.-M., Moutot (2016). *Méthode de conduite du changement. Diagnostic, accompagnement et performance* (4^e édition). Dunod.
- Arveiller, J.-P., Durand, B., Franck, N. et Martin, B. (dir.) (2017). *Santé mentale et processus de rétablissement*. Champ social.
- Banque mondiale [BM] et Organisation mondiale de la santé [OMS] (2011). *Rapport mondial sur le handicap*. Éditions de l'OMS.
- Barr, N., Vania, D., Randall, G. et Mulvane, G. (2017). Impact of information and communication technology on interprofessional collaboration for chronic disease management: A systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*, 22(4), 250-257.
- Barrett, M. I., Oborn, E. et Orlikovski, W. J. (2016). Creating value in online communities: The sociomaterial configuring of strategy, platform and stakeholder engagement. *Information System Research*, 27(4), 704-723.
- Bloch, M.-A. et Hénaut, L. (2014). *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod.
- Bossé, P.-L. (2018). *Coproduction d'un module numérique et collaboratif d'évaluation du fonctionnement social, intégré au projet Baromètre: une recherche développementale* [mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, Canada].
- Bossé, P.-L., Carrier, S. et Morin, P. (2018). Le projet Baromètre, un outil numérique et collaboratif. Pertinence et utilité dans le champ de la santé mentale. *L'information psychiatrique*, 94(10), 802-808. Récupéré de : <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2018-10-page-802.htm>.

- Boudreau, C. (2020). « Reuse of Open Data in Quebec: From Economic Development to Government Transparency », *International Review of Administrative Sciences / Revue internationale des sciences administratives*, p. 1-15.
- Bourgeois, E. (2011). Les théories de l'apprentissage : un peu d'histoire. Dans E. Bourgeois et G. Chapelle (dir.), *Apprendre et faire apprendre* (p. 23-39). Presses universitaires de France. Récupéré de : <https://www.cairn.info/apprendre-et-faire-apprendre---page-23.htm>
- Bourret, C. (2009). Évolution du rôle des patients et nouvelles organisations d'interface en santé : Éléments pour une approche comparée France, Royaume-Uni, Catalogne (Espagne). *Recherche en communications*, 32, 72-85.
- Broussard, J. D. et Teng, E. J. (2019). Models for enhancing the development of experiential learning: Approaches within mobile health technologies. *Professional Psychology, Research and Practice*, 50(3), 195-203.
- Camincher, G. (2017). « Mesure de la perception des réunions institutionnelles comme outil d'échange et de coordination au sein d'équipes sanitaires et médico-sociales » Étude au sein des Établissements sanitaires et médico-sociaux de la Fondation John Bost. 174 p.
- Carrier, S., Robichaud, O., Bossé, P.-L., et A. Farrese (2019). « L'étude de trajectoires d'implantation de Baromètre, un outil numérique visant à actualiser l'approche de personnalisation des services sociaux. » *Revue canadienne de service social*. (Ms-1743).
- Carrier, S., Morin, P., Gross, O. et De la Tribonnière, X. (dir.) (2017). *L'engagement de la personne dans les soins de santé et services sociaux. Regards croisés France-Québec*. Presses de l'Université du Québec.
- Cascioli, F. (2020). *La performativité du MOOC sur les représentations de l'apprenant: le cas du parcours MOOCLead*. Gestion et management. HESAM Université, France.
- Cases, A.-S. (2017). L'e-santé : l'empowerment du patient connecté. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 35(4-5), 137-158. Récupéré de : <https://www-cairn-info.tlqprox.teluq.quebec.ca/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-medicales-2017-4-page-137.htm>
- Castillo, M.-C. et Koenig, M. (2017). Au-delà des déterminismes : le rétablissement. *Perspectives Psy*, 56(3), 217-223.
- Centre national de l'expertise hospitalière [CNEH] (2018). *Numérique et santé. Quels enjeux éthiques pour quelle régulation?* Note de synthèse.

- Chekour, M., Laafou, M. et Janati-Idrissi, R. (2019). L'évolution des théories de l'apprentissage à l'ère du numérique. *Revue de l'EPI*. Récupéré de : <https://www.researchgate.net/publication/337544241>
- Childs, S., Blenkinsopp, E., Hall, A. et Walton, G. (2005). Effective e-learning for health professionals and students -- barriers and their solutions. A systematic review of the literature -- findings from the HeXL project. *Health Information and Libraries Journal*, 22 (suppl. 2), 20-32.
- Copeland, M. E. (2011). *Wellness Recovery Action Plan (WRAP): A System for Monitoring, Reducing and Eliminating Uncomfortable or Dangerous Physical and Emotional Difficulties*. West Dummerston, VT: Peach Press.
- Copeland, M. E. et Jonikas, J. A. (2014). « Wellness Recovery Action Planning ». In *Community psychology and community mental health: towards transformative change* », édité par G. B. Nelson, Kloos, B. et Ornelas, J., pp.133-151. Oxford ; New York: Oxford University Press, 2014.
- Creswell, J. W. et Poth, C. N. (dir.) (2018). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Approaches* (4^e éd.). SAGE Publications.
- Damschroder, L. J. et al. (2009). « Fostering implementation of health services research findings in to practice: a consolidated framework for advancing implementation science ». *Implementation Science* 4, no 1 : 50.
- De Vaujany, F.-X. et Mitev, N. (2015). Introduction au tournant matériel en théories des organisations. *Economica. Les théories des organisations*, Economica. Récupéré de : hal-01215557.
- Durand, B. (2019). Le rétablissement. *Raison présente*, 209(1), 19-31.
- Edmondson, A., Bohmer, R.-M. et Pisano, G. P. (2001). Disrupted routines: Teams learning and new technology implementation in hospitals. *Administrative Science Quarterly*, 46(4), 685-716.
- Eklund, A.-C., Mäkitalo, A. et Säljö, R. (2010). Noticing the past to manage the future. On the organization of shared knowing in IT-support practices. Dans S. Ludvigsen, A. Lund, I. Rasmussen et R. Säljö (dir.), *Learning Across Sites. New Tools, Infrastructures and Practices* (p. 122-137). Routledge.
- EPSM Lille-Métropole / CCOMS (2019). *Programme de l'OMS pour l'évaluation de la qualité et du respect des droits. Évaluer et améliorer la qualité et les droits de l'homme dans les structures de santé et de soins sociaux*. Rapport d'observation 59G21 Lille – Septembre 2018.

- Farkas, M., Anthony, W., Montenegro, R., Gayvoronskaya, E. (2016). « Person-Centered Psychiatric Rehabilitation ». In *Person Centered Psychiatry*, édité par Botbol, M., Christodoulou, G., Cloninger, R., Mezzich, J., et Salloum, I., 277-89. Cham: Springer International Publishing : Imprint: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-39724-5>.
- Farkas, M., et Anthony, W. (2010). « Psychiatric Rehabilitation Interventions: A Review ». *International Review of Psychiatry* 22, no 2 : 114-29.
- Fiat, C. et Wonner, M. (2019). *Rapport d'information de Mmes Caroline Fiat et Martine Wonner déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information relative à l'organisation de la santé mentale*. N° 2249 - Assemblée nationale française, [en ligne], récupéré le 20 novembre 2019 de : <http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i2249.asp>
- Fondation John Bost (2016). *Planification stratégique 2016-2021*.
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). L'analyse statistique inférentielle. Dans M.-F. Fortin et J. Gagnon (dir.), *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd., p. 411-434). Chenelière Éducation.
- Franck, N. (dir.) (2018). *Traité de réhabilitation psychosociale. Espoir, rétablissement*. Elsevier-Masson.
- Funk, M. et Drew, N. (2017). WHO Quality Rights: Transforming mental health services. *The Lancet Psychiatry*, 4(11), 826-827. Récupéré de : [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30271-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30271-7)
- Gagnon, M.-P., Ghandour, E. K., Payne-Gagnon, J. et Fortin, J.-P. (2016). Le dossier de santé personnel électronique : la clé de la continuité informationnelle pour les soins centrés sur le patient? *Le Point en santé et services sociaux*, 12(1), 54-58. Récupéré dans : <https://www.researchgate.net/publication/303551460>.
- Gauthier, B. (2009). *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données* (5^e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Ghandour, E. K. (2018). *Les facteurs influençant l'adoption du dossier de santé électronique personnel (DSE-P) pour le suivi et la gestion des maladies chroniques en première ligne de soins au Québec* [thèse de doctorat, Université Laval, Canada].
- Greacen, T. et Jouet, E. (dir.) (2016). *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*. ERES.
- Haute Autorité de Santé [HAS] (2020). *Patients, soignants, un engagement partagé. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins*, France.

- Haute Autorité de Santé [HAS] (2019). *Modèle de plan personnalisé de coordination en santé*, France.
- Haute Autorité de Santé [HAS] (2018). *Guide méthodologique. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour le secteur social et médico-social*, France.
- Hatch, M.-J. et Cunliffe, A. L. (dir.) (2006). *Théorie des organisations. De l'intérêt de perspectives multiples* (2^e éd.). De Boeck.
- Hatchuel, A. (2015). Apprentissages collectifs et activités de conception. *Revue française de gestion*, 253(8), 121-137.
- Husser, J., Lamarque, E. et Arbulu, P. (2014). L'introduction d'une innovation en Système d'Information dans les PMO du secteur sanitaire et social. *Gestion 2000*, 31(5), 109-122.
- Instituts de recherche en santé du Canada [IRSC] (2018). *Énoncé de politique des trois Conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains. Conseil de recherches en sciences humaines, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada*. Récupéré de : http://publications.gc.ca/collections/collection_2019/irsc-cih/RR4-2-2019-fra.pdf.
- Intissar, S. et Rabeb, C. (2015). Étapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse : la théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman et l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli, une revue de la littérature. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 1(3), 161-168.
- Ivic, I. (1994). Lev V. Vygotsky (1896-1934). *Perspectives, revue trimestrielle d'éducation comparée*, XXIV(3/4), (91/92), 793-820.
- Jouet, E., Zimmer, F., Damiani, É., Chapeau, M. et Lévy-Bellahsen, D. (2019). Produire des savoirs, construire de nouvelles identités et... partager le pouvoir : quand les personnes accompagnées forment les professionnels. *Vie sociale*, 25-26(1-2), 209-224. Récupéré de : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2019-1-page-209.htm>
- Koenig, G. (2015). L'apprentissage organisationnel. Repérage des lieux. *Revue française de gestion*. 253(8), 83-95.
- Kolb, A. Y. et Kolb, D. A. (dir.) (2017). *The Experiential Educator. Principles and Practices of Experiential Learning*. EBLS Press.
- Laforcade, M. (2016). *Rapport relatif à la santé mentale*. Ministère des Affaires sociales et de la Santé.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (dir.),

La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques (p. 376-389).
Gaëtan Morin Éditeur.

- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health system: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- Lefebvre, H., Brault, I., Roy, O., Levert, M.-J., Lecocq, D., Larivière, M. et Proulx, M. (2018). Partenariat entre patients, leaders en soins infirmiers et chercheurs : résultats d'une stratégie web de transfert des connaissances pour planifier le congé d'hôpital et faciliter les transitions au cours des soins oncologiques. *Canadian Oncology Nursing Journal / Revue canadienne de nursing oncologique*, 28(2), 102-109.
- Legros, D. et Crinon, J. (dir.) (2002). *Psychologie des apprentissages et multimédia*. Armand Colin.
- Leonardi, P. M. et Barley, S. R. (2010). What's under construction here? Social action, materiality, and power in constructivist studies of technology and organizing. *The Academy of Management Annals*, 4(1), 1-51.
- Leroy, F. (1998). *L'apprentissage organisationnel : une revue critique de la littérature*. Acte de la VIIe conférence annuelle de l'AIMS. 27-29 mai 1998, Louvain La Neuve. [En ligne], récupéré de : <http://www.sietmanagement.fr/wp-content/uploads/2017/12/Leroy.pdf>
- Luc, E. (2016). Le leadership partagé : du mythe des grands leaders à l'intelligence collective. *Gestion*, 41(3), 32-39. Récupéré de : <https://www.cairn.info/revue-gestion-2016-3-page-32.htm>
- Mäkitalo, A. (2012). Professional learning and the materiality of social practice. *Journal of Education and Work*, 25(1), 59-78. Récupéré de : DOI: 10.1080/13639080.2012.644905
- Mantoura, P. (2014). *Définir un cadre de référence sur la santé mentale des populations à l'intention de la santé publique*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.
- March, S. T. et Smith, G. F. (1995). Design and natural science research on information technology. *Decision Support Systems*, 15(4), 251-266.
- Martinez, C., Proulx, É et Servant, B. (dir.) (2016). *Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale. Méthodes et outils pour les territoires*. Appui santé et médico-social.
- Mayer, R., Ouellette, F., Saint-Jacques, M.-C. et Turcotte, D. (dir.) (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Gaëtan Morin Éditeur.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2019). *Plan stratégique du Ministère de la Santé et de Services sociaux 2019-2023*, [en ligne], récupéré le 28 décembre 2019 de : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_19-717-02W_MSSS.pdf
- Mintzberg, H. (2004). L'organisation entrepreneuriale. Dans *Le management. Voyage au centre des organisations* (2^e éd. rev. et corr., p. 210-236). D'Organisation.
- Mitev, N. (2016). Wanda Orlikowski : une pionnière entre théories sociales, théorie des organisations et systèmes d'information. Dans I. Walsh, M. Kalika et C. Dominguez-Péry (dir.), *Les grands auteurs en systèmes d'information* (p. 201-242). EMS.
- Morgan, D. L. (2019). *Basic and Advanced Focus Groups*. SAGE Publications.
- Nicolini, D., Gherardi, S. et Yanow, D. (dir.) (2003). *Knowing in Organizations. A Practice-Based Approach*. M. E. Sharpe.
- Oades, L., Dean, F., Crowe, T., Lambert, W. G., Kavanagh, D. et Lloyd, C. (2005). Collaborative recovery: An integrative model for working with individuals who experience chronic and recurring mental illness. *Australasian Psychiatry*, 13(3), 279-284.
- Ologeanu-Taddei, R. et Paré, G. (2017). Technologies de l'information en santé : un regard innovant et pragmatique. *Système d'information et management*, 22(1), 3-8.
- Organisation de coopération et de développement économique [OCDE] (2019). *Panorama de la santé 2019. Les indicateurs de l'OCDE*. Éditions de l'OCDE. Récupéré de : <https://doi.org/10.1787/5f5b6833-fr>
- Organisation mondiale de la santé [OMS] (2020). *La santé mentale : renforcer notre action*, [en ligne], récupéré le 29 octobre 2020 de : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organisation mondiale de la santé [OMS] (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. Récupéré de : https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/
- Organisation des Nations Unies [ONU] (2019). *Visite en France. Rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées*. Conseil des droits de l'homme, Quarantième session A/HRC/40/54/Add.1. Organisation des Nations Unies (ONU). Récupéré de : <https://organisation.nexem.fr/assets/rapport-2019-de-lonu-sur-le-droits-des-personnes-handicapees-cf23-32135.html?lang=fr>
- Orlikowski, W. J. (2007). Sociomaterial practices: Exploring the technology at work. *Organization Studies*, 28(9), 1435-1448.

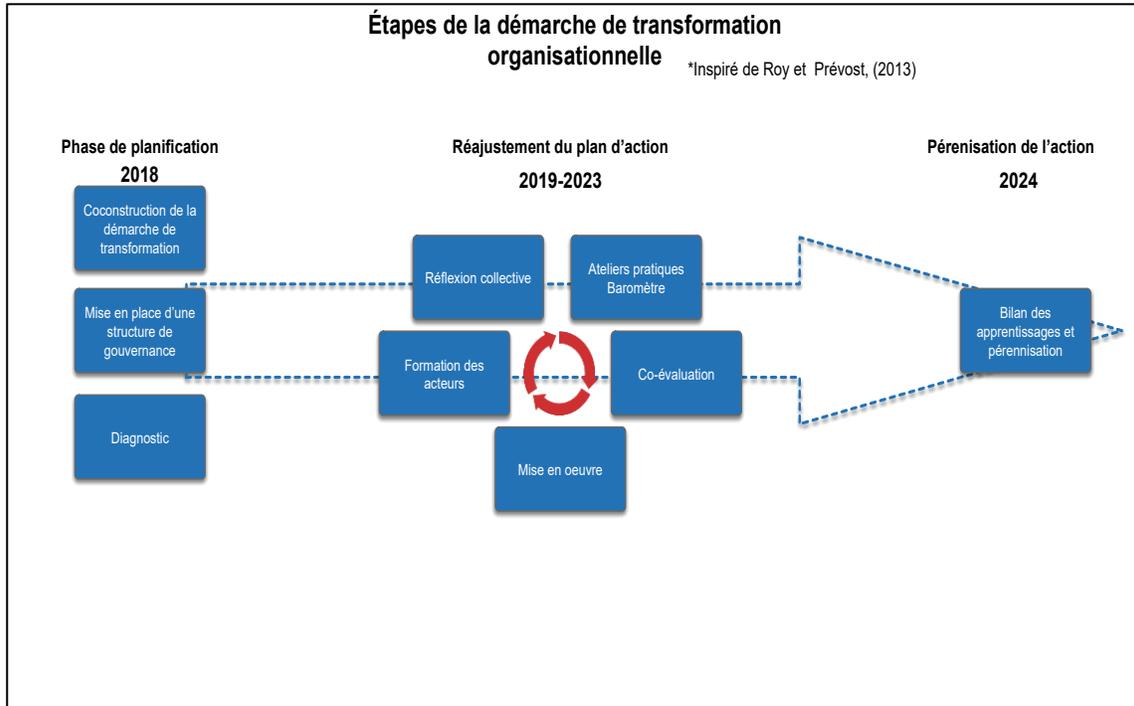
- Orlikowski, W. J. (2005). *Material Knowing: The Scaffolding of Human Knowledgeability*. Sixth European Conference on Organizational Knowledge, Learning and Capabilities, Cambridge, MA, March 2005.
- Pachoud, B. (2018). La perspective du rétablissement : un tournant paradigmatique en santé mentale. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 7(1), 165-180.
- Pachoud, B. (2012). Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'Information psychiatrique*, 88(4), 257-266. Récupéré de : <https://doi.org/10.3917/inpsy.8804.0257>
- Pachoud, B., Le Roy-Hatala, C., des Moutis, C. et Cavroy, J.-P. (2019). Pratiques orientées vers le rétablissement : a-t-on pris la mesure des transformations requises ? *L'information psychiatrique*, 95(7), 520-528. Récupéré de : <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2019-7-page-520.htm>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e éd.). Armand Colin.
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research and Evaluation Methods. Integrating Theory and Practice* (4e éd.). SAGE Publications.
- Paul, M. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers*, 110(3), 13-20.
- Perrenoud, P. (2004). Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation. Dans J.-F. Inisan (dir.), *Analyse de pratiques et attitude réflexive en formation* (p. 11-32). CRDP de Champagne-Ardenne.
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N. et Jouet, E. (2015). Le Montreal Model : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, 1(hors-série), 41-50.
- Priebe, S., Golden, E., Kingdon, D., Omer, S., Walsh, S., Katevas, K., McCrone, P., Eldridge, S. et McCabe, R. (dir.) (2017). *Effective Patient-Clinician Interaction to Improve Treatment Outcomes for Patients with Psychosis: A Mixed-Methods Design (DIALOG+)*. NIHR Journals Library.
- Proulx, D. (2010). *Management des organisations publiques* (2^e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Rapp, C. et R. J. Goscha (2012). *The strengths model: a recovery-oriented approach to mental health services*. 3rd ed. New York: Oxford University Press.
- Reix, R., Fallery, B., Kalika, M. et Rowe, F. (dir.) (2016). *Systèmes d'information et management* (7^e éd.). Vuibert.

- Renner, B., Kimmerle, J., Cavael, D., Ziegler, V., Reinmann, L. et Cress, U. (2014). Web-based apps for reflection: A longitudinal study with hospital staff. *Journal of Medical Internet Research*, 16(3), e85.
- Riahi, S., Fischler, I., Stuckey, M. I., Klassen, P. E. et Chen, J. (2017). The value of electronic medical record implementation in mental health care: A case study. *JMIR Medical Informatics*, 5(1), e1. Récupéré de : <https://doi.org/10.2196/medinform.6512>
- Roelandt, J.-L. et El Ghozi, L. (2015). Santé mentale et citoyenneté : une histoire française. *L'Information psychiatrique*, 91(7), 539-548.
- Roy, M. et Prévost, P. (2013). La recherche-action : origines, caractéristiques et implications de son utilisation dans les sciences de la gestion. *Recherches qualitatives*, 32(2), 129-151.
- Russon, C.H., Lalonde, C. et P. Bufferne (2016). *Management du changement – Référentiel IMCM*, Belgique, 600 pages, Sections 10.1 et 10, 2, p. 284-299.
- Slade, B. (2013). Professional learning in rural practice: A sociomaterial analysis. *Journal of Workplace Learning*, 25(2), 114-124.
- Slade, M., McDaid, D., Shepherd, G., Williams, S. et Repper, J. (2017). *Recovery: The Business Case*. ImROC.
- Slade, M., Bird, V., Clarke, E., Le Boutillier, C., McCrone, P., Macpherson, R., Pesola, F., Wallace, G., Williams, J. et Leamy, M. (2015). Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (REFOCUS): A multisite, cluster, randomized, controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 2(6), 503-514. Récupéré de : [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00086-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00086-3)
- Tourette-Turgis, C. (2010). Savoirs de patients, savoirs de soignants. La place du sujet supposé savoir en éducation thérapeutique. *Pratiques de formation – Analyses*, 58-59, 137-153.
- Turcotte, K. (2016). *L'expérience des intervenants dans l'accompagnement vers le rétablissement des personnes vivant dans les milieux de soins de longue durée en psychiatrie* [mémoire de maîtrise, Université Laval, Canada].
- Turcotte, K. et Dallaire, B. (2018). Croire, s'impliquer, s'attacher : perspectives d'intervenants d'unités de longue durée en psychiatrie sur l'expérience d'accompagnement vers le rétablissement. *Santé mentale au Québec*, 43(1), 39-53. Récupéré de : <https://doi.org/10.7202/1048893ar>

- Valeau, P. et Gardody, J. (2016). La communication du journal de bord : un complément d'information pour prouver la vraisemblance et la fiabilité des recherches qualitatives. *Recherches qualitatives*, 35(1), 76-100.
- Viallon, C. (2020). *Accompagner la transformation numérique du secteur social et médico-social*. ESF Éditeur.
- Whittemore, R., Chase, S. K. et Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 11(4), 522-537.
- Williams, A., Farhall, J., Fossey, E. et Thomas, N. (2019). Internet-based interventions to support recovery and self-management: A scoping review of their use by mental health service users and providers together. *BMC Psychiatry*, 19(1), Article 191. Récupéré de: <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2153-0>.
- World Health Organization [WHO] (2021). Guidance on community mental health services: Promoting person-centered and rights-based approaches. (Guidance and technical packages on community mental health services: promoting person-centered and rights-based approaches).
- World Health Organization [WHO] (2019). Transforming Services and Promoting Human Rights. WHO QualityRights Training and Guidance: Mental Health and Social Services. Dans QualityRights World Health Organization (2019). Materials for Training, Guidance and Transformation (Handbook). Mental Health, 2019, [en ligne], récupéré le 23 novembre 2019.
- World Health Organization (WHO) (2019). QualityRights Project. Materials for Training, Guidance and Transformation (Handbook). World Health Organization. Mental Health. <https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

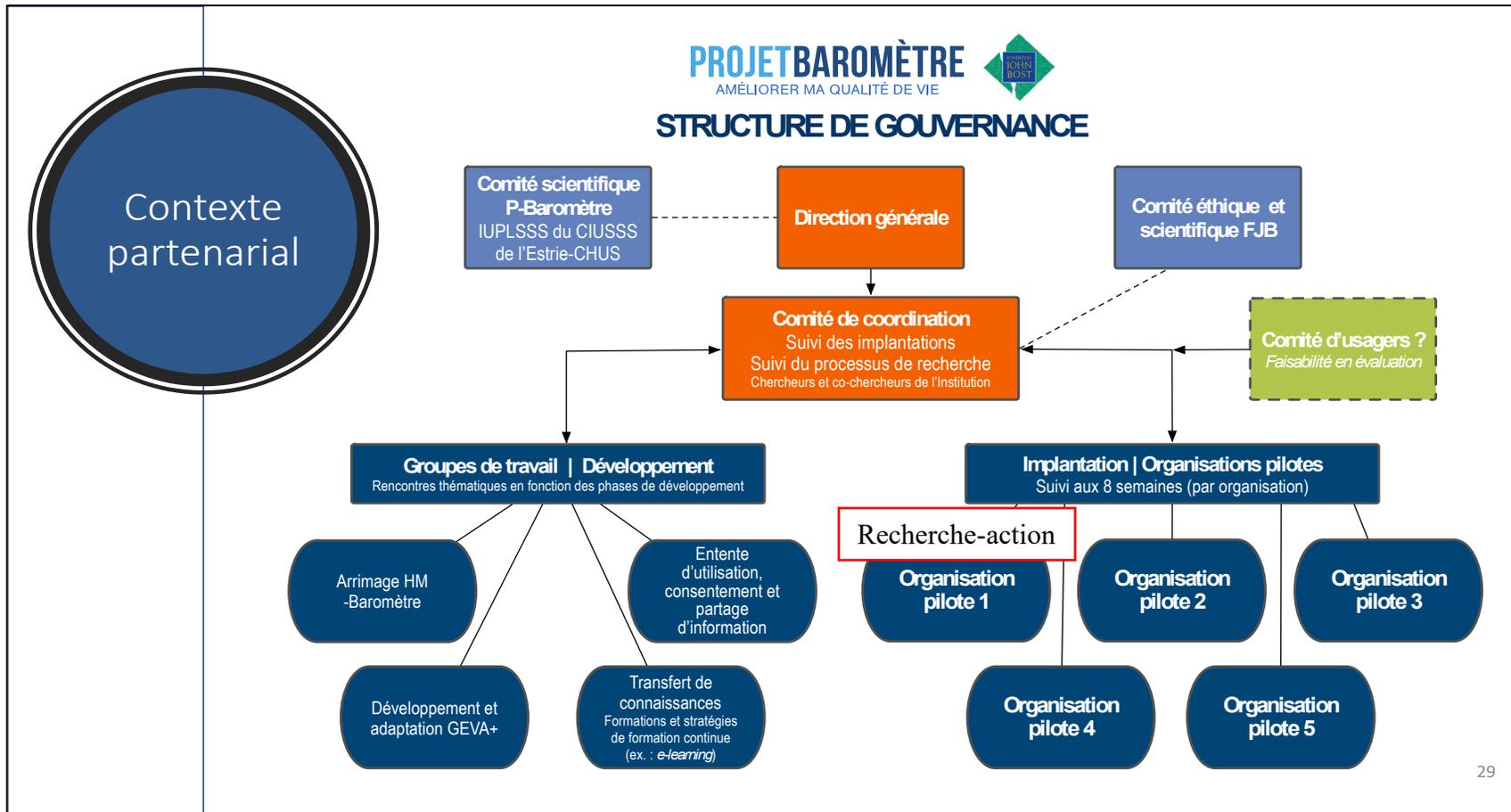
Annexe A

Démarche de transformation organisationnelle de la FJB (2018-2024)



ANNEXE B

Structure de gouvernance de la démarche de transformation



ANNEXE C

Délimitation de la recherche-action



ANNEXE D

Stratégie d'analyse des données

Object 1. Identifier, avec les acteurs, les affordances qui influencent l'actualisation de pratiques personnalisées et collaboratives		
Indicateurs	Méthodes de collecte de données	Analyse des données
Les leviers et les barrières : -La culture (valeurs, normes, règles, façons de travailler...) -Les dynamiques d'équipe (la communication, le sentiment d'appartenance, les prises de décision...) -L'ergonomie de l'artéfact (les items présentés, l'accès à l'outil, la recherche d'informations...), -Le mode de gestion (prise de décision, soutien offert, circulation et partage d'information...), -Les caractéristiques des acteurs (expériences, motivation, connaissances, habitudes...)	<ul style="list-style-type: none">- Entretiens semi-dirigés avec les professionnels- Focus group avec le Comité de direction- Séances d'observation participante (retours d'expérience des temps de formation et d'ateliers pratique)	Analyse thématique mixte : <ul style="list-style-type: none">- Centrée sur les indicateurs concernant les affordances (leviers et barrières), combinée aux émergences « terrain ».
Objectif 2. Co-analyser les processus de médiation et d'interactions sociales vécus par les professionnels avec les PA et autres acteurs de l'organisation		
<ul style="list-style-type: none">-Les pensées,-Les réflexions partagées,-Les gestes,-Les représentations,-Les échanges (des professionnels entre eux et avec la PA lors de l'utilisation de l'artéfact). *Inclus la coordination interprofessionnelle, -L'usage de Baromètre	<ul style="list-style-type: none">- Séances d'observation participante (réunions PPSA, etc)- Groupe de discussion avec les PA	Analyse thématique mixte : <ul style="list-style-type: none">- Centrée sur les indicateurs concernant la réflexion et l'action des professionnels combinée aux émergences « terrain ».

Objectif 3. Co-produire avec les acteurs des stratégies visant à soutenir les apprentissages en pratiques, qui s'enracinent dans les activités quotidiennes des équipes

<ul style="list-style-type: none"> -Les forces -Les atouts -Les leviers qui soutiennent l'actualisation de pratiques professionnelles personnalisées et collaboratives 	<ul style="list-style-type: none"> - Journée de co-analyse avec des médecins et directeurs de la FJB 	<p>Analyse thématique mixte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centrée sur les stratégies qui émergeront de la journée, combinée à celles identifiées antérieurement.
---	---	---

ANNEXE E

Questionnaire à l'intention des professionnels

A) Caractéristiques du répondant

- Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?
- Quel rôle occupez-vous au sein de Guyenne et depuis combien de temps ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans le secteur du handicap ?
- Comment qualifiez-vous vos compétences en informatique en début de projet ? Se sont-elles améliorées ? Comment l'expliquez-vous ?

B) Processus d'utilisation en pratique de Baromètre

- Pouvez-vous me raconter comment vous accompagniez la personne pour faire son PPSA avant l'arrivée de Baromètre (documents utilisés, processus avec la personne accompagnée, etc.) ?
- Maintenant, comment travaillez-vous avec le baromètre pour co-construire le PPSA avec elle ? Quelles sont les étapes ?
 - Comment l'utilisation de Baromètre joue sur la relation patient-soignant ?
 - Quels éléments de la plateforme nuisent ou freinent vos accompagnements ?

C) Coordination d'équipe

- Pouvez-vous me raconter comment se déroulaient les réunions PPSA avant le déploiement de Baromètre ?

Depuis l'arrivée de Baromètre à Guyenne,

- Décrivez-moi comment se passe vos réunions PPSA ? Quels matériels utilisez-vous ?
- Comment qualifiez-vous la collaboration au sein de l'équipe pour la préparation des PPSA ? Pendant les réunions PPSA ? Si possible, donnez-en un exemple.
- Quels éléments de Baromètre facilitent et nuisent à vos pratiques de coordination d'équipe ?
- Quels changements observez-vous dans vos pratiques de coordination d'équipe ?

D) Culture organisationnelle

- Selon-vous, quels éléments ont facilité vos pratiques d'accompagnements avec Baromètre (les valeurs, les règles, les normes et les façons de travailler de Guyenne) ?
- Quels éléments ont nui à vos pratiques d'accompagnements avec Baromètre ?

E) Mode de gestion

Mode de prise de décision et soutien offert

- Selon-vous, quelle est la vision du staff sur les pratiques d'accompagnement avec le Baromètre ?
- Quel type de soutien vous offre le staff pour l'accompagnement des personnes avec cet outil (ex. : organisation du travail) ?

F) Autres commentaires

- Voulez-vous ajouter d'autres éléments à notre discussion ?

Merci beaucoup!

ANNEXE F

Guide Groupe de discussion Personnes accompagnées (PA) de Guyenne

Section 1 - « Brise-glace » et Perceptions concernant le Baromètre (15min)

Tout d'abord, nous aimerions que chacun se présente. Chacun notre tour, nous pourrions donner notre nom et prénom et indiquer notre activité préférée et celle que nous n'avons jamais fait et que nous aimerions faire.

Questions	Sous-questions
Pour commencer, nous aimerions savoir : aviez-vous déjà utilisé un ordinateur avant le Baromètre ?	Considérez-vous que vous maîtrisez bien l'informatique ?
	Si non, qu'est-ce qui pourrait vous aider à mieux maîtriser les outils informatiques ?
Nous aimerions vous entendre sur : comment appréciez-vous votre expérience d'utilisation de Baromètre par rapport à son contenu ?	Qu'est-ce que vous appréciez de l'outil ?
	Qu'est-ce que vous n'aimez pas de Baromètre ?

Section 2 – Partage d'expériences d'accompagnement avec le Baromètre (25min)

Pour cette seconde partie, nous aimerions vous poser des questions concernant votre expérience d'accompagnement Baromètre pour construire votre PPSA.

Questions	Sous-questions
Comment s'est déroulée votre rencontre PPSA avec votre référent ?	Comment vous a-t-on présenté le Baromètre ?
	Qui écrivait les informations dans le Baromètre ?
Comment avez-vous décidé de ce qui devait être écrit dans le Baromètre ?	Comment avez-vous négocié avec votre(s) référent(s) ?
Comment percevez-vous les pratiques d'accompagnements des professionnels avec le Baromètre ?	Comment le(s) professionnel(s) se comportai(en)t avec vous ? Quelle était son attitude envers vous ?
Trouvez-vous que les pratiques des professionnels ont changé depuis l'utilisation de Baromètre ?	Qu'est-ce qui est différent d'avant l'utilisation de Baromètre ?
	Pouvez-vous nous en donner un exemple ?

Section 3 : Idées d'amélioration des pratiques d'accompagnement et du Baromètre (25 min)

Pour cette dernière partie, nous aimerions recueillir vos recommandations pour améliorer les services sociaux et de santé auxquels vous avez accès. Suite aux questions posées, nous discuterons des grandes priorités afin d'en faire un schéma ou un dessin collectif.

Questions	Sous-questions
Qu'est-ce que vous aimeriez qui soit amélioré dans les pratiques des professionnels envers vous ?	Quels sont les comportements et attitudes auxquels vous vous attendez des professionnels envers vous ?
Quelles recommandations feriez-vous pour améliorer la plateforme numérique Baromètre ?	Dans votre idéal, à quoi elle ressemblerait ?
	Comment elle serait utilisée ?

Fin du groupe de discussion : (10 min)

Y-a-t-il quelque chose d'autres dont vous aimeriez parler et que nous n'avons pas évoqué ensemble aujourd'hui?

Merci à vous toutes et tous pour votre participation !

Annexe G

Grille de codage

Catégories	Codes	Explication
Caractéristiques du répondant	Parcours professionnel	Le parcours professionnel du répondant réalisé jusqu'à l'emploi actuel
	Rôle occupé	Les principales fonctions occupées par le répondant à Guyenne
	Expériences secteur handicap	Le nombre d'années d'expérience du répondant dans le champ du handicap psychique
	Compétences en informatique	La perception du répondant quant à ses compétences en informatique (connaissance de Word, utilisation des réseaux sociaux, etc.)
Culture organisationnelle avant et après le déploiement de Baromètre	Approche utilisée par les professionnels avant Baromètre	Le modèle de pratique qui est mis en œuvre par l'équipe
	Approche utilisée par l'équipe après le Baromètre	Le modèle de pratique qui est mis en œuvre par l'équipe après le déploiement de la plateforme numérique
	Routines professionnelles avant Baromètre	Les principales tâches réalisées par les professionnels auprès de la PA avant le déploiement
	Routines professionnelles après le déploiement	Les principales tâches réalisées par les professionnels auprès de la PA après le déploiement
	Posture professionnelle avant Baromètre	Posture adoptée par les professionnels lors de leur accompagnement et des soins de la PA
	Posture professionnelle après le déploiement	Posture adoptée par les professionnels lors de leur accompagnement et des soins de la PA à l'usage de Baromètre
	Niveau de participation de la PA avant le déploiement	Le niveau de participation de la PA à ses soins et à son projet de vie avant
	Niveau de participation de la PA après le déploiement	Le niveau de participation de la PA à ses soins et à son projet de vie après le déploiement de Baromètre
	Outils utilisés avant Baromètre	Tous les outils utilisés par l'équipe pour se coordonner et collaborer au quotidien

	Structure réunions d'équipe	Animation, participation, mode de prise de décision	
Processus d'utilisation en pratique de Baromètre après le déploiement Baromètre	Dynamique relationnelle entre professionnels et PA	Présence ou absence d'un lien de confiance et comment se crée-t-il	
	Posture des professionnels	Posture adoptée par les professionnels lors de leur accompagnement de la PA, lors de l'usage de Baromètre	
	Participation active des PA	La place qu'occupe la PA dans la réalisation de son PPSA Baromètre	
	Échanges entre professionnels et PA	Le contenu des échanges entre les professionnels et la PA lors de rencontres de préparation du PPSA	
	Organisation temps de travail	La structure des temps de travail PPSA Baromètre avec la PA, le lieu, les outils privilégiés	
	Difficultés rencontrées par les professionnels	Les éléments perçus comme des freins à l'apprentissage de l'usage de Baromètre à Guyenne	
	Leviers d'apprentissages professionnels perçus	Les éléments qui sont perçus comme facilitant les apprentissages de l'usage de Baromètre à Guyenne	
	Contenu (mots utilisés, graphiques, symboles) de Baromètre	La perception des professionnels et des PA quant au contenu de la plateforme Baromètre	
	Ergonomie de Baromètre	La perception des professionnels et des PA quant à l'ergonomie de la plateforme Baromètre	
	Stratégies favorisant les apprentissages professionnels	Stratégies gagnantes	
		Identification et validation des stratégies facilitant les apprentissages de nouvelles pratiques professionnelles	
Processus de coordination interprofessionnelle	Principaux outils utilisés	Principaux outils utilisés pendant les réunions PPSA après le déploiement de Baromètre	
	Dynamique relationnelle entre collègues avant Baromètre	La perception des participants quant aux dynamiques relationnelles (climat d'équipe, mode de prise de décision, etc.)	
	Dynamique relationnelle entre collègues après Baromètre	La perception des participants quant aux dynamiques relationnelles (climat d'équipe, mode de prise de décision, etc.) après le déploiement	
	Partage d'informations dans l'équipe avant Baromètre	Les modalités de partage d'information entre les membres de l'équipe avant le déploiement	

	Partage d'informations dans l'équipe après Baromètre	Les modalités de partage d'information entre les membres de l'équipe après le déploiement de la plateforme
	Modalités de communication avant Baromètre	Les modes de communications privilégiés par les membres de l'équipe (orale, écrites, etc).
	Modalités de communication après Baromètre	Les modes de communications privilégiés par les membres de l'équipe (orale, écrites, etc) après le déploiement de Baromètre.
	Déroulement des réunions PPSA avant Baromètre	Les rôles et responsabilités des participants lors des réunions ainsi que le mode de prise de décision, la prise de notes ainsi que les outils utilisés
	Déroulement des réunions PPSA après Baromètre	Les rôles et responsabilités des participants lors des réunions ainsi que le mode de prise de décision, la prise de notes ainsi que les outils utilisés après le déploiement Baromètre
Mode de gestion du déploiement de la démarche Baromètre	Perception soutien offert	La perception qu'on les participants concernant le type de soutien offert par les membres du staff et par l'équipe Baromètre pendant le déploiement de la démarche Baromètre
	Dynamique relationnelle entre staff et professionnels	La perception des participants quant aux relations (climat, mode de prise de décision, confiance, etc.) entre les professionnels et le comité de direction
	Facilitants au déploiement	Les éléments mis en place par le staff qui facilitent le déploiement de Baromètre
	Freins au déploiement	Les éléments qui freinent le processus de déploiement

Annexe H

Tableau analyse thématique

Contexte socio-culturel				
Regroupement thématique	Rubriques	Thèmes		
La Culture organisationnelle centrée sur les soins et qui soutient peu la participation de la PA		2018		
	<i>Médiation</i>	Contexte socio-culturel centré sur les pratiques de soins à l'aide d'un document PPSA papier		
	<i>Interactions sociales</i>	Prédominance de l'expertise médicale et professionnelle		
	<i>Affordances</i>	Posture d'expertise médicale influence représentation de l'accompagnement centrée sur les soins		
Posture et pratiques professionnelles (savoir-être et savoir-faire)				
Regroupements thématiques	Rubriques	Thèmes		
La démarche Baromètre contribue à transformer les représentations professionnelles de l'accompagnement		2018	2019	2020-21
	<i>Médiation</i>	Remise en question de la pertinence de l'usage de Baromètre à Guyenne	Discours entretenus à l'égard de Baromètre influencent son usage	Reconnaissance de la pertinence de l'usage de Baromètre avec les personnes accompagnées (PA)
	<i>Interactions sociales</i>	Divergence de points de vue chez les professionnels quant à l'usage de Baromètre à Guyenne	Mise en place d'espaces d'échanges et de retours d'expériences soutenu par le staff (comité de gestion)	Création d'une dynamique d'entraide entre collègues

			Présence de tensions entre professionnels concernant la reconnaissance du travail réalisé avec Baromètre	
	<i>Affordances</i>	Crainte quant à la capacité à utiliser Baromètre avec la PA	Ergonomie et contenu de Baromètre influence le processus réflexif des professionnels	Confiance en ses capacités influence l'usage de Baromètre
		Certains contenus de Baromètre ne font pas sens pour certains professionnels		Ergonomie et contenu de Baromètre influence le processus réflexif des professionnels
La démarche Baromètre favorise l'ouverture des professionnels à une posture d'accompagnement et des pratiques davantage personnalisées et collaboratives	<i>Médiation</i>	Accompagnements des professionnels davantage centrés sur l'expertise médicale et professionnelle, peu de consultations de la PA et peu d'élaboration du PPSA	Ouverture des professionnels à la prise en compte des souhaits de la PA lors d'accompagnements soutenu par le Baromètre	Accompagnements des professionnels : la PA de plus en plus au centre à l'usage de Baromètre
	<i>Interactions sociales</i>	Échanges entre professionnels et avec la PA centrés sur la pathologie et les symptômes de la PA	Échanges entre professionnels et avec la PA de plus en plus axés sur des aspects positifs et des forces, des PA et moins sur les symptômes	Échanges entre professionnels et avec la PA davantage centrés sur ses besoins, ses attentes et son projet
		Prédominance d'une posture professionnelle de sachant « faire à la place de, faire pour... »	Professionnels davantage à l'écoute des PA lors des accompagnements	PA devient de plus en plus actrice dans sa relation avec les professionnels : changement de regard des professionnels sur la PA
		Liens quasi-absent entre les familles et les professionnels	Prise de conscience de l'importance d'améliorer les liens avec les familles et/ou tuteurs des PA	Développement graduel des liens entre les professionnels et les familles des PA

	<i>Affordances</i>	Influence du contexte socio-culturel sur l'adoption d'une posture professionnelle d'expertise médicale	Contenu de Baromètre fait ressortir les forces et les capacités des PA	Contenu visuel de Baromètre met en dialogue la perception des PA avec celle des professionnels	
Collaboration interprofessionnelle					
Regroupements thématiques	Rubriques	Thèmes			
La démarche Baromètre soutient le renforcement de la participation des PA à l'élaboration de leur PPSA		2018	2019	2020-21	
	<i>Médiation</i>	Très faible participation de la PA à la production de son PPSA sous forme papier.	L'importance d'impliquer la PA dans l'élaboration de son PPSA-Baromètre confirmée par plusieurs professionnels.	PA de plus en plus actrice de son PPSA.	
	<i>Interactions sociales</i>	Prédominance d'une dynamique d'expertise des professionnels envers la PA.	Prise de conscience des professionnels de l'importance de créer et/ou de maintenir un lien de confiance avec la PA.	Écoute et centration sur les besoins et les souhaits exprimés par la PA.	Échange avec la PA pour connaître et reconnaître son vécu.
<i>Affordances</i>	Contenu de la trame papier des PPSA peu structurée et principalement centrée sur l'interprétation des professionnels (texte libre).	Contenu de Baromètre permet de se centrer sur les forces, les intérêts et les compétences des PA.	Environnement paisible contribue à l'auto-dévoilement des PA lors d'un accompagnement.		
La démarche Baromètre renforce le partage d'une vision		2018	2019	2020-21	
	<i>Médiation</i>	Faible usage d'un logiciel d'observations quotidiennes (HM)	Partage des différents points de vue multidisciplinaires soutenu	La démarche Baromètre modifie les façons de travailler en	

commune entre les membres de l'équipe		nuit à la mise en œuvre de pratiques collaboratives	par le Baromètre favorise la mise en œuvre de pratiques collaboratives.	équipe : meilleur partage des responsabilités.
	<i>Interactions sociales</i>	Faible participation aux réunions : crainte d'être jugé par ses collègues.	Participation renforcée lors des temps de réunions.	Importance d'avoir le point de vue de l'ensemble des professionnels pour assurer leur complémentarité.
	<i>Affordances</i>	Absence de support visuel partagé freine la création d'une vision commune.	Projection du contenu de Baromètre facilite l'échange des points de vue multidisciplinaires.	Diagramme en toile d'araignée soutien la mise en dialogue des différents points de vue multidisciplinaires
La démarche Baromètre renforce la traçabilité des informations, des prises de décision et des actions collectives		2018	2019	2020-21
	<i>Médiation</i>	Quasi-absence de formalisation d'écrits professionnels influence la mise en œuvre de pratiques collaboratives	Pratique professionnelle de rédaction dans le Baromètre peu développée.	Apparition graduelle d'une pratique de l'écrit à l'usage de Baromètre : formalisation d'écrits professionnels
	<i>Interactions sociales</i>	Prédominance d'une culture de l'oralité entre professionnels et avec la PA.	Prédominance d'une culture de l'oralité entre professionnels et avec la PA.	Échanges entre professionnels soutenu par l'usage de Baromètre
	<i>Affordances</i>	Reconnaissance de l'importance de la traçabilité des informations concernant le projet de la PA	Ergonomie de Baromètre influence la traçabilité des informations, des décisions et des actions collectives.	Ergonomie de Baromètre influence la traçabilité des obs. interprofessionnelles : Catégorisation des observations facilite leur réutilisation dans l'outil numérique Transcription au mot-à-mot soutien une compréhension commune des propos de la PA.
Organisation du travail				
Regroupement thématique	Rubriques	Thèmes		

Le déploiement de la démarche Baromètre au sein de l'établissement implique une réorganisation du travail		2018	2019	2020-21
	<i>Médiation</i>	Absence de formalisation de temps dédiés nuit à l'élaboration du PPSA avec Baromètre.	Formalisation de temps dédiés pour l'élaboration des PPSA-Baromètre entre professionnels.	Restructurer le travail (réunions PPSA et élaboration PPSA) pour soutenir l'actualisation de la démarche Baromètre entre professionnels et avec la PA.
<i>Interactions sociales</i>	Difficulté à concilier des temps communs d'échanges entre le binôme référent du PPSA.	Offre de soutien aux professionnels par le staff.	Difficulté à concilier des temps communs d'échanges entre binômes référents du PPSA.	
			Offre de soutien aux professionnels par le staff.	
<i>Affordances</i>	Pratiques professionnelles centrées sur le soin et chronicisées influencent la représentation du travail collaboratif avec la PA.	Création d'espaces dédiés à l'apprentissage facilite l'appropriation de la démarche Baromètre.	Difficulté des professionnels à se représenter comment la démarche Baromètre peut s'actualiser dans leur organisation du travail.	
	Pression ressentie quant à la démarche Baromètre.			
Coordination des PPSA : intégrer la méthode projet dans les pratiques quotidiennes des professionnels représente un défi		2018	2019	2020-21
<i>Médiation</i>	Pratiques professionnelles principalement centrées sur l'accompagnement aux soins : peu d'intégration du PPSA dans le travail quotidien de l'équipe	Difficulté à réutiliser les objectifs et moyens d'actions dans les pratiques professionnelles quotidiennes	Intégrer la méthode projet dans les pratiques d'accompagnement des professionnels à l'aide de Baromètre.	
<i>Interactions sociales</i>	Réalisation des suivis des PPSA assumée principalement par l'adjoint de direction	Soutien offert aux professionnels par le psychiatre lors de réunions PPSA	Soutien offert aux professionnels par le psychiatre lors de réunions PPSA	
<i>Affordances</i>	Formation de plusieurs soignants n'intègre pas la méthode projet	Usage de l'onglet Accomplissement dans le PPSA Baromètre : un défi pour plusieurs professionnels	Difficulté à se représenter la méthode projet personnalisé d'accompagnement et les pratiques qui en découlent	

Stratégies de soutien aux apprentissages professionnels

Stratégies à mettre en œuvre pour soutenir les apprentissages professionnels

2021

Médiation

-Formalisation de temps de travail dédiés à l'apprentissage d'un accompagnement personnalisé et collaboratif via des ateliers pratiques Baromètre.
 -Modification de la structure des réunions PPSA. Ceci pour équilibrer le temps de présentation des évaluations qualité de vie et le temps de travail collectif à élaborer les objectifs et les moyens d'actions dans le Baromètre (méthode projet).
 -Revoir la répartition des responsabilités des professionnels pour formaliser une méthode de coordination de PPSA.

Interactions sociales

-Mise sur pied d'une équipe projet qui coordonne la démarche Baromètre au sein de l'établissement : soutenir le partage des savoirs entre collègues et le travail collaboratif

Affordances

Utilisation mixte d'ordinateurs fixes et de portables pourrait fluidifier la démarche Baromètre avec les PA.

Approbation éthique CNIL



Référence CNIL :

2221227 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 17 février 2021

Madame Isabelle CÔTÉ
FONDATION JOHN BOST
6 RUE JOHN BOST
7 RUE DU PASTEUR ALARD
24130 LA FORCE

ORGANISME DÉCLARANT

Nom :	FONDATION JOHN BOST	N° SIREN/SIRET :	781669601 00242
Service :		Code NAF ou APE :	8610Z
Adresse :	6 RUE JOHN BOST 7 RUE DU PASTEUR ALARD	Tél. :	0553580666
CP :	24130	Fax. :	
Ville :	LA FORCE		

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 18 février 2021

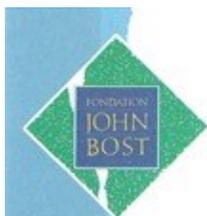
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - 01 53 73 22 22 - www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

Approbation du Comité éthique et scientifique de la FJB



Direction générale
6 rue John Bost
24130 LA FORCE

Isabelle Côté
Candidate à la maîtrise en
administration publique,
École nationale d'administration
publique du Québec
8 rue Des Fauvettes
24680 Lamonzie St Martin
France

La Force, le 15 février 2021

Objet : Approbation éthique du projet de recherche « Introduction d'un outil numérique et collaboratif au sein d'équipes de soins et d'accompagnements multidisciplinaires : analyse des apprentissages des professionnels

Madame,

Après l'évaluation réalisée par son Comité éthique et scientifique, la Fondation John BOST confirme que le projet de recherche de maîtrise de Mme Isabelle Côté, codirigé par Professeure Nassera Touati et Professeure Lara Mailliet de l'École nationale d'administration publique du Québec, répond à l'ensemble des exigences éthiques en vigueur en France.

Les dispositifs de recherche mis en œuvre s'avèrent appropriés, afin de respecter les principes éthiques suivants :

- Le recueil du consentement libre, continu et éclairé de l'ensemble des participants, condition essentielle de validité du projet,
- Le souci de vulgariser l'information, soutenir la compréhension des participants et de favoriser leur participation à toutes les étapes du processus de recherche, condition nécessaire d'un consentement de qualité,
- Le souci d'inclure les personnes vulnérables, souvent exclus des protocoles de recherches,
- La mise en œuvre de mécanismes visant à offrir, si nécessaire, du soutien psycho-social aux participants, visant à réduire les inconvénients et à prévenir les risques potentiels qui pourraient découler d'une participation à la recherche,
- La protection de la confidentialité des données recueillies. Le comité atteste que les serveurs de la Fondation John BOST assurent un strict respect des finalités liées au recueil de données et un contrôle selon les exigences réglementaires en matière de sécurité informatique.



Par ailleurs, à la lumière de l'analyse par le Comité, le projet ne présente aucun conflit d'intérêt et la chercheuse a su planifier diverses stratégies pour assurer la transparence et la rigueur scientifique de la démarche.

Veuillez recevoir, Madame, nos meilleures salutations.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Christian Galtier', with a long horizontal flourish extending to the right.

Christian Galtier
Directeur général



ANNEXE K

Module d'observations interprofessionnelles

ISABELLE CÔTÉ Éducatrice spécialisée - Initiation  **PROJET BAROMÈTRE** [Liste des dossiers](#) [Me déconnecter](#) 

Mes dossiers

Nom	Prénom						Né le	Intervenant principal

 **Yvonne Boulanger**
Né le : 08-03-2000



      [Entrer dans le dossier](#)

22-09-2020 : Hier, Mme n'a pas eu besoin de prendre de "au besoin". (Sébastien Thériault)
  1  1
et (Sébastien Thériault)

20-09-2020 : Depuis la prise d'une nouvelle médication, la peau de Mme est plus sensible au soleil. PRÉCONISATION : Inviter Mme à mettre de la crème solaire avant ses sorties à l'extérieur. (Isabelle CÔTÉ)
  

[Afficher l'historique](#) [Tout marquer comme lu](#)

Tirée de la plateforme numérique Baromètre sur le site www.projetbarometre.com

ANNEXE L

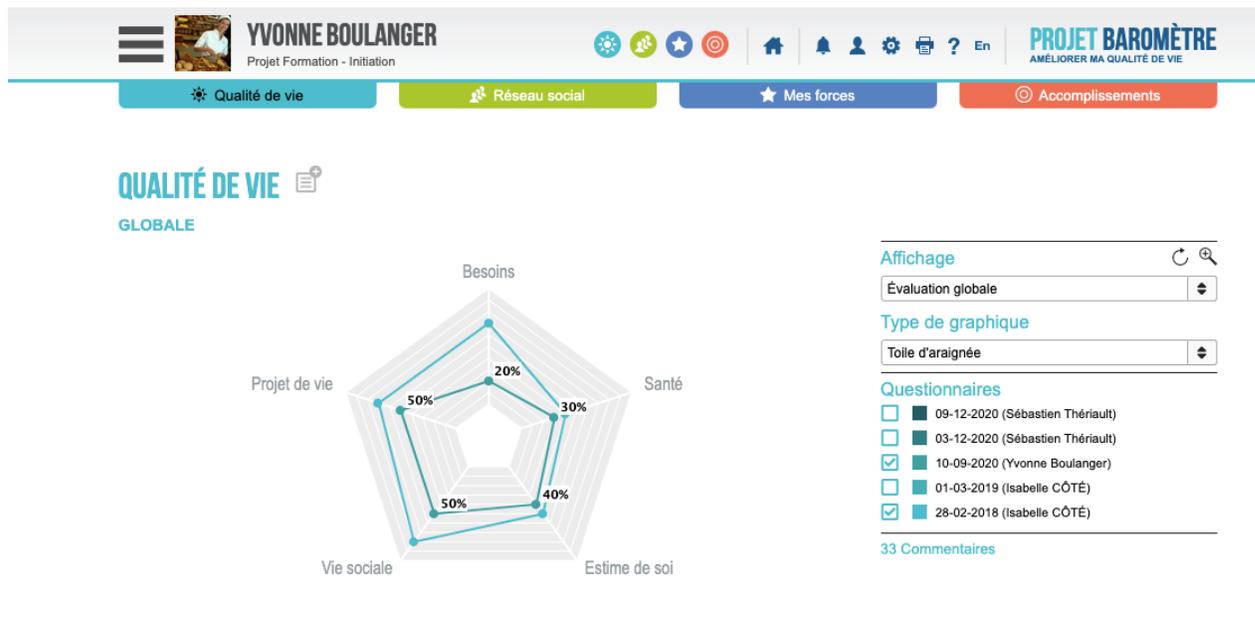
Onglet Qualité de vie



Tirée de la plateforme numérique Baromètre sur le site www.projetbarometre.com

ANNEXE M

Onglet Qualité de vie – Graphique Toile d’araignée



Tirée de la plateforme numérique Baromètre sur le site www.projetbarometre.com

ANNEXE N

Onglet Accomplissements

YVONNE BOULANGER
Projet Formation - Initiation

PROJET BAROMÈTRE
AMÉLIORER MA QUALITÉ DE VIE

Qualité de vie Réseau social Mes forces Accomplissements

ACCOMPLISSEMENTS

Ajouter un objectif Situation initiale

- mieux dormir la nuit
- Faire des activités artistiques qui me plaisent
- Être capable de dire ce que je pense aux autres

Actions	Échéancier	Collaborateurs	Accompli
Être soutenue pour trouver des stratégies pour dire mes opinions	À établir	À établir	<input type="checkbox"/>

Modifier l'objectif

Degré d'accomplissement

Objectif créé le 20 sept. 2020

Mise à jour du degré d'accomplissement En date du : **15-07-2021**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Description de la situation actuelle

Tirée de la plateforme numérique Baromètre sur le site www.projetbarometre.com

