

## L'INFLUENCE DE L'ÉVALUATION SUR LES SUITES DES PROJETS D'EXPÉRIMENTATION : L'EXEMPLE DES PROJETS D'INFORMATISATION AU QUÉBEC

Jean-Paul Fortin  
Université Laval  
Québec, Québec

Lise Lamothe  
Université de Montréal  
Montréal, Québec

Marie-Pierre Gagnon  
Université Laval  
Québec, Québec

**Résumé :** Le déploiement et la pérennité de plusieurs projets d'informatisation en santé au Québec ont été peu influencés par leur évaluation bien que celle-ci ait été participative, pluraliste, compréhensive, formative, et centrée sur les utilisateurs. Cet article vise à mieux comprendre pourquoi et suggérer des pistes de réflexion et d'action. Des facteurs humains, organisationnels, et d'autres liés à l'évaluation elle-même sont considérés. Il est suggéré que, pour améliorer l'influence de l'évaluation sur les suites d'un projet, il importe de mieux le connaître, d'ajouter au plan d'action généralement prévu pour promouvoir les connaissances et enseignements, et de développer davantage les cadres intégrateurs des pratiques et des théories permettant de mieux comprendre leurs conditions d'utilisation pour l'action.

**Abstract:** The dissemination and sustainability of many health-care IT projects in Quebec have hardly been influenced by their evaluation, even when the evaluation was participative, pluralist, comprehensive, formative, and user-focussed. This article aims to improve our understanding of why that has been the case and to suggest courses of action and reflection. Human and organizational factors and other factors related to the evaluation itself are considered. To increase the impact of evaluation on project outcomes, the authors recommend knowing the project better,

---

Correspondance à l'auteur : Jean-Paul Fortin, MD, Centre affilié universitaire, Centre de santé et services sociaux de la Vieille-Capitale (CAU-CSSS-VC), 880 rue Père-Marquette, 3ième étage, Québec, QC, G1S 2A4; <Jean-Paul.Fortin@fmed.ulaval.ca>

adding to the action plan usually intended to promote knowledge and learning, and further developing frameworks for integrating practices and theories to improve our understanding of the conditions for their use in action.

Au cœur des standards de la pratique d'évaluation se retrouve son utilisation (Joint Committee on Standards for Educational Evaluation, 1994). Cet article traite du transfert ou partage des enseignements et connaissances produits par l'évaluation pour contribuer à la prise de décision et à la réalisation des suites d'un projet d'expérimentation en santé. Pour ce faire, il s'appuie sur une expérience d'évaluation de plusieurs initiatives d'envergure qui a pu contribuer aux décisions prises en cours de projets, mais très peu à celles portant sur leurs suites, qu'il s'agisse de déploiement ou de pérennité. Il s'appuie aussi sur l'ajout d'initiatives originales complémentaires visant à promouvoir le partage des connaissances et enseignements des évaluations et autres études pertinentes. Le but est de tenter de comprendre pourquoi l'évaluation a eu si peu d'influence et de suggérer des pistes de réflexion et d'action pour modifier cette situation. Deux exemples de projets d'informatisation évalués sont utilisés, des facteurs explicatifs sont proposés, des stratégies complémentaires de partage de connaissances et enseignements sont présentées et une discussion précède la conclusion.

## DES PROJETS EN EXEMPLE

Les projets retenus visent l'introduction des technologies de l'information et communication en santé (TICS) et traitent plus spécifiquement de dossiers médicaux électroniques et de télésanté. Ces projets présentent des défis majeurs en termes de réalisation, mais aussi d'évaluation. Deux exemples permettent de mieux comprendre la nature de ces défis.

Le premier visait à introduire une carte-santé à microprocesseur dans une région de l'Est-du-Québec pour agir comme support ou clé d'accès au dossier médical électronique des patients (Fortin & Joubert, 1996). Il était sous la responsabilité d'un organisme central du réseau de la santé et des services sociaux qui s'est associé des représentants provinciaux des principaux regroupements professionnels touchés (collège, ordre, association, fédération) ainsi qu'une équipe externe universitaire et du réseau de la santé pour être responsable de la direction scientifique et assurer l'évaluation du projet. Le second, un projet de télésanté, évalué par la même équipe, réunissait

un centre hospitalier d'une région éloignée du Québec à des hôpitaux universitaires et régionaux pour faciliter l'accès aux consultations à distance de médecins spécialistes ou autres consultants cliniques et à la formation à distance (Cloutier & Fortin, 2001). Ces deux projets sont considérés comme une réussite en raison de l'importance de l'adhésion des cliniciens, de l'utilisation des technologies, et de certains de leurs effets sur la santé, les soins, et les services. Le projet de carte-santé a d'ailleurs été retenu par la délégation canadienne pour être présenté à la Conférence du G7 sur la Société de l'information à Bruxelles en 1995. Cependant, pour des personnes qui voient ce projet sous un angle essentiellement technologique, il est perçu comme un échec en raison de la faible performance de la technologie utilisée, et ce, même si cette performance était surtout liée à des facteurs externes, notamment la difficulté de saisie de données causées par des sources qui n'étaient pas encore informatisées à cette époque. Quant au projet de télésanté, il a été retenu par le Consortium des provinces et des territoires de l'Ouest canadien pour l'informatisation en santé (*Western Health Information Collaborative* [WHIC]), comme exemple pour la gestion du changement des pratiques cliniques, administratives et organisationnelles inhérent à un projet d'informatisation en santé.

Par ailleurs, en considérant les suites de ces projets en termes de déploiement et de pérennité, il semble que les connaissances acquises par l'évaluation aient été peu utilisées. En effet, deux projets ont succédé à celui de la carte-santé de l'Est-du-Québec. Le premier, réalisé dans une autre région administrative, l'a été dans une perspective technologique (améliorer la sécurité de l'outil) plutôt que clinique, et le second, aussi sous la responsabilité d'un organisme central, a été élaboré dans une perspective administrative et avec une approche de haut en bas (*top-down*) capitalisant peu sur les intervenants et utilisateurs locaux qui devaient l'adopter. Aucun d'eux n'a été poursuivi. Du côté de la télésanté, c'est l'ensemble de son développement qui s'est modifié et qui a surtout été ralenti (Fortin, 2009).

## L'ÉVALUATION DES PROJETS

La principale caractéristique de l'évaluation adoptée pour les deux projets est d'être intégrée à leur démarche de développement et de réalisation et adaptée à chacune de leurs phases, soit de l'émergence jusqu'à la fin de l'expérimentation. Elle est participative, pluraliste, compréhensive, formative, et centrée sur les utilisateurs pour tenir compte de leurs principales caractéristiques. Ces caractéristiques

sont d'être d'abord des défis cliniques et organisationnels largement influencés par un leadership clinique fort, mais équilibré en regard des leaderships organisationnel et technologique présents, d'adopter une approche participative pour les principaux groupes et individus impliqués à tous les niveaux du réseau de la santé, du local au central, de s'appuyer sur des études systématiques des processus cliniques et administratifs, ainsi que de coopter des leaders centraux pour qu'ils s'approprient les projets, facilitent l'identification et la gestion des enjeux plus stratégiques, et tiennent compte des conditions de pérennité ou d'un déploiement éventuel. Ces caractéristiques sont reconnues comme des facteurs de succès notamment dans une étude transversale de 29 projets financés par le Programme canadien des partenariats pour l'informatique en santé (PPICS) (Lamothe & Fortin, 2006).

## DES FACTEURS EXPLICATIFS DU PEU D'INFLUENCE DE L'ÉVALUATION SUR LES SUITES DES PROJETS

Trois groupes de facteurs émergent pour tenter de comprendre le peu d'influence que l'évaluation a pu avoir sur les suites des projets évalués. Ce sont des facteurs humains et organisationnels qui influencent les projets et d'autres qui sont associés à l'évaluation elle-même (Fleischer & Christie, 2009).

### Facteurs humains et organisationnels

Les facteurs humains sont associés aux caractéristiques des connaissances, expériences, et perceptions des acteurs en présence alors que les facteurs organisationnels le sont aux contextes sociopolitiques et aux dimensions de pratique professionnelle et de l'organisation des services. L'analyse de plusieurs projets d'informatisation révèle l'importance pour leur réussite de prendre en compte les facteurs tels qu'une vision partagée des orientations, un appui des décideurs de haut niveau, une gestion des enjeux centraux, un leadership clinique fort, des équipes locales ou régionales équilibrées et dédiées de direction et de gestion ayant de l'expérience avec les utilisateurs, une implication majeure de ces utilisateurs, ainsi que la maturité de la technologie (Lamothe & Fortin, 2006).

Parmi les facteurs ayant pu influencer les projets d'informatisation au Québec, soulignons la réforme du réseau de la santé et des services sociaux de 2004 qui a laissé place à une plus grande centralisa-

tion de la gouverne et de la gestion de ces projets, à une démarche de changement planifié plutôt qu'émergent, et à un leadership dominant de la technologie. Cette orientation a aussi pu être influencée par la présence d'un organisme canadien qui agit comme investisseur stratégique pour favoriser et accélérer surtout le développement des dossiers santé électroniques dans l'ensemble du pays en privilégiant les enjeux technologiques (Fortin, 2009).

Le choix de privilégier une stratégie de déploiement généralisé de l'informatisation au déploiement graduel (tache d'huile) est aussi un facteur important. En effet, une démarche d'expérimentation sur une échelle réduite permet plus facilement d'adopter des approches compréhensives, participatives, et pluralistes et ainsi d'impliquer davantage les acteurs/utilisateurs locaux ou régionaux (*end users*), de tenir compte des principaux enjeux humains et organisationnels en cause inhérents aux conditions d'adoption et de changement dans les pratiques, ce qui fait que ces facteurs peuvent être plus facilement tenus en compte dans une stratégie de déploiement graduel. Quant aux projets à déploiement généralisé, surtout d'envergure nationale, l'attention porte davantage sur les enjeux centraux que sont les questions légales et éthiques, les normes et standards techniques, l'organisation du travail, les structures et infrastructures, les conventions collectives, le financement récurrent. De fait, les analyses suggèrent que tout projet ayant comme objectif de se déployer sur une plus grande échelle aurait avantage à tenir compte tant des enjeux locaux, régionaux, que centraux. Or, c'est rarement le cas. Ceci peut être une des explications du faible taux de pérennité et déploiement des projets d'expérimentation et doit donc requérir une attention particulière des évaluateurs.

Ces préoccupations des enjeux centraux se traduisent aussi par des attentes spécifiques en termes d'évaluation. Elles sont davantage celles d'une évaluation de résultats, de performance, ou de coûts-bénéfices, lesquels sont généralement associés à une relation de cause à effet comme si on cherchait plus à légitimer des positions existantes comme l'ont observé Osborne et Gaebler (1992) auprès de promoteurs centraux ayant adopté une approche de type « New Public Management (NPM) » (Dans *New Directions for Evaluation*, 2009, p. 55). Il est intéressant de noter que ces attentes sont les mêmes que celles identifiées dans le cadre d'évaluation proposé par l'organisme canadien investisseur stratégique pour les TICS, qui d'ailleurs exclut explicitement les facteurs organisationnels et contextuels que sont « les stratégies, la culture et les processus d'affaires » (Muttit, 2006,

p. 7–8). Cette exclusion limiterait donc la capacité de l'évaluation d'identifier les facteurs de succès d'un projet et de contribuer à leur amélioration (Lorenzi & Riley, 2003).

Comme autre facteur humain et organisationnel, il faut noter qu'une majorité des projets d'informatisation se développent en parallèle (*silo*) ou de façon isolée les uns des autres (îlots) (Fortin, Grant, Lavoie, & Reinharz, 2003). Il y a donc de fortes possibilités qu'une majorité de responsables tiennent peu compte de rechercher ou de partager des enseignements et connaissances disponibles pour le développement de leur projet. D'ailleurs une étude récente conclut à une faible propension des décideurs des projets d'informatisation à utiliser les données probantes pour leurs décisions (Gagnon et al., 2009).

### Les facteurs liés à l'évaluation

Tous ces facteurs liés aux projets qui peuvent influencer les décisions laissent peu de place à l'influence de l'évaluation pour les suites des projets. Elle dépend donc des stratégies, approches, et méthodes adoptées. Ces choix peuvent aussi être liés à la formation, aux perceptions, et aux approches privilégiées par l'évaluateur pour tenir compte, par exemple, des exigences en temps, argent, ou engagement requis.

Ils peuvent aussi être le fait des conditions de financement de l'évaluation. Par exemple, des organismes de recherche privilégient souvent des études d'efficacité et d'efficience qui utilisent des méthodes plus classiques (groupe contrôle, essai clinique randomisé, ou étude quasi expérimentale). Peu fréquent est le financement d'études évaluatives transversales permettant de comparer plusieurs projets de même nature, mais réalisés dans des contextes différents, quant aux conditions d'innovation ou de changement et aux facteurs qui influencent les résultats. Depuis peu cependant, certaines conditions évoluent en obligeant par exemple la participation des décideurs aux projets de recherche évaluative (Instituts de recherche en santé du Canada, 2006), justement pour favoriser le partage des connaissances et contribuer aux suites des projets.

Quant au financement pour des stratégies ou mécanismes de partage des enseignements par les évaluateurs, il se limite souvent à des activités plus classiques de publications et communications scientifiques et professionnelles ainsi qu'au dépôt et à la présentation de rapports

d'évaluation. Rarement des ressources sont allouées pour développer un plan d'action relativement consistant pour promouvoir des enseignements auprès des décideurs et encore moins pour permettre aux évaluateurs d'être associés à l'élaboration ou à la réalisation des suites des projets. Certains craignent d'ailleurs que la promotion des enseignements d'un projet puisse transformer un évaluateur en un promoteur de projet. Rarement aussi des ressources sont allouées pour supporter la mise en place et le fonctionnement de mécanismes ou structures légères qui favorisent le maillage entre évaluateurs ou entre évaluateurs, décideurs, et autres groupes d'intérêt non seulement pour partager des connaissances, mais aussi pour contribuer à leur utilisation.

## DES STRATÉGIES COMPLÉMENTAIRES POUR PROMOUVOIR LA TRADUCTION DES CONNAISSANCES ET ENSEIGNEMENTS DANS L'ACTION

En cohérence avec leurs approches retenues pour l'évaluation, l'équipe a réalisé des initiatives additionnelles pour influencer la prise de décision des acteurs en présence, certaines au Québec, d'autres hors Québec.

L'initiative la plus importante est celle d'un engagement de l'équipe comme partenaire pour fonder la Société québécoise d'informatique biomédicale et de la santé (SoQibs, <http://www.soqibs.org>), qui est un forum d'échanges entre tous les groupes d'acteurs intéressés par l'informatisation en santé. Sa principale activité est un colloque annuel, multi-acteurs/multidisciplinaire, réunissant praticiens, décideurs, chercheurs, et représentants de l'industrie. Il est structuré à partir d'une vision intégrant les orientations stratégiques du réseau de la santé (finalité santé, approche populationnelle, réseau de services intégrés, réseau local de services de première ligne) et les principaux enseignements et connaissances acquis à partir d'évaluations et autres études réalisées au Québec ou ailleurs. Sa programmation est centrée sur les objectifs de santé et de bien-être, les acteurs en présence, les défis cliniques, les principaux enjeux professionnels, organisationnels, sociopolitiques, économiques, et autres, en lien notamment avec les conditions d'adoption de l'innovation et de changements dans les pratiques. Cette innovation semble pertinente si l'on considère que le taux de participation s'est accru de façon importante passant de 36 participants en 2003 à 250 en 2009; qu'elle comprend autant les décideurs, les intervenants locaux, que les évaluateurs; que leur évaluation des colloques souligne l'importance de l'approche retenue; que

plusieurs associations ou organisations en sont devenues partenaires ou collaborateurs (AQIISTI, AMQ, AGIRS, AQESSS, RQT<sup>1</sup>); que certaines d'entre elles ont invité la SoQibs à être représentée au comité d'organisation de leur colloque annuel; et qu'une autre s'est même associée pour en faire une activité annuelle commune.

Une autre initiative d'importance a été d'adhérer à la Société canadienne de télésanté (SCT) pour promouvoir l'évaluation et partager les enseignements des études réalisées. Cette initiative a conduit l'équipe à accepter la demande du WHIC de contribuer à la réalisation de son étude pancanadienne sur la gestion du changement en télésanté. Cette collaboration s'est traduite par une participation au comité directeur et, à partir du rapport d'évaluation du projet de télésanté, à la rédaction d'un cas devant servir de référence aux promoteurs de projets. Les productions du Consortium (rapports et cas) ont été diffusées dans le répertoire « *Telehealth Change Management Repository* » de la Société canadienne de télésanté. De plus, en lien avec cette adhésion à la SCT, l'équipe d'évaluation a collaboré à la rédaction d'un Livre blanc sur la télésanté (SCT, 2007) ainsi qu'à un ouvrage collectif sur l'histoire de la télésanté au Canada (SCT, 2009), permettant d'intégrer notamment l'essentiel des enseignements tirés de leurs travaux.

Enfin, notons la participation au comité directeur d'un réseau supra-régional d'établissements québécois responsable de la planification et de la coordination de la télésanté, ainsi qu'une collaboration principale en 2009 à un numéro thématique sur la télésanté de la revue d'une importante Fédération médicale québécoise, *Le Spécialiste*. Finalement, un membre de l'équipe a pu participer, sur invitation, à une Commission parlementaire française sur le thème de la télésanté. Toutes ces initiatives et participations visaient notamment à contribuer à la diffusion et à l'utilisation des connaissances et enseignements acquis par l'évaluation.

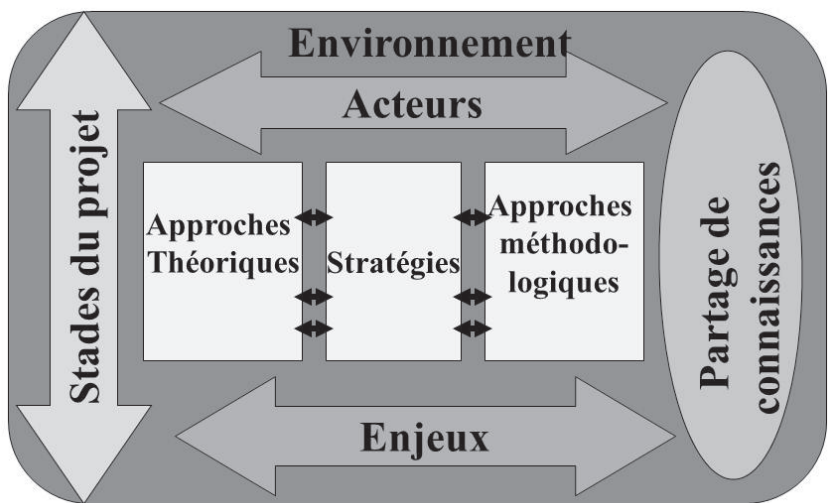
## DISCUSSION ET CONCLUSION

Les travaux de l'équipe et celles d'autres évaluateurs mettent en évidence que le véritable défi de l'informatisation en santé en est un clinique et organisationnel, influencé par un ensemble d'acteurs de plusieurs niveaux devant tenir compte d'une large gamme d'enjeux humains, organisationnels, et autres, adoptant de multiples scénarios de gestion pour l'innovation et le changement selon les phases des projets, et intégrant occasionnellement une évaluation. Pour



avoir une lecture plus systématique de ces éléments, l'équipe a jugé utile de développer un outil intégrateur, le « Cadre stratégique pour une évaluation utile et utilisée » (Fortin, Gagnon, Lamothe, Lavoie, & Reinharz, 2003) construit à partir d'une analyse transversale des rapports de gestion ou d'évaluation des quatre plus importants projets étudiés jusqu'alors (voir Figure 1). Ce cadre décrit les éléments d'environnement (contextes locaux, régionaux, et centraux), d'acteurs impliqués de tous les niveaux, d'enjeux (sociopolitiques, organisationnels, professionnels, technologiques, économiques, légaux et éthiques, et économiques), et de la fonction de partage des connaissances, le tout à considérer en fonction des phases du projet (émergence, implantation, pérennité, et déploiement).

**Figure 1**  
**Cadre stratégique pour une évaluation utile et utilisée**



L'analyse de ces éléments facilite les choix à faire en termes de stratégies et approches théoriques ou méthodologiques. À cet égard, le cadre retient à ce jour les théories de la diffusion de l'innovation (Rogers, 2003), des coalitions (Gamson, 1961; Lemieux, 2009), du changement organisationnel (Denis, Lamothe, & Langley, 2006; Dufour & Lamothe, 1999; Mintzberg, Ahlstrand, & Lampel, 2005; Spil & Schuring, 2005), et de l'adoption des comportements (Ajzen, 1991; Fishbein & Ajzen, 1975; Gagnon et al., 2003). Comme approches stratégiques et méthodologiques, il traite surtout d'évaluation orientée vers l'utilisation (*utilization-focused*, Patton, 2008), de finalité forma-

tive, sommative, et développementale (Patton, 2008; 2011), d'« étude de cas » ou « multi cas » (Stake, 2006; Yin, 1994), et de méthodes mixtes (Creswell, 2007; Patton, 2008). Ce cadre a été utilisé à plusieurs reprises à la demande de promoteurs de projets généralement locaux ou régionaux. Les constats sont comparables à ceux décrits plus haut et ceux qui se retrouvent d'ailleurs de plus en plus dans la littérature récente sur l'informatisation en santé. Ceci converge avec la reconnaissance dans la littérature que l'introduction des technologies est « le résultat d'un processus politique d'actions, de réactions et d'interactions entre les différentes coalitions intéressées, alors qu'elles négocient autour de projets différents de développement » (Pfeffer, 1981), que le contexte d'implantation d'une informatisation est généralement celui d'un système social où les individus doivent être mis à contribution dans la mise en œuvre du changement, surtout s'il s'agit d'organisations de type professionnel où ces derniers sont au contrôle de la production (Mintzberg, 1994).

Cependant beaucoup reste à faire pour mieux connaître et comprendre tous ces facteurs qui influencent les projets innovants et émergents et y assurer des évaluations adaptées pouvant influencer davantage leurs suites. Parmi les défis, il y a le besoin de faire les liens entre ces facteurs et d'en avoir une lecture beaucoup plus intégrée. Notre expérience s'inscrit dans cette démarche et suggère que pour mieux appréhender la complexité des contextes d'implantation, de pérennité, et de déploiement, il est utile de développer des cadres intégrateurs pour les pratiques ainsi que pour les théories qui peuvent influencer le partage des connaissances. Notre expérience suggère également que ces outils sont utiles pour favoriser les rapprochements avec les acteurs à impliquer dans l'évaluation.

Ce besoin de faire le lien entre les facteurs et d'en avoir une lecture plus intégrée est essentiel pour l'évaluateur. Une contribution notable sur le sujet est l'édition hiver 2009 de la revue *New Directions for Evaluation* portant sur l'importance des théories sur l'utilisation des connaissances, la diffusion, l'implantation, le transfert, et la traduction pour aborder l'objet de la connaissance pour l'action; des théories dont les racines sont dans de multiples domaines tels la science, la philosophie, la sociologie, la communication, les sciences politiques et administratives, la technologie, la linguistique. Les auteurs illustrent comment de multiples concepts sur le changement peuvent influencer la façon dont l'évaluation est formulée, implantée, et jugée. Ils les décrivent, les comparent, s'efforcent de les intégrer, et soulignent le besoin de poursuivre la réflexion pour

le développement de théories de plus en plus unifiées, comme celle de la diffusion de l'innovation de Rogers (Tornatzky & Fleisher, 1990, dans Ottoson & Haw, 2009, p. 11). D'autres travaux visent aussi une meilleure compréhension des projets qui impliquent des changements importants dans les organisations et les pratiques. Ils utilisent régulièrement une approche multidisciplinaire et multidimensionnelle, tentent d'intégrer les concepts et y consacrent des efforts de théorisation. Soulignons les travaux explorant les grands courants de la pensée stratégique (Mintzberg et al., 2005) et initiant le développement d'une première théorie générale (Mintzberg, 2007), ceux sur la complexité (Gloubermans & Zimmerman, 2004), l'utilisation des connaissances dans le secteur de la santé (Lemieux-Charles & Champagne, 2004) ou sur l'informatisation (Spil & Schuring, 2005). Plusieurs d'entre elles soulignent l'interrelation nécessaire avec l'évaluation qui doit évoluer dans ce sens. Le développement de l'évaluation évolutive/développementale (Patton, 2011) en est une contribution.

Ces constats sont importants pour l'évaluateur qui doit reconnaître davantage la véritable nature des défis en cause dans les projets qu'il traite et s'assurer dès le départ d'adopter un plan souple et évolutif où les approches et méthodes s'adaptent en fonction de ces défis ainsi que des stades des projets. Ce plan doit traiter des aspects liés au passage d'un stade d'expérimentation à ceux de déploiement et de pérennité. Il est donc impératif pour l'évaluateur de bien comprendre le contexte des projets à évaluer et de s'y adapter (Patton, 2008), s'il veut influencer davantage leurs suites.

Enfin, « l'histoire » semble donner de plus en plus raison aux enseignements retenus de l'évaluation des projets. Certains décideurs semblent devenir plus sensibles à ces constats, surtout lorsqu'ils reconnaissent que l'évolution actuelle de l'informatisation au Québec est en retard sur les autres milieux (Commissaire à la santé et au bien-être, 2010; Vérificateur général du Québec, 2010; 2011). Ces deux rapports soulignent l'importance de se préoccuper davantage des enjeux cliniques et organisationnels et d'associer les utilisateurs et leaders locaux, surtout des milieux innovants. Il est intéressant de noter que l'organisme investisseur stratégique canadien reconnaît aussi la nécessité d'orienter leur stratégie dans ce sens. Il est peut-être alors raisonnable de croire que ce début de sensibilisation des décideurs puisse être, du moins en partie, associée à un ensemble d'activités d'évaluation et d'initiatives de promotion pour influencer la prise de décision.

En conclusion, mentionnons que le contexte semble propice pour promouvoir le développement et l'utilisation plus systématiques d'une évaluation adaptée à la nature des projets d'informatisation et, espérons-le, à un financement plus accessible pour les maillages, une implication plus régulière des chercheurs et évaluateurs, des initiatives de sociétés dont les activités peuvent être reconnues comme une contribution à une stratégie d'innovation et changements, par exemple. Il serait alors raisonnable de penser qu'une évaluation adaptée influençant davantage les décideurs pourrait contribuer à une informatisation plus performante et de là, à de meilleurs services à la population.

## REMERCIEMENTS

Nous reconnaissons la collaboration de Françoise Labbé et Djamel Messikh, professionnels de recherche du Centre affilié universitaire du Centre de santé et des services de la vieille Capitale (CAU-CSSS-VC).

## NOTES

1 AQIISTI = Association québécoise des infirmières et infirmiers en systèmes et technologies de l'information

AMQ = Association médicale du Québec

AGIRS = Association des gestionnaires en informatiques du réseau sociosanitaire

AQESSS = Association québécoise des établissements de santé et services sociaux

RQT = Réseau québécois de télésanté

## RÉFÉRENCES

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior Human Decision Processes*, 50, 179–211.

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2010). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. État de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et des services sociaux. Québec, QC : Auteur. Disponible à <http://www.csbe.gouv.qc.ca/index.php?id=62>

- Creswell, J. W., Piano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Cloutier, A., & Fortin, J.-P. (2001). *La télémédecine au service des régions. Un projet de démonstration aux Iles-de-la-Madeleine. Rapport de recherche présenté au Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), Santé Canada.*
- Denis, J. L., Lamothe, L., & Langley, A. (2006). *Reforming health care: Levers and catalysts for change*. Dans A. L. Casebeer, A. Harrison, & A. L. Mark (Éds.). *Innovations in Health Care: A Reality Check* (pp. 3–16). Basingstoke, UK : Palgrave Macmillan.
- Dufour, Y., & Lamothe, L. (1999). *Les approches au changement dans les systèmes de santé*. Dans C. Bégin, P. Bergeron, P. G. Forest, & V. Lemieux, *Le système de santé québécois : un modèle en transformation*. Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal, 313–339.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intentions and behavior : An introduction to theory and research*. Boston, MA: Addison-Wesley.
- Fleischer, D. N., & Christie, C. A. (2009). *Results from a survey of U.S. AEA members*. *American Journal of Evaluation*, 30(2), 158–175.
- Fortin, J.-P. (2009). *La télésanté au Québec : beaucoup de retard à rattraper*. *Le Spécialiste*, FMSQ, 11(2), 18–22.
- Fortin, J.-P., & Joubert, P. (1996). *Évaluation du projet québécois d'expérimentation de la carte santé à microprocesseur, Rapport final*. Université Laval, Département de médecine sociale et préventive, Centre hospitalier régional de Rimouski, Unité de santé publique de Québec, Régie de l'Assurance maladie du Québec. Ste-Foy, QC.
- Fortin, J.-P., Grant, A., Lavoie, G., & Reinharz, D. (2003). *Rapport sur les enseignements de projets de recherche et d'expérimentation d'envergure remis au Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Ste-Foy, QC : Société québécoise d'informatique biomédicale et de la santé (SoQibs).*
- Fortin, J.-P., Gagnon, M.-P., Lamothe, L., Lavoie, G., & Reinharz, D. (2003). *Cadre stratégique pour une évaluation utile et utilisée. Rapport d'étude disponible à [http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bsi/pubs/kdec/qc\\_ictic\\_rpt\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bsi/pubs/kdec/qc_ictic_rpt_f.html)*

- Gagnon, M.-P., Godin, G., Gagné, C., Fortin, J.-P., Lamothe, L., Reinharz, D., et al. (2003). An adaptation of the Theory of Interpersonal Behaviour to the study of telemedicine adoption by physicians. *International Journal of Medical Informatics*, 71(2–3), 103–115.
- Gagnon, M.-P., Duplantie, J., Fortin, J.-P., Lamothe, L., Légaré, F., & Labrecque, M. (2009). Integrating scientific evidence to support telehomecare development in a remote region. *Telemedicine and E-Health*, 15(2), 100–103.
- Gamson, W. A. (1961). A theory of coalition formation. *American Sociological Review*, 26, 273–282.
- Gloubermans, S., & Zimmerman, B. (2004). Systèmes compliqués et complexes : les conditions de réussite d'une réforme des soins de santé. Ottawa, ON : Les presses de l'Université d'Ottawa.
- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). (2006). Plan stratégique quinquennal : 2006 à 2011. Repéré de <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/9188.html>
- Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. (1994). Standards for evaluation. Disponible à <http://www.xmarks.com/site/www.wmich.edu/evalctr/jc/>
- Lamothe, L., & Fortin, J.-P. (2006). Gestion du changement. Projet de diffusion des connaissances. Rapport présenté à Santé Canada, Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS/CHIPP).
- Lamothe, L., & Fortin, J.-P. (2006). L'intégration des technologies de télésanté dans le continuum de soins. Projet de diffusion des connaissances. Rapport présenté à Santé Canada. Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS/CHIPP).
- Lemieux, V. (2009). L'étude des politiques publiques, les acteurs et le pouvoir (3ième éd., revue et augmentée). Québec, QC : Presses de l'Université Laval.
- Lemieux-Charles, L., & Champagne, F. (Éds.). (2004). *The use of knowledge and evidence in health care: Multidisciplinary perspectives*. Toronto, ON : University of Toronto.

- Lorenzi, N. M., & Riley, R. T. (2003). Organizational issues and change. *International Journal of Medical Informatics*, 69 (2–3), 197–203.
- Mintzberg, H. (1994). *Grandeur et décadence de la planification stratégique*. Paris, France: Dunod.
- Mintzberg, H., Ahlstrand, B., & Lampel, J. (2005). *Safari en pays stratégie. L'exploration des grands courants de la pensée stratégique*. Paris, France : Pearson Education.
- Mintzberg, H. (2007). Tracking strategies: Towards a general theory of strategy formation. Oxford, UK : Oxford University Press.
- Muttitt, S. C. (2006, 17 juin). EHR benefits evaluation plan : Early indicator set. (Rapport technique sur les indicateurs d'évaluation des avantages, pp. 7–8). Inforoute santé du Canada. Repéré de <http://www.infoway-inforoute.ca>
- Osborne, D., & Gaebler, T. (1992). Reinventing government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector. Dans *New Directions for Evaluation*, 124, 2009, 55.
- Ottoson, J. M., & Haw, P. (Éds.). (2009). Knowledge utilization, diffusion, implementation, transfer, and translation: Implications for evaluation. *New Directions for Evaluation*, 124, 1–108.
- Patton, M. Q. (2008). *Utilization-focused evaluation* (4ième éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Patton, M. Q. (2011). *Developmental evaluation : Applying complexity concepts to enhance innovation and use*. New York, NY : Guilford Press.
- Pfeffer, J. (1981). *Power in organizations*. Marshfield, MA: Pitman Publishing.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations*. (5ième éd.). New York, NY : Free Press.
- Société canadienne de télésanté. (2007). *Télésanté : Ce que l'avenir nous réserve : un livre blanc produit*. Kingston, ON : Canadian Society of Telehealth. Disponible à <http://books1.scholarsportal.info/viewdoc.html?id=365730>

- Société canadienne de télésanté. (2009). History of the CST 1997–2009: A record of achievements. Repéré à [www.rqt.qc.ca/pdf/histoire\\_CST\\_1997-2009.pdf](http://www.rqt.qc.ca/pdf/histoire_CST_1997-2009.pdf)
- Spil, T. A. M, & Schuring, R. W. (Éds.). (2005). *E-Health systems diffusion and use: The innovation, the user and the use IT model*. Hershey, PA : Idea Group Publishing.
- Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York, NY : Guilford Press.
- Vérificateur général du Québec (2009–2010). Rapport à l'Assemblée nationale. Repéré à <http://www.vgq.qc.ca>
- Vérificateur général du Québec (2010–2011). Rapport à l'Assemblée nationale, chapitre 7. Repéré à <http://www.vgq.qc.ca>
- Yin, R. K. (1994). *Case study research, design and methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.

**Jean-Paul Fortin**, MD, FRCPC, est professeur titulaire au Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval, médecin expert à l'Institut national et à la Direction régionale de santé publique (Québec), chercheur/évaluateur au Centre affilié universitaire du CSSS-Vieille Capitale, et chercheur associé du Céfrio. Il dirige une équipe de recherche et d'évaluation sur l'appropriation et la diffusion d'innovation technologique en santé.

**Lise Lamothe**, Ph.D., est professeure au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal. Ses intérêts de recherche portent sur les dynamiques de transformation des organisations de santé, notamment les dynamiques professionnelles associées, la formation de réseaux de services intégrés, les effets structurants des NTIC dans les transformations des processus de soins et services.

**Marie-Pierre Gagnon**, Ph.D., est professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et chercheure au Centre de recherche du CHUQ à Québec. Son expertise couvre l'évaluation des technologies d'information et de communication (TIC), les déterminants de l'intégration des TIC dans le système de santé, ainsi que le transfert des connaissances et les prises de décisions fondées sur les données probantes.