



UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

TRANSFERT DE CONNAISSANCES SUR LES INTERVENTIONS INFIRMIÈRES POUR  
LA PRÉVENTION DU SUICIDE AUPRÈS DES GENS VIVANT AVEC UN TROUBLE  
CONCOMITANT DE SANTÉ MENTALE ET DE TOXICOMANIE

PAR  
MÉLANIE RICHARD

FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES

TRAVAIL DIRIGÉ PRÉSENTÉ À LA FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES  
EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE DE  
MAÎTRE ÈS EN SCIENCES (M. Sc.)  
EN SCIENCES INFIRMIÈRES

AVRIL 2015

© Mélanie Richard, 2015

Université de Montréal  
Faculté des sciences infirmières

Ce travail dirigé intitulé :

Transfert de connaissances sur les interventions infirmières pour la prévention du suicide auprès  
des gens vivant avec un trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie

Présenté par :  
Mélanie Richard

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

M Jean-Pierre Bonin, Ph. D.  
directeur de recherche

Mme Christine Genest, Ph. D.  
membre du jury

## Sommaire

Selon l'Institut national de santé publique du Québec (2010), le Québec se situe au quatrième rang sur un total de vingt-et-un pays quant au taux de mortalité par suicide. Le suicide est un problème de santé publique; sa prévention fait partie des priorités de celle-ci depuis 1994 (Cliniques psychiatriques de France, 2010). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère le suicide comme un problème majeur évitable (Organisation mondiale de la santé, 2011). L'évaluation du risque suicidaire n'est que la première étape dans cette lutte; il faut ensuite intervenir de manière adéquate. Malgré le fait qu'ils soient déjà standardisés et implantés dans l'organisation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), les outils et les connaissances nécessaires pour aider cette clientèle ne sont pas toujours utilisés. À partir du moment où les infirmières ne mettent pas en pratique ce suivi, il ne peut y avoir amélioration de la qualité des soins. Le présent travail a alors pour but d'amener des solutions afin que tous les intervenants de l'unité de Psychiatrie des toxicomanies (UPT) du CHUM évaluent et interviennent de manière adéquate pour prévenir le suicide auprès des gens vivant avec des troubles concomitants. Pour ce faire, le transfert de connaissances pour la prévention du suicide est essentiel dans le but d'améliorer la pratique infirmière ainsi que la qualité et la sécurité des soins. Ce travail sert donc à déterminer le ou les modèles de transfert de connaissances le ou les plus adéquats pour les professionnels de la santé travaillant à la prévention du suicide à l'UPT. Suite à l'analyse critique des écrits théoriques et empiriques des différents modèles de transfert de connaissances, et en tenant compte de la complexité de la mise en place de changements dans la pratique clinique, la combinaison de plusieurs modèles est proposée pour l'intervention clinique. Les principaux modèles théoriques sont ceux du RNAO (2002) et du NICE (2007) ainsi que les stratégies d'Oxman, Thomson, Davis & Haynes (1995) qui permettront l'application du transfert de connaissances dans les interventions infirmières axées sur la prévention du suicide auprès des gens vivant avec un trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie. Des recommandations pour la pratique infirmière et pour la recherche sont suggérées.

Mots clés : transfert de connaissances, suicide, santé mentale, toxicomanie, interventions infirmières, prévention du suicide, troubles concomitants

## Summary

Based on the numbers of the Institut national de santé publique du Québec (2010), the province of Québec ranks fourth among a total of twenty-one countries with its suicidal rate. Suicide is considered a public health problem, its prevention is a priority since 1994 (Cliniques psychiatriques de France, 2010) and it is seen as an avoidable major problem by the World Health Organisation (Organisation mondiale de la santé, 2011). The evaluation of the suicidal risk is only a first step that must lead to an adequate outreach. Despite the fact that tools and knowledge are now available, standardized and implemented in the organisation of the Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), they are not always adequately put into practice. As long as the nurses do not apply correctly the follow-ups, improvements will never be seen in the efficiency of the healthcare. The objectives of the present work are to find-out ways to help all of the outreach workers of the Unité de Psychiatrie des toxicomanies (UPT) of the CHUM in their evaluation process as well as in their practice, and thus ameliorating the prevention of suicides amongst people living with concurrent disorders. In order to achieve this goal, the transmission of suicidal prevention knowledge appears to be a key to improve the nursing work as well as the quality and the security of the healthcare. This study proposes to determine which model or models of knowledge transmission are more adequate for those working in the suicidal prevention section of the UPT. After a critical analysis of diverse models of knowledge transmission found in theoretical and empirical writings, and keeping in mind that changing a clinical practice is a complex and difficult process, we propose a combination of various models. The major theoretical models are the RNAO (2002), the NICE (2007) as well as the Oxman, Thomson, Davis & Haynes strategies (1995), and they should allow the implementation of the knowledge transmission principle in the nursing outreach work oriented towards suicidal prevention, benefiting those living with concurrent disorders of mental health and drug addiction. Some recommendations for the nursing work and research are also presented.

Key words: Knowledge transmission, suicide, mental health, drug addiction, nurse outreach, suicidal prevention, concurrent disorders

## Table des matières

|   |         |
|---|---------|
| Identification du jury .....  | p. ii   |
| Sommaire .....  | p. iii  |
| Summary .....   | p. iv   |
| Liste des sigles et des abréviations .....                                  | p. vii  |
| Remerciements .....   | p. viii |
| Problématique .....   | p. 1    |
| Milieu de travail .....   | p. 3    |
| But et objectifs .....  | p. 6    |
| Méthode .....   | p. 8    |
| Méthode d'analyse.....  | p. 10   |
| Recension des écrits .....  | p. 11   |
| Modèles conceptuels individuels .....                                       | p. 15   |
| Modèles conceptuels organisationnels .....                                  | p. 24   |
| Modèles conceptuels politiques .....  | p. 30   |
| Modèles conceptuels d'application des recherches .....                      | p. 32   |
| Stratégies éducatives novatrices .....                                      | p. 33   |
| Modèles d'évaluation après le transfert de connaissances .....              | p. 35   |
| Différence entre la théorie et la pratique.....                             | p. 38   |
| Échange entre chercheurs et décideurs .....                                 | p. 40   |
| Proposition .....   | p. 42   |
| Principaux modèles utilisés .....   | p. 43   |
| Lignes directrices pour la pratique clinique .....                          | p. 44   |
| Identification des parties prenantes .....                                  | p. 45   |
| Évaluation de l'intervention Stratégie éducative et organisationnelle ..... | p. 46   |
| Identification des barrières .....  | p. 48   |
| Évaluation de l'organisation .....  | p. 49   |
| Intégration du contenu du transfert de connaissances .....                  | p. 50   |
| Conception infirmière .....   | p. 51   |
| Mise en place de l'intervention.....  | p. 52   |
| Évaluation après l'intervention .....                                       | p. 53   |
| Ressources nécessaires .....  | p. 53   |
| Évaluation de l'intervention du transfert de connaissances .....            | p. 54   |
| Conditions favorables .....   | p. 55   |
| Discussion .....  | p. 56   |
| Les limites et forces du travail .....                                      | p. 57   |
| Recommandations .....   | p. 58   |

Conclusion ..... p. 59

Références ..... p. 62

Appendices ..... p. 70

    Appendice A : Tableau Modèle de Transfert de connaissances .....p. 71

    Appendice B : Figure Modèle de transfert de connaissances ..... p. 81

*Liste des sigles et des abréviations*

|      |  |
|------|--|
| CHUM | Centre Hospitalier de l'Université de Montréal                   |
| OSM  | Organisation mondiale de la santé                                |
| RNAO | Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario |
| UPT  | Unité de Psychiatrie des toxicomanies                            |



*Remerciements*

Tout d'abord, je tiens à remercier Monsieur Jean-Pierre Bonin, Ph. D., directeur de ce travail. Son expertise, son soutien ainsi que son aide m'ont permis de vivre une expérience enrichissante tout au long du processus d'écriture, de l'ébauche à la rédaction.

Je remercie mon fils Alexandre, qui a toujours été mon rayon de soleil et une motivation de persévérance dans la vie. Merci à mes amis pour leurs encouragements, leur soutien et leur confiance en moi.

Merci à mon conjoint, Stéphane, pour sa compréhension, son écoute, son soutien et ses encouragements. Merci de toujours être présent pour moi dans tous les moments.

Je désire aussi remercier mes parents, Carole et Gilles, pour leur soutien et leurs encouragements à travers tous mes projets. Je remercie mon frère Pascal et ma belle-sœur Camille pour leurs encouragements. Merci à toutes ces personnes de m'avoir accompagnée dans ma réussite jusqu'à l'atteinte de mes objectifs.

## PROBLÉMATIQUE

Actuellement, trois mille personnes par jour se suicident dans le monde (Organisation mondiale de la santé, 2011). Selon l'Institut national de santé publique du Québec (2010), le Québec est au quatrième rang sur un total de vingt-et-un pays quant au taux de mortalité par suicide. En 2008, il y a eu 198 suicides à Montréal et 1103 au Québec, ce qui signifie qu'en moyenne, trois personnes par jour s'enlèvent la vie. Ces statistiques sont probablement inférieures à la réalité, car n'y sont pas recensés les suicides silencieux des personnes âgées et des enfants, et les accidents qui sont en fait des suicides (Fitzpatrick, 2005). De plus, les gens ayant un trouble de consommation, soit d'alcool ou de drogue(s), sont plus particulièrement à risque de se suicider (Duhamel, 2007; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2007). Le suicide est un problème de santé publique; sa prévention fait partie des priorités de celle-ci depuis 1994 (Cliniques psychiatriques de France, 2010). L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2011) considère le suicide comme un problème majeur évitable.

Selon Rush et al. (2008), le fait d'avoir un trouble de santé mentale double le risque de souffrir d'alcoolisme, et le risque triple quand il y a en plus une consommation de drogues illégales, et le contraire est aussi vrai. Selon Rush et al., les consommateurs de drogues ont donc trois à quatre fois plus de risques de développer un trouble de santé mentale, voire d'en souffrir à long terme. Le risque de suicide auprès de cette population cible est également plus élevé, et l'adhésion aux traitements est limitée (Rush et Koegl, 2008; American Psychiatric Association, 2006). Les gens souffrant d'un trouble de santé mentale grave sont treize fois plus à risque de se suicider que la population en général (Osborn et al., 2008). Les auteurs Yen & Shieh (2005) affirment que les troubles concomitants et les idées suicidaires requièrent des stratégies de prévention du suicide particulières. Voici quelques définitions qui permettront de mieux comprendre certains termes. Le trouble concomitant signifie qu'une personne vit avec une association de troubles mentaux, émotionnels et psychiatriques, ainsi qu'avec une consommation excessive d'alcool ou d'autres drogues psychoactives (Santé Canada, 2002). Le trouble de santé mentale comprend tous les

troubles tels ceux de l'humeur, de la schizophrénie et des troubles de personnalité, selon les critères de l'ouvrage *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Un trouble de santé mentale grave se définit par de graves et persistantes incapacités pour une personne sur les plans social, occupationnel, ainsi que toutes les autres sphères fonctionnelles telles que la schizophrénie, les troubles psychotiques, les troubles de la personnalité, soit les troubles bipolaire et dépressif.

Le terme toxicomanie fait référence à des habitudes de grande consommation de substances psychotropes principalement prises pour leurs effets sur la conscience, l'humeur ainsi que sur la perception. Par contre, il est souvent remplacé par « troubles liés à l'usage de substances ». Les troubles liés à l'usage de substances, mesurés de léger à grave, selon les critères du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), seraient une manière inadéquate d'utiliser une substance, laquelle entraîne des conséquences indésirables, récurrentes et significatives. Les critères pour répondre à l'abus de substances ne comprennent pas le sevrage ni la tolérance. Le suicide signifie qu'une personne s'est enlevé la vie de manière volontaire en ayant l'intention de mourir (American Psychiatric Association, 2013; 1994). Selon l'OIIQ (2007), le risque suicidaire signifie plutôt la probabilité qu'une personne se suicide à l'intérieur d'une période de deux ans. En fait, l'évaluation du risque suicidaire devrait faire partie de l'évaluation de la condition physique et mentale, cette dernière évaluation s'inscrivant déjà dans le rôle primaire de l'infirmière. Dès que quelqu'un mentionne avoir des idées suicidaires, il faut toujours en tenir compte afin d'intervenir en conséquence (Santé et services sociaux Québec, 2010).

### Milieu de travail

L'étudiante travaille à l'unité de Psychiatrie des toxicomanies (UPT) du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Ce milieu de travail est un service de troisième ligne offert en clinique externe, fournissant des services intégrés spécialisés pour les gens souffrant de troubles concomitants. La clientèle est caractérisée par le fait qu'elle présente un trouble de santé mentale ainsi qu'un problème d'abus de substances (alcool et/ou drogues). Le programme de l'UPT offre une expertise spécialisée, en partenariat avec l'équipe du Service de Médecine des toxicomanies du CHUM. Les soins et les traitements sont intégrés dans une perspective de continuum de soins

incluant les urgences médicales et psychiatriques du CHUM, les lits d'hospitalisation en psychiatrie des toxicomanies et la clinique externe. De plus, un service de consultation-liaison est offert aux clients hospitalisés. Le mandat de l'UPT est d'intervenir dans les périodes de crise et d'instabilité du client, autant par rapport à sa consommation que par rapport à sa santé mentale. Le but est d'offrir une stabilisation aux clients afin qu'ils soient orientés vers des ressources de soins en collaboration avec les équipes traitantes. L'objectif du traitement intégré est de traiter simultanément les deux troubles comme si les deux étaient primaires (Drake et Mueser, 2005; Rush et al., 2002).

L'étudiante infirmière clinicienne candidate à la maîtrise travaille à la clinique externe de l'UPT. Elle effectue des suivis individuels avec le client et assiste à chaque rencontre qu'il a avec le psychiatre traitant. Elle fait aussi de l'animation de groupes thérapeutiques. Le taux de gens ayant des idées suicidaires est très élevé auprès de cette clientèle. Pour l'instant, il n'existe pas de données spécifiques sur le taux de suicide chez les personnes vivant avec un trouble concomitant. Certains facteurs y prédisposant ont été identifiés : les facteurs individuels, familiaux et environnementaux. Les premiers incluent d'avoir tenté de se suicider dans le passé, de souffrir d'un problème de santé mentale, d'avoir un problème de dépendance à la drogue ou à l'alcool, d'avoir un trouble de la personnalité, d'avoir de la difficulté à identifier et à accepter son orientation sexuelle, de souffrir d'un problème de santé physique chronique, et de manquer de capacité à résoudre un problème. Certains facteurs rendent les gens vulnérables aux idées suicidaires (OIIQ, 2007; White & Jodoin, 1998). Ainsi, les personnes vivant avec un trouble concomitant de santé mentale et une dépendance à la drogue ou à l'alcool sont vulnérables au suicide, car elles présentent plusieurs de ces facteurs. En fait, les idées noires, les idées suicidaires et le suicide lui-même font partie de la vie de la clientèle à l'UPT. La plupart ont donc déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide, ou ont au moins eu une fois des idées suicidaires. Celles-ci sont une part intégrante de l'évaluation de l'infirmière clinicienne lors d'un suivi individuel.

Durant sa pratique, l'étudiante a remarqué que cette évaluation n'était pas pratiquée par tous les professionnels de la santé (infirmières, travailleurs sociaux et ergothérapeutes). Pourtant, les outils d'évaluation du risque suicidaire et d'intervention standardisée sont présents et implantés dans l'organisation du CHUM. De plus, le risque suicidaire est un élément de l'état de santé de la

clientèle spécifique, essentiel à considérer. Le problème vient du fait qu'à partir du moment où les infirmières ne mettent pas en pratique cette évaluation, il ne peut y avoir d'amélioration de la qualité des soins. Par contre, l'évaluation du risque suicidaire n'est que la première étape; il faut ensuite intervenir de manière adéquate. C'est ce qui a amené l'étudiante à se questionner sur le transfert de connaissances et à demander directement à quelques-unes de ses collègues ce qu'elles en pensaient. Elle a constaté souvent que les gens étaient mal à l'aise et qu'ils n'étaient pas certains des interventions adéquates à réaliser afin de prévenir les idées suicidaires et le suicide. Les professionnels de la santé semblent embarrassés de discuter de ce sujet avec les clients. De plus, certaines personnes croient que parler de suicide à quelqu'un lui donnera des idées suicidaires ou provoquera un «acting out». Ceci semble un problème inquiétant aux yeux de l'étudiante, car les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer dans la prévention du suicide auprès de la clientèle très vulnérable (Organisation mondiale de la santé, 2011; Organisation mondiale de la santé, 2002).

À cet effet, les lignes directrices d'une meilleure pratique pour une clientèle vivant avec un trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie sont, entre autres, d'offrir des services intégrés (Duhamel, 2007; Bonin, Fournier, Blais & Perreault, 2005; American Psychiatric Association, 2003), ce que font déjà les professionnels de l'UPT. Des écrits mentionnent notamment l'importance d'agir sur les déterminants qui favorisent la bonne santé. L'OMS (1986) signale que la promotion de la santé est le processus consistant à conférer aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et à l'améliorer. De plus, selon la Charte d'Ottawa (OMS, 1986, p. 1) : « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer ». Plusieurs documents ainsi que des études mettent en évidence le fait que les facteurs de protection servent à prévenir le suicide. On peut modifier ceux-ci, car on en a le contrôle (Gouvernement du Québec, 2010; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2007; American Psychiatric Association, 2003; Santé Canada, 2002). Parmi les facteurs de protection, nous retrouvons les facteurs individuels, familiaux et environnementaux. Les facteurs individuels et les facteurs familiaux sont ceux que les gens peuvent modifier. En voici quelques exemples : la capacité de demander de l'aide, la pratique d'activités valorisantes, la connaissance de soi, la confiance en soi, un bon état de santé physique et psychologique, la résilience, la capacité de résoudre des problèmes, la capacité

de gérer son stress, la pratique de saines habitudes de vie, la capacité à donner un sens à sa vie (par exemple, la spiritualité), le fait d'avoir le sentiment d'être aimé ainsi que le sentiment de sécurité, la capacité de se faire des amis et de s'intégrer à un groupe (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2007). Selon Santé Canada (2009), la tolérance à la frustration, la maîtrise de soi, un réseau de soutien social, le sens de l'humour ainsi qu'au moins une relation de confiance sont aussi des facteurs de protection individuelle. Donc, en agissant sur les facteurs de protection et en les modifiant, le risque suicidaire diminue. Ce fait est très intéressant, car l'infirmière peut les enseigner aux clients afin de soutenir ces derniers dans leur processus de modification, influençant ainsi à la baisse le risque suicidaire.

Le problème identifié est l'évaluation des idées suicidaires ainsi que les interventions spécifiques à la prévention du suicide sur l'Unité de Psychiatrie des toxicomanies (UPT) ayant une clientèle avec des troubles concomitants. Les auteurs mentionnés ci-haut tels que Rush et al. (2008), Yen et Shieh (2005) et Gonzalez (2008) démontrent l'importance et la nécessité de prévenir le suicide auprès de cette clientèle cible ayant, pour la plupart, des facteurs les prédisposant à celui-ci. D'autres études prouvent l'efficacité des facteurs de protection qui sont des lignes directrices pour la prévention du suicide (Gouvernement du Québec, 2010; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2007; American Psychiatric Association, 2003; Santé Canada, 2002). Au CHUM, des protocoles pour l'évaluation du risque suicidaire et des interventions spécifiques existent déjà. Une faille est constatée lors du transfert de ces connaissances aux professionnels de la santé qui ne les appliquent pas nécessairement à tous les clients. Ainsi, le transfert de connaissances pour la prévention du suicide est essentiel dans le but d'améliorer la pratique infirmière ainsi que la qualité et la sécurité des soins. Ce travail sert donc à déterminer le ou les modèles de transfert de connaissances le ou les plus adéquats pour les professionnels de la santé travaillant à l'UPT à la prévention du suicide.

### But et objectifs

Le but du présent projet de travail dirigé est de découvrir des solutions pour améliorer le transfert de connaissance afin que tous les intervenants de l'UPT évaluent et interviennent de manière adéquate pour prévenir le suicide auprès des gens vivant avec des troubles concomitants.

Le pouvoir d'agir du client dans la prévention de sa propre détresse en serait ainsi favorisé, et son risque suicidaire à la baisse. Plusieurs études et organismes, tels que l'*American Psychiatric Association* (2003), le Ministère de la santé et des services sociaux (2010) et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007), démontrent que les facteurs de protection favorisent le pouvoir de la personne dans la prévention de sa détresse et diminuent le risque suicidaire (Rassy, 2012; Santé Canada, 2002). À cet effet, les objectifs du présent travail dirigé sont d'explorer différents modèles de transfert de connaissances et d'en déterminer le ou les plus pertinent(s) pour le milieu. Plus il y aura d'intervenants à l'aise de parler du suicide et d'intervenir auprès de la clientèle cible, plus leurs interventions seront bénéfiques pour les clients. L'objectif principal de ce travail est donc d'approfondir les connaissances en usant des meilleures pratiques du transfert de connaissances possibles dans le but d'améliorer la mise en pratique, le transfert de connaissances étant primordial à l'efficacité des infirmières auprès des clients. De plus, ces interventions pourront aussi être appliquées par d'autres professionnels de la santé tels les travailleurs sociaux et les ergothérapeutes.



## MÉTHODE

Les interventions adéquates pour le transfert de connaissances devraient être déterminées grâce aux écrits et à la documentation que l'étudiante a trouvés lors de sa recherche documentaire. Celle-ci a été approfondie par une foisonnante documentation scientifique, des données probantes, ainsi que par des recherches qualitatives et quantitatives disponibles sur les modèles de transfert de connaissances. L'étudiante a effectué sa recherche de documentation et sa recension des écrits, entre autres, sur les moteurs de recherche PSYCHO-INFO, PUBMED, CINAHL et Cochrane.

La recherche s'est fait par mots-clés à l'aide du modèle booléen :

|                             |  |                            |  |                  |
|-----------------------------|--|----------------------------|--|------------------|
| Transfert de connaissances. |  | Interventions infirmières. |  | Suicide.         |
| Modèle intervention.        |  | Pratiques infirmières.     |  | Détresse.        |
| Meilleures pratiques.       |  |                            |  | Idée suicidaire. |

La recherche s'est centrée sur les interventions pour le transfert de connaissances afin d'approfondir les recommandations des écrits scientifiques. Ce transfert des connaissances doit être applicable auprès des professionnels de la santé, des clients ainsi que des personnes significatives pour ces derniers. Les interventions doivent se centrer avant tout sur celles des infirmières, mais pourraient aussi être utilisées par les autres professionnels de la santé. Les

principaux concepts qui seront approfondis dans cette recherche détermineront les meilleures pratiques pour le transfert de connaissances et pour la prévention du suicide.

### Méthode d'analyse

Une analyse des écrits retenus était nécessaire. La première étape consistait en une revue intégrale des écrits. La deuxième étape consistait à sélectionner seulement les écrits pertinents pour la recherche de l'étudiante. Ensuite, celle-ci a effectué une synthèse critique des documents dans le but de proposer des interventions spécifiques auprès des infirmières travaillant avec une clientèle souffrant de troubles concomitants, selon les modèles de transfert de connaissances passés en revue. La dernière étape s'est résumée en une analyse éthique effectuée afin d'assurer le respect des principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice (Saint-Arnaud, 2008). Il est à souligner que l'analyse des concepts a été faite à l'aide du modèle conceptuel élaboré en sciences infirmières par Martha E. Rogers (1970).

Le plan de la recension des écrits a commencé par l'énumération et par l'exploration des modèles de transfert de connaissances, dont certains étaient individuels, et d'autres, collectifs; ou encore, linéaires, bidirectionnels ou coopératifs. Ce qui comprenait les modèles conceptuels individuels, les modèles conceptuels organisationnels, les modèles conceptuels politiques, les modèles conceptuels d'application des recherches, les stratégies éducatives novatrices, les modèles d'évaluation après le transfert de connaissances, la différenciation entre la théorie et la pratique, ainsi que les échanges entre chercheurs et décideurs. Les articles scientifiques conservés étaient ceux qui expliquaient les modèles de transfert de connaissances et leur efficacité. Chacun des modèles répertoriés a été approfondi afin d'en connaître le fonctionnement. Leur analyse et critique ont suivi afin d'identifier les plus adéquats pour le transfert de connaissances dans les interventions infirmières. Tel que le mentionnent Graham, Logan, Tetroe, Robinson et Harrison (2008), le choix d'un modèle ou d'un cadre conceptuel particulier était essentiel afin de mieux guider nos actions dans le transfert de connaissances. Par la suite, une stratégie éducative et organisationnelle, aussi nommée intervention clinique, a été proposée, comprenant un ou plusieurs de ces modèles de transfert de connaissances.

## RECENSION DES ÉCRITS

Pour entreprendre ce travail, l'étudiante a commencé par effectuer une recherche de documentation et une recension des écrits, entre autres, par le biais des moteurs de recherche PSYCHO-INFO, PUBMED, CINAHL et Cochrane. Elle a par la suite conservé les articles scientifiques décrivant les modèles de transfert de connaissances et leur efficacité. De ce fait, soixante-dix-sept articles ont été retenus à des fins d'approfondissement et d'analyse de ces multiples modèles déjà développés. Malheureusement, le changement de pratique s'avère être un processus difficile et complexe. Il ne suffit pas de découvrir des données probantes à l'aide de la recherche pour qu'un individu ou la population en bénéficie. Elles ne peuvent être appliquées directement sans changements dans la pratique même du système de santé, dans l'organisation et chez les professionnels. Mais, selon les diverses recherches consultées, le transfert de connaissances, de la recherche à la pratique, est un processus imprévisible, parfois lent et hasardeux. Modifier ou changer la pratique clinique semble donc complexe, notamment à cause de plusieurs barrières jouant contre l'implantation des données probantes dans la pratique clinique (Funk, Tornquist & Champagne, 1995; Lekander, Tracy & Linquist, 1994; Horsley & Cran, 1986). Lorsque le transfert de connaissances de la recherche à la pratique est vraiment trop long, les clients des services de santé ne reçoivent pas les bénéfices escomptés. Les décideurs politiques semblent par le fait même mal informés des résultats qui influencent leur gérance. Il est donc primordial de suivre un modèle conceptuel de transfert de connaissances afin non seulement d'en faciliter le transfert de la recherche à la pratique, mais aussi pour améliorer les interventions des infirmières.

Il existe plusieurs définitions du terme « connaissance » ainsi que « transfert de connaissances » selon le domaine, par exemple en sociologie ou en politique. Dans ce présent travail, le transfert de connaissances consiste à optimiser la transmission des données probantes de la recherche à la mise en pratique clinique des infirmières. L'étudiante a choisi certains modèles conceptuels de transfert de connaissances afin de les analyser dans le but de déterminer leur pertinence et efficacité selon les résultats. Son choix a été guidé par ceux qui semblent les plus

adaptés à la réalité de la pratique infirmière. Puis, elle analysera des modèles conceptuels de transfert de connaissances organisationnels : des modèles servant à la réussite de la mise en œuvre de la recherche à la pratique, d'autres modèles servant à promouvoir l'utilisation de la recherche, des modèles politiques ainsi que des modèles de communication de l'information. Elle analysera, de plus les stratégies éducatives innovatrices utilisées par une organisation pour développer le leadership, les compétences et la pratique des données probantes. Enfin, un regard sera porté sur les propos de certains auteurs expliquant les différences entre la théorie et la pratique, ainsi que sur l'implication de la conception infirmière de Martha E. Rogers (1970) pour l'application de la proposition finale.

Voici un tableau comprenant ces modèles conceptuels de transfert de connaissances qui ont été choisis pour être analysés.

| <b>Modèles conceptuels de transfert de connaissances</b> |   |
|--|---|
| <b>Modèles conceptuels individuels</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Modèle de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO, 2002)</li> <li>➤ Modèle de l'Institut national pour la santé et l'excellence clinique (NICE, 2007)</li> <li>➤ Modèle de Dobbins, Hanna, Ciliska, Manske, Cameron, Mercer, O'Mara, Corby &amp; Robeson (2009)</li> <li>➤ Modèle de DiCenso, Cullum, Ciliska &amp; Guyat (2004)</li> </ul> |
| <b>Modèles conceptuels organisationnels</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Modèle de l'IOWA (Titler, 2002)</li> <li>➤ Modèle de Rosswurm et Larrabee (1999)</li> <li>➤ PARIISH (Kitson, Harvey &amp; Mc Cormack, 1998)</li> <li>➤ Modèle d'Ottawa d'Utilisation de la Recherche (Logan et Graham, 2004)</li> <li>➤ Modèle de Weiss (1979)</li> </ul>  |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Modèles conceptuels politique</b></p>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lobbying (Milbrath, 1960)</li> </ul>  |
| <p><b>Modèles conceptuels d'application des recherches</b></p>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Modèle de Breyer et Trice (1982)</li> </ul>   |
| <p><b>Stratégies éducatives novatrices</b></p>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Modèle de Pipe, Cisar, Caruso &amp; Wellik (2008)</li> <li>➤ Modèle de Gifford, Davies, Edwards &amp; Graham (2006)</li> </ul>  |
| <p><b>Modèles d'évaluation après le transfert de connaissance</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Modèle de Strauss, Tetroe, Graham, Zwarenstein, Bhattacharyya &amp; Shepperd (2010)</li> <li>➤ Modèle d'Oxman, Thomson, Davis &amp; Haynes (1995)</li> <li>➤ Dunn (1983)</li> </ul> |

## Modèles conceptuels individuels

Premièrement, l'étudiante infirmière a analysé des modèles conceptuels de transfert de connaissances individuels qui sont à la base du modèle d'intervention proposé afin de changer la pratique individuelle de chacune des infirmières. Parmi ceux-ci, il y a, entre autres, celui de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO 2002), de l'Institut national pour la santé et l'excellence clinique (NICE, 2007), de Dobbins, Hanna, Ciliska, Manske, Cameron, Mercer, O'Mara, Corby & Robeson (2009) ainsi que le modèle de DiCenso, Cullum, Ciliska & Guyat (2004).

### *Modèle de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario*

Tout d'abord, le but de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario est de développer les lignes directrices des meilleures pratiques cliniques en soins infirmiers afin d'améliorer la qualité des soins aux clients (RNAO, 2002). L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) a choisi un groupe de travail composé d'infirmières et de personnel de recherche pour élaborer une trousse, favorisant le transfert de connaissances, destinée aux établissements qui désirent implanter ces pratiques dans leur milieu de travail (RNAO, 2002). Ce groupe de travail est mieux adapté aux réalités théoriques et pratiques parce qu'il se compose d'infirmières qui utilisent le même langage professionnel et qui connaissent le travail clinique. Le développement de ce modèle correspondra donc davantage aux infirmières dans leur milieu de travail et favorisera le transfert efficace de connaissances. Cette trousse d'aide s'intitule la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*. Elle sert à aider et à soutenir les personnes ayant la responsabilité de mettre en place des lignes directrices dans leur milieu professionnel tout en facilitant le processus de planification, la mise en place et l'évaluation. C'est un outil de référence simple et facile à appliquer puisqu'il est adapté à la réalité clinique des infirmières. De plus, le groupe de recherche a créé un document s'intitulant *Intégration des meilleures pratiques* (RNAO, 2005) qui doit être utilisé conjointement à la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*. Ces deux documents se complètent afin d'assurer efficacement le transfert de connaissances. Grâce à ce guide de références essentiel, la personne



responsable dans le milieu hospitalier est mieux orientée à chacune des étapes du transfert de connaissances.

Le programme des lignes directrices sur la pratique infirmière du RNAO vise à combler l'écart entre la recherche et la pratique ainsi qu'à assurer la disponibilité des connaissances les plus récentes. Le but est de développer une mise en pratique bénéfique à ceux qui reçoivent des soins infirmiers, de sorte qu'il y ait une amélioration de la qualité des soins (2005). Ce point est, selon nous, important puisque la transmission des résultats de recherche à la pratique clinique comporte plusieurs lacunes. L'objectif de la pratique clinique des infirmières est alors de viser une bonification de la qualité des soins prodigués aux clients. Ce programme se caractérise par la réduction de la variation dans les soins, tout en faisant la promotion d'une cohérence des soins de haute qualité fondée sur les meilleures connaissances disponibles. Il vise conséquemment à cesser les interventions peu effectives ou dommageables. Voici d'autres buts spécifiques au programme du RNAO : favoriser la recherche de transfert des meilleures connaissances disponibles pour la pratique, promouvoir la base des connaissances en soins infirmiers, aider les cliniciens et les clients dans leur prise de décision, éclairer les prises de décision organisationnelles et politiques, améliorer la pratique et les résultats en soins de santé et le système de santé, identifier les lacunes de la recherche, et réduire les coûts grâce à l'obtention de meilleurs résultats. Cette ressource a été développée pour aider les éducateurs à introduire des lignes directrices de meilleures pratiques, et spécifiquement pour les étudiantes infirmières, les professeurs, les infirmières et les autres professionnels dans les milieux de pratique. Les quatre premiers aspects du modèle correspondent à un processus cyclique d'apprentissage et d'enseignement dont les aspects des différents éléments peuvent se chevaucher ou se produire simultanément. Ils contribueront fort probablement au cheminement de l'étudiante dans le développement de la proposition d'intervention.

De plus, il faut une évaluation pour s'assurer d'avoir une activité d'apprentissage réussie. Selon le RNAO, elle est un processus holistique comprenant trois phases : la pré-évaluation (avant l'événement d'apprentissage), l'évaluation continue (pendant l'événement) et la post-évaluation (à la fin de l'événement). La préparation d'un événement d'apprentissage et ses mesures d'évaluation sont à prendre en considération (l'environnement, l'organisation,

l'éducateur, l'apprenant, les besoins d'apprentissage et le groupe). L'évaluation de l'organisation se fait à l'aide de la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*. Ces documents du RNAO donnent aussi des indications à l'éducateur afin qu'il soit plus efficace lors du transfert de connaissances. Par exemple, il doit déterminer sa philosophie, son style et son degré d'enseignement, variant de novice à expert, afin d'appliquer la méthode d'éducation la plus appropriée pour le transfert de connaissances. Les auteurs citent le modèle de Benner (2001), comprenant cinq étapes du développement de l'infirmière : novice, débutant avancé, compétent, performant et expert. Il est d'autant plus utile de déterminer si les infirmières sont visuelles, auditives ou kinesthésiques pour établir une variété d'approches à utiliser. De plus, l'impact sur la rétention de l'infirmière sera plus important si l'enseignement est individuel, élément à prendre en considération. La pyramide d'apprentissage (National Training Laboratory, 1963) sert à augmenter la rétention de l'information transmise lors d'une conférence, d'une lecture, d'un apprentissage par soutien audio-visuel, d'une démonstration, d'une discussion de groupe, d'une mise en pratique et d'une utilisation immédiate. Tous ces éléments sont importants et peuvent être pris en considération par l'étudiante afin d'optimiser le transfert de connaissances et d'en moduler l'éducation à partir du niveau de connaissances de chacune des infirmières et de leurs facteurs de motivation. Finalement, une évaluation du groupe permettra d'adapter des stratégies de planification à l'événement d'apprentissage.

Plusieurs mesures doivent être prises en considération pour la planification de l'événement d'apprentissage comme : l'intégration du contenu pour le transfert de connaissances dans un cadre universitaire ou de pratique (1), l'identification des facilitateurs et des forces motrices pour l'intégration du contenu du transfert de connaissances (2), l'identification des obstacles pour l'intégration et les stratégies, afin de les surmonter (3), l'identification des partenaires (4), l'intégration du contenu du transfert de connaissances à l'intérieur des activités d'apprentissage (5), l'identification et l'attribution des ressources nécessaires pour la réussite de l'événement d'apprentissage (6), la planification du contenu (7), la mise en place d'un plan d'apprentissage (8), et la mise en place d'un plan pour tout autre éventualité (9). En bref, le modèle du RNAO comprend plusieurs étapes indispensables et importantes dans le processus de transfert de connaissances de la recherche à la pratique

individuelle des infirmières. Il est intéressant parce que développé par des infirmières, et que son but est d'appliquer des lignes directrices des meilleures pratiques cliniques en soins infirmiers. Il est donc plus en lien avec la réalité de la pratique clinique des infirmières.

L'étude de Gifford, Davies, Edwards et Graham (2006) décrit justement le comportement d'autorité ainsi que les activités qui influencent les infirmières à mettre en pratique les lignes directrices cliniques. Le soutien des cadres infirmiers et des administrateurs constitue une des stratégies importantes permettant aux infirmières de mettre en pratique les résultats probants afin d'en assurer le transfert de connaissances. Gifford, Davies, Edwards & Graham (2006) ont utilisé, pour leur échantillon, des organisations qui emploient l'une des lignes directrices de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). Les données collectées durant cette étude déterminent l'utilisation continue ou non des résultats de recherche par les infirmières, et sont aussi un tableau prospectif des facteurs qui ont contribué ou non au maintien de cette (in)utilisation. Voici les catégories et les indicateurs utilisés : les fournisseurs, la formation continue, les politiques et procédures, le leadership, les recommandations et plan d'action ainsi que la culture du milieu de travail. Gifford et al. (2006) ont évalué seize guides de lignes directrices de RNAO qui ont été implantés et évalués dans quarante-sept organisations. Ainsi, cette étude permet de soutenir que les lignes directrices de RNAO sont utilisées dans différentes organisations et y sont efficaces. Cela augmente la probabilité que l'étudiante utilise le modèle du RNAO pour l'élaboration de l'intervention du transfert de connaissances. Les chercheurs ont notamment effectué une analyse qualitative des résultats qui a conduit à des facteurs contribuant ou ne contribuant pas au maintien de la mise en pratique des lignes directrices, ce qui a permis de développer un nouveau modèle théorique du leadership. Trois conseils pour la réussite de l'implantation des lignes directrices et de leur maintien émergent de leurs travaux: faciliter l'utilisation des lignes directrices par le personnel, créer un milieu positif pour de meilleures pratiques, et influencer la structure et le processus organisationnel. Donc, il est primordial d'identifier l'infirmière ayant du leadership afin qu'elle soit impliquée dans le processus de transfert de connaissances. Ainsi, l'étudiante devrait faire émerger le leadership de chaque infirmière afin d'optimiser la synergie et d'améliorer la qualité des soins aux clients.

*Modèle de l'Institut national pour la santé et l'excellence clinique*

Un autre modèle existe, élaboré par le l'Institut national pour la santé et l'excellence clinique (NICE, 2007). Il explique de manière approfondie comment identifier les barrières qui surviennent dans le transfert de connaissances de la recherche à la pratique clinique, et donne des pistes pour les surmonter. Tout d'abord, NICE est une organisation indépendante, responsable de fournir des orientations nationales à propos de la promotion et de la prévention de la santé ainsi que du traitement des problèmes de santé. La mise en œuvre des lignes directrices du NICE permettrait d'assurer des normes élevées de soins et de sécurité aux clients parce que ce modèle se base sur les meilleures données disponibles portant sur l'efficacité clinique et leur rentabilité. Il vise l'amélioration des soins aux clients par le biais de conseils judicieux sur la manière d'encourager les professionnels et les gestionnaires de la santé à changer leurs pratiques en se conformant aux recommandations établies à l'aide des données probantes. Ce modèle individuel est axé sur le milieu de la santé, mais ses principes généraux de changements peuvent aussi être applicables ailleurs. Il peut aider à identifier des barrières tout en évitant d'en oublier, car il est développé pour le milieu de la santé. L'étudiante pourra s'en servir lorsqu'elle sera justement rendue à recenser les barrières liées au transfert de connaissances. Alors que changer les comportements individuels pose déjà quelques difficultés en général, cela l'est d'autant plus dans les soins de santé à cause de la complexité des relations entre l'organisation, les professionnels et les clients. De plus, l'étudiante doit tenir compte des particularités de la clientèle ciblée. Selon NICE (2007), la mise en place d'une nouvelle directive clinique peut prendre jusqu'à trois ans afin d'être complètement établie dans la pratique. De ce fait, il faut entrevoir l'ampleur du changement qui peut être atteint de manière réaliste. Le plus petit changement peut avoir un impact positif, surtout s'il implique une action répétitive : rien ne doit donc être laissé au hasard. Cela sera pris en compte lors de l'évaluation de l'impact du transfert de connaissances, qui ne sera pas nécessairement mesurable tout de suite après le transfert. Cela signifie que ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de résultats immédiats après celui-ci qu'il n'y en aura pas du tout. Une durée d'application de trois ans est envisageable pour qu'il y ait changements. Mais, il existe certains facteurs pouvant aider à favoriser un environnement propice aux changements. Par exemple, lorsqu'il y a un leader fort dans une organisation et que les gens désirent, collectivement, l'amélioration des soins aux clients, cela favorise la motivation

du personnel. L'étudiante devra donc identifier un leader dans le milieu afin d'entraîner des changements. Par contre, peu importe la culture du milieu de travail, les obstacles à l'évolution des pratiques tant individuelles qu'organisationnelles peuvent nuire au progrès, voire l'empêcher. L'étudiante devra ainsi identifier ceux qui sont contre le changement afin qu'ils n'aient pas un impact négatif sur le transfert de connaissances. De plus, il serait utile de déterminer une manière de les impliquer dans le processus d'intervention du transfert de connaissances afin qu'ils soient plus ouverts aux changements. Ils ne doivent pas sentir que le changement leur est imposé.

Bref, l'utilisation du modèle NICE sert à examiner et à identifier les barrières liées aux changements dans les soins de santé, et à comprendre les différents types d'obstacles ainsi que leurs raisons d'être. Voici quelques exemples de barrières dans les soins de santé : la sensibilisation et les connaissances de chaque personne, la motivation de cette dernière à effectuer des changements, l'acceptation et les croyances des clients, les compétences et la pratique de chaque infirmière, ainsi que les obstacles hors contrôle. Le modèle NICE offre des suggestions pratiques sur la manière d'identifier les obstacles dans son organisation ainsi qu'auprès de chaque individu. De plus, il montre de quelle façon les surmonter. Par exemple, il est suggéré de discuter avec des personnes-clé, d'observer la pratique clinique en action afin de voir les habitudes des gens dans leur environnement, d'utiliser un questionnaire pouvant aider à obtenir une image claire de la pratique, d'organiser des réunions de remue-méninges afin de trouver des solutions créatives et de créer un groupe de discussion. Les gens seront plus enclins aux changements s'ils sont impliqués ou du moins s'ils se sont sentis écoutés. Il est clair que l'étudiante pourra mieux moduler le transfert de connaissances en sachant ce que pensent les infirmières dans leur milieu. NICE met aussi en évidence des leviers pouvant aider à surmonter les barrières rencontrées comme l'utilisation de matériel éducatif, des réunions interactives, des rencontres de sensibilisation, l'utilisation de l'opinion des leaders pour sensibiliser les autres, des sondages cliniques et la cueillette de commentaires. Il est tout aussi suggéré de faire des rappels sur les mesures qui peuvent aider le changement, et d'utiliser comme stratégie la médiation des clients en leur transmettant l'information directement. Bref, le modèle de transfert de connaissances de NICE est très efficace et spécifique pour identifier et contrer les barrières liées aux changements. Un document, sous format de guide, a été créé afin de faciliter la mise

en œuvre du modèle. Il est aussi possible de s'inscrire à leur bulletin mensuel par courriel. Il permet à l'abonné d'être à jour s'il y a de nouvelles directives. Ainsi, ce modèle est efficace pour moduler le transfert de connaissances à la pratique clinique infirmière. Il est spécifique et très approfondi, de sorte qu'il ne peut être utilisé seul si l'étudiante désire couvrir tous les éléments lors du transfert de connaissances. Si le modèle NICE est retenu pour l'intervention, il devra être jumelé avec un autre modèle de transfert de connaissances pour être complet parce qu'il n'aborde que les barrières liées aux changements.

*Modèle de Dobbins, Hanna, Ciliska, Manske, Cameron, Mercer, O'Mara, Corby & Robeson*

Un autre modèle de transfert de connaissances se retrouve chez les auteurs Dobbins et al. (2009), qui ont développé un cadre de référence pour démontrer l'utilisation du processus de transfert de connaissances et la prise de décision fondée sur des données probantes. Ils ont effectué un essai contrôlé aléatoire pour évaluer l'impact du transfert de connaissances dans la pratique ainsi que l'échange de stratégies de promotion afin d'intégrer les résultats de la recherche dans la pratique clinique. Ainsi, ils ont exploré l'intégration des données probantes dans un nouveau programme de santé publique au Canada, de 2004 à 2006, en prenant des décisions politiques basées sur les résultats de recherche et en faisant la promotion du transfert de connaissances. Toutefois, il faut considérer la complexité du processus décisionnel autant par rapport aux connaissances qu'aux prises de décision cliniques. Les chercheurs ont effectué leur étude au Canada sur un échantillon qui comprenait des décideurs de la santé publique nationale. Cette étude portait sur les politiques et programme de santé publique liés à la promotion du poids santé chez les enfants. Au total, 108 des 141 ministères de la santé ont participé à cette étude. Ils désiraient évaluer d'une part la mesure dans laquelle les données de recherche ont été utilisées, lors d'une prise de décision ayant eu lieu durant le programme de promotion du poids santé chez les enfants, et d'autre part les résultats secondaires du changement sur ce programme. Finalement, suite à l'analyse de leurs résultats de recherche, aucun effet significatif de l'intervention n'est réellement ressorti dans les résultats principaux de cette étude. Néanmoins, un seul effet significatif a été observé pour une intervention spécifiquement ciblée. Cela a amené les auteurs à suggérer des interventions spécifiques. L'une des suggestions était que, dans certaines conditions adaptées, des messages ciblés sont plus efficaces que la simple transmission

des connaissances. Il semblerait aussi que de donner l'accès à un registre en ligne contenant les résultats de recherche soit efficace. Puisque le cadre de référence des auteurs Dobbins, Hanna, Ciliska, Manske, Cameron, Mercer, O'Mara, Corby & Robeson (2009) n'a pas d'effet positif significatif et d'éléments pertinents pour le transfert de connaissances, il ne sera pas retenu par l'étudiante. Par contre, l'importance de la personnalisation des messages ciblés et son impact est à retenir.

#### *Modèle de DiCenso, Cullum, Ciliska & Guyat*

Le prochain modèle, de DiCenso, Cullum, Ciliska & Guyat (2004), intègre dans son fonctionnement l'expertise clinique ainsi que le processus de prise de décision qui est basé sur les résultats probants. Les auteurs énumèrent plusieurs organisations qui mettent beaucoup d'efforts à intégrer les données probantes dans la pratique afin de guider les décisions cliniques. Par exemple, aux États-Unis, c'est l'*Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* qui mène les efforts nationaux. Il y a, spécifiquement pour les infirmières, le *Theta Tau International Honor Society of Nursing* qui publie des déclarations sur les données probantes infirmières et qui a l'engagement d'être le leader de sources et de ressources de données probantes pour la pratique infirmière. Dans leur recherche, les auteurs DiCenso, Cullum, Ciliska & Guyat (2004) ont exploré trois idées faussement véhiculées dans ce domaine. La première idée veut démontrer que la pratique basée sur des données probantes n'est pas une méthode nouvelle; la deuxième, que les données probantes sont jugées, à tort, comme un livre de recettes à suivre en soins infirmiers, tout en méprisant les soins individuels procurés aux clients; la troisième, que l'immense importance accordée à l'essai contrôlé aléatoire et à la revue systématique des données probantes dans les soins de santé n'est pas pertinente pour les infirmières. Ces trois idées ont été explorées par les auteurs afin d'en vérifier la véracité.

Tout d'abord, la pratique basée sur des données probantes n'est pas nouvelle, car des écrits datant des années 1970 lient les données de recherche avec la pratique infirmière. Plus particulièrement en 1976, les auteurs Gortner, Bloch & Philips évoquent l'écart entre les données probantes et plusieurs zones de la pratique infirmière. Plus récemment, les auteurs Ciliska, Pinelli, DiCenso & Cullum (2001) suggèrent des stratégies facilitant le soutien de l'organisation pour aider la pratique infirmière basée sur des données probantes, ce dont

l'étudiante s'inspirera pour bonifier le transfert de connaissances. Deuxièmement, les données probantes ne sont pas utilisées comme un livre de recettes, car les infirmières ont leur propre expertise clinique dont elles font usage. Les auteurs DiCenso, Cullum, Ciliska & Guyat (2004) mentionnent un modèle de l'*American College of Physicians* (Haynes, RB., Deverreux, PJ. & Guyatt, GH., (2002), utilisé lors de prises de décision cliniques soutenues par des données probantes. Les éléments qui y sont examinés comprennent l'état clinique, l'établissement, les circonstances, les ressources de soins de santé, les préférences du client et ses actions, les données probantes ainsi que l'expertise clinique. De plus, ce modèle considère comme éléments prioritaires la préférence du client ainsi que l'expertise clinique. Cette dernière est toujours prise en considération, outre les autres éléments du modèle, lors de la prise de décision. Il est donc important de déterminer un ou plusieurs modèles afin de guider l'intervention lors du transfert de connaissances. Troisièmement, les auteurs expliquent aussi la nécessité de revues systématiques qui mettent en évidence l'efficacité des interventions infirmières. Ils nomment COCHRANE comme ressource électronique axée sur les revues systématiques avec essai contrôlé pour les interventions en soins de la santé.

Ce modèle est pertinent pour guider la pratique individuelle consacrée aux désirs des clients et pour mettre l'accent sur l'importance de l'expertise clinique de l'infirmière. De fait, il faut prendre le temps de discuter avec le client afin de connaître ses volontés, sinon le transfert de connaissances ne se fera pas, même s'il est basé sur des données probantes. Selon ce modèle, il n'est donc pas réaliste de seulement appliquer les données probantes à la pratique. De plus, les auteurs nous font voir la complexité du processus de prises de décision cliniques, même s'il tient compte des données probantes. Plusieurs autres éléments sur lesquels il n'y a pas nécessairement de contrôle sont à prendre en considération, par exemple les ressources disponibles. Tous ces modèles conceptuels individuels sont à la base du modèle d'intervention proposé afin de changer la pratique individuelle de chaque infirmière. Suite au transfert de connaissances, chacune des infirmières devrait être autonome dans sa pratique clinique, argument qui peut servir à l'étudiante pour convaincre les infirmières plus âgées, moins enclines aux changements, ou simplement celles réticentes, qui croient que la pratique basée sur les données probantes est nouvelle et inefficace.



## Les modèles conceptuels organisationnels

Les modèles conceptuels de transfert de connaissances organisationnels servent à la réussite de la mise en œuvre de la recherche à la pratique. Ils incluent l'IOWA (Titler, 2002), le modèle Rossworm et Larrabee (1999), le modèle *Advancing research and clinical practice through close collaboration* (ARRC) de Melnyk et Fineout-Overholt (2002), le modèle Promoting Action on Research Implementation in Health Systems (PARiSH) de Kitson, Harvey, Mc Cormack (1998) ainsi que le Modèle d'Ottawa d'Utilisation de la Recherche (OMRU) (Logan et Graham, 2004).

### *Modèle de l'IOWA*

D'abord, IOWA est un modèle développé et implanté par l'Université des hôpitaux et cliniques d'IOWA afin de guider la recherche sur les manières d'améliorer les soins aux clients. Le modèle IOWA est axé sur les problèmes déclencheurs ainsi que les nouvelles connaissances. Selon les auteurs du modèle IOWA, ils se caractérisent comme étant des données de la gestion de risques, un processus d'amélioration des données, des résultats financiers ou l'identification d'un problème clinique; les nouvelles connaissances, quant à elles, peuvent provenir de nouvelles recherches ou de données probantes, de lignes directrices, de la philosophie des soins, ou encore de standards d'un comité de l'organisation.

Le but du modèle IOWA est d'améliorer la qualité des soins grâce à une pratique basée sur des données probantes. Ce guide clinique a été développé pour les dirigeants afin d'en faciliter l'implantation dans la pratique en ayant la perspective des cliniciens tout autant que celle de l'organisation. Le modèle IOWA s'adapte selon la pratique du milieu ou de l'unité, mais peut aussi être généralisé. Il a été testé dans plusieurs organisations à travers le monde et ce, dans différentes études. Ce modèle semble transférable dans le milieu et l'organisation ciblés par l'étudiante. De plus, il offre une description complète du processus et des recherches supplémentaires, s'il n'y en a pas suffisamment sur le sujet (Titler et al., 2001). Donc, si elle manque d'informations, l'étudiante aura une piste pour développer des recherches supplémentaires. De plus, ce guide fonctionne déjà dans leurs hôpitaux et cliniques, donc dans

différents milieux et organisations. Cependant, ce qu'il fait, soit critiquer et synthétiser la recherche, n'est pas suffisant pour le transfert de connaissances des résultats de recherche à la pratique clinique.

### *Modèle de Rosswurm & Larrabee*

Le modèle organisationnel suivant, de Rosswurm et Larrabee (1999), comprend six étapes afin de transmettre les connaissances des résultats de la recherche à la pratique clinique. Pour appliquer les résultats de la recherche à la pratique, il faut impérativement connaître la théorie du changement, les principes de la pratique basée sur des données probantes et l'utilisation de la nomenclature standardisée. Ce modèle comprend six étapes : 1) évaluer la nécessité d'un changement dans la pratique, 2) lier le problème des interventions avec les résultats, 3) retenir la meilleure preuve, 4) établir la conception d'un changement dans la pratique, 5) mettre en place la pratique et l'évaluer, 6) intégrer le changement dans la pratique et le maintenir. Ce modèle fournit un cadre pragmatique pour les cliniciens afin de les soutenir dans l'unité et de créer une atmosphère organisationnelle qui mette l'accent sur les compétences d'autorité des infirmières lors de l'intégration de la mise en pratique des données probantes. Le soutien de l'organisation et des chefs de direction, tels que le chef d'unité, sont essentiels à la communication auprès des infirmières, à la collaboration interdisciplinaire avec les autres professionnels de la santé ainsi qu'avec les autres organisations, à l'harmonisation des données probantes avec le cadre conceptuel en soins infirmiers, à la prévention de l'épuisement des infirmières, à l'optimisation des ressources existantes, à l'innovation des stratégies d'éducation, à la collaboration avec la direction, et à l'implication des infirmières dans le remue-méninge pour la mise en pratique des données probantes. L'adoption réussie d'une innovation nécessite un changement de culture à tous les niveaux soit celui de l'organisation, celui de l'unité de soins et celui de chacune des infirmières. L'étudiante doit tenir compte de l'importance d'innover, de collaborer et d'impliquer les infirmières et les autres professionnels de la santé, comme il a déjà été démontré par Kitson, Harvey & Mc Cormack (1998) dans le modèle qui suit.

*PARiSH*

Le prochain modèle, *Promoting Action on Research Implementation in Health Systems* (PARiSH) de Kitson, Harvey & Mc Cormack (1998), consiste en la réussite du transfert de connaissances de la recherche à la pratique en fonction de trois éléments, déterminés par les auteurs eux-mêmes. Ces éléments sont en fait la base et la nature de la preuve, le contexte ou l'environnement dans lequel la recherche doit être mise en place, et la manière dont le processus est facilité. Selon leur définition, la preuve comporte les résultats de recherche, l'expertise clinique et le choix du client. Chacun de ces éléments servent de preuve à différents niveaux, soit de faible à haute preuve. Par exemple si la recherche est rigoureuse et systématique, l'évaluation de la preuve sera meilleure. Par contre, si la recherche porte sur des anecdotes et des recherches descriptives (non systématiques), la preuve sera considérée comme étant plus faible. Le fait de négliger l'opinion du client constitue aussi une preuve faible, alors qu'un consensus de professionnels est une haute preuve. Mais si ce dernier est largement divisé, il sera considéré comme une preuve faible. Les auteurs mentionnent que les recherches actuelles ne sont pas concluantes quant à savoir lequel de ces trois éléments est le plus important. Ils suggèrent donc d'avoir un statut égal afin d'en assurer le succès de l'implantation. Déterminer chacune des preuves et ensuite en évaluer le niveau prend un certain temps, et aucune n'a été identifiée comme étant la plus importante. L'appui de certains membres organisationnels importants tels que l'infirmier-chef du milieu et la direction des soins infirmiers deviennent considérablement primordial.

Cependant, les hypothèses, souvent explicites et actuelles, ne suivent pas nécessairement la position de Kitson et al. (1998). En ce moment, le niveau et la rigueur de la preuve semblent être les facteurs les plus importants à considérer, ce qui ne cadre pas avec le modèle PARiSH. En fait, ce dernier tient compte de ce déséquilibre d'importance en démontrant comment cela fonctionnerait si certaines des positions théoriques étaient clarifiées ainsi qu'en élaborant une liste de contrôle qui permettrait d'évaluer ce que les chercheurs doivent mettre en place pour bien transmettre les résultats de la recherche à la pratique. Les auteurs mentionnés précédemment signalent de plus que, malgré l'accroissement de la reconnaissance dans la communauté de la recherche, la mise en œuvre de celle-ci à la pratique est une tâche très

complexe et désordonnée. Pourtant, les modèles conceptuels servant à la description de ce processus sont souvent unidimensionnels, ce qui suppose une forme de linéarité. Ils réduisent le potentiel de succès lors du transfert de connaissances en mettant de côté toute la complexité processuelle. Donc, prendre conscience de cette divergence entre la complexité du transfert de connaissances et les modèles souvent linéaires est utile lors de l'élaboration du processus d'intervention. Ainsi, une équipe de recherche et de développement du *Royal College of Nursing (RCN) Institut* a développé un cadre conceptuel qui représente l'interaction et l'interdépendance de plusieurs facteurs influençant la transmission des connaissances des résultats de recherche à la pratique clinique.

Les éléments qui y sont représentés facilitent la réflexion des cliniciens, entre autres celle des infirmières, en améliorant la prise en charge des normes cliniques par l'organisation. Ce cadre sert à stimuler la vérification des possibles mises en œuvre valides des résultats de recherche dans le but de faire progresser la qualité des soins aux clients. En plus, les chercheurs qui ont conçu PARiSH soutiennent que l'implication des autres professionnels est un élément favorable. Selon leur expérience en tant qu'agents de changements et chercheurs, ils croient que la réussite du transfert de connaissances dépend de l'interaction, de la nature, du contexte dans lequel le changement sera proposé et des mécanismes proposés pour le soutenir. La preuve qui provient des résultats de recherche doit aussi être examinée dans sa complexité et sa particularité à l'intérieur d'un contexte de pratique particulier. Les résultats doivent aider ce dernier à être utile (Kitson, Harvey, Mc Cormack, 1998). Ce modèle est pertinent pour se rendre compte de la complexité du transfert de connaissances des données probantes à la pratique, processus loin d'être linéaire. Donc, le modèle PARiSH de Kitson, Harvey & Mc Cormack (1998) soutient qu'on ne peut simplement appliquer les données probantes directement dans la pratique, d'où l'importance d'analyser les modèles de transfert de connaissances afin d'y choisir le plus adéquat, malgré sa complexité, dans le but ultime d'améliorer la qualité des soins infirmiers aux clients. Plusieurs éléments doivent être pris en considération, dont leurs interactions. De plus, ce modèle soutient l'importance d'avoir l'appui de l'organisation et des autres professionnels dans le but d'augmenter la qualité des soins aux clients. L'implication et la collaboration des autres professionnels de la santé dans le milieu sont tout autant primordiales dans l'intervention, laquelle suit le transfert de connaissances.

*Modèle d'Ottawa d'Utilisation de la Recherche*

Le guide de pratique et de mise en œuvre des interventions du Modèle d'Ottawa d'Utilisation de la Recherche (OMRU) sert à promouvoir l'utilisation de la recherche (Logan et Graham, 2004). Il a été créé pour les décideurs désirant augmenter l'utilisation des données probantes des recherches en santé par les praticiens et les chercheurs intéressés à intégrer la recherche à la pratique. La spécificité du modèle OMRU est caractérisée par l'incorporation de la vision et de la contribution de chercheurs et de décideurs dans son élaboration. Ainsi, le modèle OMRU reflète les perceptions de chacun tout en ayant un but commun. Il contient six éléments : l'environnement, les potentiels adoptants, les innovations conçues sur des preuves, l'utilisation des preuves, les stratégies de transfert de la preuve dans la pratique, l'utilisation de la preuve en matière de santé et d'autres résultats du processus. Ces éléments sont étayés par des preuves, lorsqu'elles sont disponibles, par une littérature relative à l'utilisation de la recherche, par la diffusion de l'innovation, par le médecin et son changement de comportement, par le développement, et par la mise en œuvre de la pratique des lignes directrices. Ils sont reliés entre eux par le processus d'évaluation. De plus, les éléments d'OMRU ont été affinés grâce aux discussions, menées par l'Ontario Health Care Evaluation Network, avec des participants (Graham et Logan, 1996). Ceux-ci sont centraux dans le processus d'utilisation de la recherche. Ce modèle suggère l'observation simultanée de tous les éléments. Au lieu d'émaner de la recherche pour intégrer les résultats à la pratique, ce modèle a été élaboré à partir de la pratique pour donner des résultats. C'est une approche déductive plutôt qu'inductive. Ainsi, il correspond davantage aux besoins de chacun des participants dans le processus de transfert de connaissances.

De plus, ce modèle utilise le terme « innovation » pour désigner des données nouvelles de recherche pour l'adoptant potentiel, malgré le fait que la preuve aurait pu être disponible pendant un certain temps. Une innovation fondée sur des preuves peut démontrer que certaines pratiques ou certains traitements sont bénéfiques ou nuisibles, entraînant leur abandon ou leur utilisation plus sélective dans le dernier cas. Une fois que les obstacles potentiels et que chacun des éléments du modèle ont été identifiés, l'OMRU permet l'utilisation de l'information afin de déterminer des stratégies qui permettront de surmonter les obstacles identifiés dans le but

d'améliorer le processus de transfert de connaissances. Il est un guide interdisciplinaire complet de l'utilisation des résultats de recherche en soins de santé, permettant la promotion de la mise en œuvre des données probantes. L'utilisation d'un modèle organisationnel pour le transfert de connaissances semble faciliter ce transfert lors de l'intervention, car l'organisation, en tenant compte du milieu, soutient l'étudiante dans ses démarches. De plus, intégrer et maintenir le changement est essentiel, car il ne suffit pas de transmettre des connaissances aux infirmières : elles doivent les mettre en pratique dans leur milieu clinique.

### *Modèle de Weiss*

Parmi d'autres modèles, Weiss (1979) a développé une typologie de différentes significations de l'utilisation des connaissances ayant un impact sur le terrain. Ces différentes significations de l'utilisation des résultats de recherche à la pratique sont le modèle fondé sur les connaissances (linéaire), le modèle pragmatique (linéaire), le modèle de résolution de problèmes (linéaire), le modèle interactif, le modèle politique, le modèle tactique ainsi que le modèle d'édification. Le but ultime est de découvrir, à l'aide de la recherche, les opportunités qui pourraient avoir un intérêt pour la politique publique, permettant ainsi d'assurer la promotion des connaissances testées et la mise en œuvre lorsque cela est pertinent. Weiss mentionne que de plus en plus de scientifiques sont préoccupés à savoir si leur recherche est utile pour les décideurs publics. De plus, il affirme qu'il est essentiel de comprendre la signification de « l'utilisation de la recherche ». La première image de celle-ci est vulnérable dans la littérature et dérive des sciences naturelles. C'est un modèle fondé sur la connaissance composée d'une séquence d'événements linéaires : la recherche, l'application de la recherche, le développement et l'application des résultats de la recherche dans la pratique. Le modèle de résolution de problèmes est le plus communément utilisé. C'est aussi un modèle linéaire, même si les mesures sont différentes de celles du modèle de connaissances. Il part d'un problème existant, dont l'information ou la compréhension fait défaut, qui nécessite une prise de décision. Son but est de générer une solution au problème ou de choisir parmi des solutions alternatives. C'est la recherche qui fournira alors les connaissances manquantes. Dans ce modèle, le consensus sur les objectifs en constitue l'aspect implicite. La principale contribution de la recherche en sciences sociales est de soutenir les scientifiques afin d'identifier et de sélectionner

les moyens appropriés pour atteindre leurs objectifs. La deuxième voie d'utilisation de résolution de problèmes est la mise en délibéré de la recherche et de l'analyse pour combler le déficit de connaissances. Le processus suit séquentiellement cet ordre : définition de la décision en attente, identification des connaissances manquantes et acquisition des ou du choix politique(s). Il faut faire attention, puisque, comme il est mentionné précédemment par les auteurs Kitson, Harvey & Mc Cormack (1998), le transfert de connaissances est un processus complexe qui ne doit pas être traité de manière linéaire comme certains modèles.

### Modèles conceptuels politiques

Les modèles suivants sont interactifs dans le cadre d'une recherche basée sur les interactions sociales autour de la connaissance. Ce processus ne s'effectue pas de manière linéaire, mais dans un ensemble désordonné d'interconnexions et de va-et-vient qui défient les diagrammes. Dans ce modèle, l'utilisation de la recherche est uniquement une partie d'un processus complexe qui utilise aussi l'expérience, la perspective politique, les technologies sociales ainsi que le jugement. Ce modèle décrit un processus familier par lequel les décideurs se renseignent sur l'étendue des connaissances et sur l'opinion politique. Le modèle politique se regroupe autour d'une question politique qui prédétermine la position prise par les décideurs. Par contre, la recherche n'est pas nécessairement utilisée à cet effet. Ce modèle présente tout de même une condition appropriée : toutes les parties en conflit ont accès à la preuve. Au sein des modèles conceptuels politiques existe plus précisément le modèle tactique, défini comme étant une recherche en sciences sociales utilisée à des fins peu en rapport avec le contenu de la recherche. Ce n'est donc pas le contenu des conclusions de la recherche qui est évoqué, mais seulement le fait qu'il y ait des recherches en cours. Le dernier modèle conceptuel politique est celui d'illumination dont les résultats de recherche et le corps de l'étude ne touchent pas la politique. C'est plutôt une image générale de la façon dont les gens se questionnent. La recherche n'est pas une variable indépendante dont les effets sur la politique restent à déterminer, elle en est plutôt une variable dépendante comme des garanties pour la politique, la philosophie, le journalisme, l'histoire, le droit et la critique. En fait, selon la typologie de Weiss (1979), différentes significations de l'utilisation des connaissances ont un impact sur le terrain. Cela est pertinent et peut aider à guider les interventions. Par contre, pour l'application de

l'intervention de l'étudiante, ce ne sera pas utilisé dès le départ de l'intervention. Suite aux résultats, il sera approprié pour l'étudiante de l'utiliser afin de découvrir les opportunités d'un intérêt pour la politique publique, permettant ainsi d'assurer la promotion des connaissances testées et leur mise en œuvre.

### *Lobbying*

Milbrath (1960) présente un modèle de communication de l'information. Il s'agit d'un modèle de transfert de connaissances politique et organisationnel qui utilise le lobbying comme processus de diffusion de l'information. L'intérêt principal du lobbyiste est la science politique, puisqu'il joue un rôle dans le processus décisionnel du gouvernement. L'auteur décrit un lobbying utilisé comme modèle de communication dans le processus décisionnel du gouvernement afin de modifier les pratiques organisationnelles et politiques. Le lobbying est un modèle d'intervention politique ainsi qu'une manière utile d'exercer de la pression. Ce modèle de communication est pertinent pour transmettre l'information et obtenir le soutien dans cette sphère. Il renforce le soutien organisationnel pour faciliter le transfert de connaissances dans le milieu tel que mentionné entre autres par Rosswurm et Larrabee (1999). Ce processus de communication peut être divisé en trois sections : 1) les techniques pour les communications personnelles directes entre le membre d'un groupe de pression et le décideur, 2) les techniques pour communiquer par le biais d'intermédiaires, 3) les techniques pour garder les canaux de communication ouverts. Le lobbyiste a terminé son travail lorsqu'il a communiqué de manière efficace le message à transmettre. Ainsi, le plus important est de réussir à passer le message à toutes les personnes concernées. Par contre, un modèle de communication n'explique pas toutes les variables impliquées dans une situation de décision et les circonstances qui s'y rattachent. De plus, le lobbyiste ne peut pas contrôler le fonctionnement de l'esprit du décideur, même si, en général, durant les conversations, ceux qui sont en faveur de changements amènent des faits et des arguments soutenant leurs points de vue. Pour appliquer ce modèle de communication, il est donc indispensable d'avoir une argumentation solide. Ce modèle peut être utilisé afin d'effectuer le transfert de connaissances des infirmières au niveau organisationnel et politique. En se basant sur les résultats obtenus par une enquête nationale sur le travail du personnel



infirmier ainsi que sur la santé de ce dernier (Statistique Canada, 2006), l'étudiante croit que les infirmières ne prennent pas suffisamment leur place au sein des groupes décideurs.

Elle pense que leur grand nombre au Québec pourrait changer certaines choses si elles se soutenaient mutuellement. Il est nécessaire pour chacune d'entre elles d'apprendre à utiliser leur leadership infirmier, tout en poursuivant leurs démarches pour mettre à jour leurs connaissances. Ainsi, le lobbying est un bon modèle de processus de communication pour les infirmières afin qu'elles obtiennent le soutien et la considération du gouvernement dans les prises de décision qui concernent leurs besoins, notamment celui de faciliter le transfert de connaissances.

### Modèles conceptuels d'application des recherches

#### *Modèle de Breyer et Trice*

Le modèle de Breyer et Trice (1982) *The Utilization Process : A Conceptual Framework and Synthesis of Empirical Findings*, porte sur l'application des recherches organisationnelles. Suite à la lecture d'une revue de littérature comportant vingt-sept études empiriques, les auteurs sont arrivés à présenter douze recommandations qui permettront d'utiliser les résultats de recherche dans la pratique. Un cadre conceptuel du processus d'utilisation dans les systèmes est développé et utilisé afin d'intégrer et d'évaluer les résultats des études empiriques. Breyer et Trice (1982) mentionnent qu'il est préférable et plus efficace de conceptualiser l'utilisation des recherches dans la pratique en tant que processus. Tout d'abord, ils expliquent le lien existant entre les quatre éléments du comportement (les connaissances, les sentiments, le choix et l'action), le processus organisationnel et le comportement spécifique impliqué dans l'utilisation du processus dans un système d'utilisateur. Puis, pour l'application du transfert de connaissances, les auteurs mentionnent des recommandations à chacune des étapes de ce processus. Pour l'élément de l'action par exemple, elles se distinguent par l'adoption, l'utilisation et l'institutionnalisation. Afin d'appliquer celles-ci, il y a trois types d'utilisation : instrumentale, conceptuelle et symbolique, selon l'objectif à atteindre. Par la suite, pour faire le lien entre la détection, la recherche et la diffusion, les chercheurs et les gestionnaires doivent

impérativement travailler ensemble. Le choix d'un modèle de transfert de connaissances linéaire, tel que mentionné précédemment, est à proscrire. De plus, les chercheurs et les gestionnaires doivent établir une manière utile de communiquer aux utilisateurs leurs résultats.

C'est par la détermination de la réaction affective, de la réceptivité et de l'engagement des utilisateurs, des raisons de la résistance, et de la différence de culture entre les utilisateurs et les chercheurs, qu'il pourra y avoir promotion d'une application adéquate du transfert de connaissances. Puis, la stratégie de la formulation et du contrôle sert à la sélection, l'évaluation et la rétroaction du processus d'application de transfert de connaissances. Cet article démontre l'implication nécessaire des chercheurs et des gestionnaires dans l'application des résultats de recherche au sein de l'organisation. De plus, diverses actions sont nécessaires à différents niveaux dans l'organisation. Il est primordial que les chercheurs, les gestionnaires et les utilisateurs (des résultats de recherche) travaillent et collaborent ensemble pour développer des recherches permettant l'application des résultats de recherche dans la pratique organisationnelle. En bref, le transfert de connaissances peut s'effectuer plus efficacement à l'aide de ce processus.

#### Stratégies éducatives novatrices

Il existe des stratégies éducatives novatrices pouvant être utilisées afin de faciliter et d'optimiser le transfert de connaissances. Les stratégies éducatives novatrices utilisées par une organisation servent, entre autres, à développer le leadership, les compétences et la mise en pratique des données probantes.

#### *Modèle de Pipe, Cisar, Caruso & Wellik*

Pipe, Cisar, Caruso & Wellik (2008) décrivent des stratégies éducatives novatrices utilisées par une organisation afin de développer le leadership, les compétences et la pratique basée sur des données probantes. Cette méthode est dirigée par la théorie de manière à influencer positivement la culture individuelle de l'infirmière, celle de l'unité et de l'organisation. Pipe et al. (2008) démontrent que, pour obtenir un changement de culture, il faut le soutien de l'organisation. Le changement de culture est difficile à engendrer parce qu'il est critiqué à

différents niveaux, de l'organisation à l'infirmière, en passant par l'unité de travail. Les stratégies de leadership de l'organisation, qui se basent sur les unités et les employés, sont créées afin de maintenir un milieu de transfert de connaissances dans le cadre d'un système de santé aigu et ambulatoire. La pratique basée sur des données probantes a été définie comme un soin, lequel utilise les meilleures données scientifiques disponibles et est modulé selon le jugement clinique, et l'écoute des valeurs du client et de sa famille. La prise de décision de l'organisation, par rapport à l'adoption de cette approche pour la pratique clinique et administrative, engendre des défis fondamentaux à relever. Ceux-ci comprennent la formation de base des infirmières dans les processus de formulation d'une question clinique, la vérification de la possibilité des évidences, la critique et la synthèse des résultats, et les aspects de la traduction des résultats de la pratique et de l'administration. L'organisation doit être partie prenante du processus pour l'intervention de l'étudiante; elle soutient de ce fait le changement à la fois de la culture sur l'unité et de la pratique individuelle de l'infirmière.

L'innovation clinique ou administrative nécessite ainsi l'obtention du succès des stratégies de leadership attirant l'énergie, la créativité et la curiosité des lecteurs. De plus, les infirmières, qui sont dans la pratique clinique et qui effectuent des soins auprès des clients, sont essentielles dans la mobilisation du changement organisationnel culturel de la pratique basée sur des données probantes, et de manière plus optimale, basée sur des preuves reliant celle-ci à de meilleurs résultats pour les clients.

#### *Modèle de Gifford, Davies, Edwards & Graham*

Gifford, Davies, Edwards & Graham (2006) ont dégagé différents modèles dans une organisation qui soutient l'utilisation des lignes directrices. Pour faciliter cette utilisation, le soutien de l'administration envers les infirmières importe grandement. Voici des exemples de soutien que peuvent offrir les gestionnaires : s'intéresser aux préoccupations individuelles, encourager le personnel et créer des opportunités d'apprentissage. En plus du soutien de l'administration et de l'organisation, l'accessibilité et la visibilité d'une personne ressource sont nécessaires. Ainsi, celle-ci devra être désignée dans chaque milieu de travail afin qu'elle puisse recevoir une formation essentielle pour soutenir son équipe. Elle pourrait par le fait même avoir

de l'autorité et un impact positif sur le milieu. De plus, la communication est aussi un élément primordial. Dans le but de créer un milieu positif pour de meilleures pratiques, il faut intégrer les lignes directrices au sein de la philosophie de l'organisation en ayant un modèle de rôle d'engagement pour qu'elles soient finalement acceptées par l'administration. Aujourd'hui, l'utilisation des données probantes est plus souvent mise en pratique pour guider les preneurs de décision dans le milieu de la santé, ce qui devrait augmenter la qualité des soins aux clients et l'amélioration de leur santé. Les lignes directrices des meilleures pratiques cliniques sont un outil de grande qualité permettant de mettre en pratique et de rendre accessible les résultats de recherche. Donc, les éléments du modèle de leadership que les auteurs Gifford et al. ont développé mettent en évidence les déterminants utiles à la mise en pratique continue des lignes directrices basées sur des résultats de recherche. Ces éléments sont à prendre en considération, car leur efficacité a été démontrée auprès des infirmières dans leur pratique.

#### Modèles d'évaluation après le transfert de connaissances

Il existe aussi des modèles servant à évaluer l'utilisation des connaissances et les interventions après le transfert de connaissances tels que celui des auteurs Strauss, Tetroe, Graham, Zwarenstein, Bhattacharyya & Shepperd (2010) ainsi que celui de Dunn (1983). Plusieurs classifications sont employées pour déterminer l'utilisation des connaissances. Strauss et al. (2010) ont décrit l'utilisation des connaissances comme étant soit instrumentale (c'est une application concrète), soit conceptuelle (changement dans la compréhension ou l'attitude), soit persuasive. L'utilisation conceptuelle des connaissances implique des changements par rapport à celles-ci, à la compréhension et aux attitudes. Donc, les résultats de recherche pourraient modifier la mentalité et éclairer des prises de décisions sans en modifier la pratique. Quant à l'utilisation instrumentale de la connaissance, elle est l'application concrète des connaissances ainsi que leur description des changements de comportement lors de la mise en pratique des connaissances. Elle peut être utilisée pour les soins et la prise de décision. La persuasion peut aussi être nommée pour l'utilisation stratégique ou symbolique de la connaissance; elle signifie que la recherche est utilisée comme outil politique ou outil de persuasion. Il existe au moins soixante-cinq outils (outils ou stratégies d'évaluation), mais la plupart ont une validité ou une fiabilité inconnue. En général, ces mesures reposent sur l'autodéclaration et sont soumises à des

biais de rappel. Une évaluation plus valable serait basée sur l'évaluation instrumentale, comme par exemple une personne serait évaluée sur la qualité de ses compétences ou encore le respect des recommandations serait vérifié. Il est nécessaire d'effectuer des évaluations afin de déterminer l'utilisation des connaissances suite à leur transfert, car, s'il est seulement conceptuel, le but ultime ne sera pas atteint, celui-ci étant d'améliorer la qualité des soins aux clients. Si les infirmières modifient seulement leur compréhension et qu'il n'y a pas d'application dans leur pratique, le modèle de transfert de connaissances choisi n'est pas adéquat. Les infirmières doivent utiliser les connaissances instrumentales afin d'améliorer la qualité des soins en modifiant concrètement la pratique clinique.

*Modèle de Strauss, Tetroe, Graham, Zwarenstein, Bhattacharyya & Shepperd*

En plus, il est important de prendre aussi en considération les objectifs de l'utilisation des connaissances puisqu'ils peuvent nécessiter des stratégies pour la surveillance de l'utilisation des connaissances. L'évaluation faite par les décideurs politiques peut exiger des méthodes comme des entretiens et des analyses de documents. Évidemment, l'utilisation des connaissances est importante. Néanmoins, le plus grand intérêt est l'impact de leur utilisation sur les résultats directement liés aux clients, aux administrateurs et à l'organisation. Strauss, Tetroe, Graham, Zwarenstein, Bhattacharyya & Shepperd (2010) ont discuté des méthodes de suivi de l'utilisation des connaissances et ont évalué l'impact à l'aide d'un examen systématique de la littérature. Les stratégies servant à l'évaluation de la mise en œuvre des connaissances doivent utiliser des méthodes explicites et rigoureuses ainsi que des méthodes qualitatives et quantitatives. Cette étape est essentielle afin de déterminer comment et dans quelle mesure la connaissance est utilisée par les preneurs de décision. La manière de mesurer l'utilisation des connaissances dépend de sa définition, de son utilisation et de la perspective de l'utilisateur. Donc, avant de débiter le processus de transfert de connaissances, une étape de préparation et de définition doit être effectuée afin de mieux cibler et gérer l'intervention qui pourra être modifiée avec les évaluations et les résultats en lien avec les objectifs de départ.

*Modèle d'Oxman, Thomson, Davis & Haynes*

Oxman, Thomson, Davis & Haynes (1995) ont déterminé, parmi 102 études, l'efficacité de plusieurs modèles d'intervention ayant pour but l'amélioration du rendement des professionnels de la santé et l'augmentation des effets sur la santé. Ceux qui ont obtenu des changements de comportement sont les interventions plus complexes comme les visites de liaison ou le recours à une personne locale, alors que des stratégies centrées sur la diffusion comme des conférences ou l'envoi de documents par la poste apportent très peu de changements de comportement. Il existe plusieurs autres stratégies : le matériel éducatif, les conférences, les visites de sensibilisation, l'utilisation de l'opinion des leaders locaux, l'audit et la rétroaction, le système de rappel, l'intervention à plusieurs facettes. Elles devraient, quant à elles, avoir un effet sur le problème à l'étude. En fait, il n'existe pas de recette magique. Il faut plutôt déterminer les interventions disponibles, adéquates, et bien les mettre en pratique, afin d'améliorer la pratique des professionnels et d'obtenir des résultats auprès des clients.

*Dunn*

Dunn (1983) expose la manière de mesurer l'utilisation des connaissances. Suite à sa recherche, il obtient des dimensions fondamentales qui sous-tendent la conception de l'utilisation des connaissances. Elles se divisent en la conceptualisation, la méthode de procédure, la mesure, ainsi que la fiabilité et la validité des concepts utilisés durant le processus. Tout d'abord, pour la conceptualisation, on doit déterminer selon quelles dimensions d'utilisation les connaissances d'un individu sont définies et classées. Puis, pour les méthodes de procédure, on doit vérifier quelles méthodes sont disponibles pour étudier les processus de la connaissance utilisée. Ensuite, pour la mesure, en tenant compte notamment d'une conceptualisation et d'une méthode d'observation, il faut déterminer les échelles et les indices disponibles pour mesurer l'utilisation des connaissances et y procéder. De plus, pour la dernière dimension, il est nécessaire de déterminer la validité des concepts qui sont utilisés pour décrire, expliquer ou prédire l'utilisation des connaissances. Par la suite, il faut vérifier la fiabilité des méthodes de procédure et les mesures utilisées. Ces éléments sont primordiaux pour optimiser le transfert de connaissances dans la pratique tant au niveau organisationnel que politique. Ainsi,

lorsqu'on désire changer la pratique ou simplement transmettre des connaissances, il faut s'assurer, en tout premier lieu, que l'on réponde à ces éléments de mesure afin de vérifier le transfert de connaissances. Suite à cette évaluation, on peut ajuster notre manière de fonctionner dans le but de maximiser les interventions. De plus, Dunn démontre que le transfert de connaissances est un processus complexe qui se prépare et qui s'ajuste à chaque situation, voire à chaque individu.

### Différence entre la théorie et la pratique

Les prochains auteurs ont expliqué la différence entre la théorie et la pratique. Cette nuance est à prendre en considération par l'étudiante lors de ses choix pour sa proposition. De plus, les décisions cliniques doivent être prises selon des lignes directrices, et le jugement critique de l'étudiante et des infirmières. Le jugement clinique est un élément crucial pour la pratique professionnelle basée sur des données probantes (DiCenso, Cullum & Ciliska, 2008). DiCenso et al. (2004) mentionnent qu'il y a des malentendus à propos des données probantes, notamment celui de croire que c'est nouveau (or, nous le faisons depuis des années), celui de croire que les données probantes pour la pratique infirmière sont des lignes directrices à suivre comme dans un livre de recettes et qu'elles nuisent à l'individualisation du client, ou encore de penser qu'il y a focalisation sur les essais contrôlés aléatoires et les revues systématiques comme preuve des soins de santé alors qu'ils ne sont pas pertinents. Beaucoup trop de tâches effectuées par les infirmières sont traditionnelles et non vérifiées dans un cadre scientifique. Les infirmières reconnaissent leurs besoins d'informations pour guider la pratique effective, mais n'ont pas reçu de formation pour la pratique basée sur des données probantes. Par contre, le nouveau programme de baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Montréal permet de développer cette compétence, ce qui favorise le transfert de connaissances.

De plus, pour faciliter l'intégration des données probantes dans la pratique infirmière, il est nécessaire d'obtenir un soutien organisationnel, de l'intérêt, de la motivation et du leadership. Le transfert de connaissances est favorisé par la présence d'un comité d'infirmières en recherche et par un accès à une infirmière ayant une expertise dans la recherche en soins infirmiers. Il est aussi essentiel de créer un environnement servant à faciliter l'organisation d'une pratique basée

sur des données probantes comme libérer du temps aux infirmières pour des activités favorisant cette pratique pour qu'elles puissent aller à la bibliothèque, apprendre à effectuer des recherches électroniques ainsi qu'aller à des rencontres de journal club. De plus, il est nécessaire d'établir le rôle d'une infirmière chercheuse et d'un comité de recherche formel. D'autres stratégies peuvent être développées : établir des liens entre les employés et les infirmières de la pratique avancée, établir des liens entre les infirmières de la pratique avancée et une faculté d'infirmières chercheuses, et s'assurer que les bibliothèques des établissements de santé sont abonnées à des journaux sur la recherche en soins infirmiers. Les lignes directrices sont des outils de transfert de connaissances. Finalement, les auteurs mentionnent que l'expertise clinique, incluant les préférences du client, les ressources, les données probantes, l'état clinique et les circonstances, est nécessaire à la prise de décision.

O'Brien (2008) soutient qu'il existe un écart entre les connaissances et la pratique. La formation professionnelle continue semble une voie prometteuse afin de diminuer celui-ci. Il est important que les barrières, telles que le manque de soutien, le manque de temps et l'absence de responsabilité individuelle, qui empêchent l'implantation de la pratique basée sur des données probantes dans une organisation, s'effacent. Par exemple, le manque de compréhension d'une publication de recherche représente une barrière individuelle. Il est possible d'améliorer la pratique professionnelle, mais en général l'effet est modeste. Il y aura plus d'effets positifs si la conformité de la pratique souhaitée est faible, et que l'intensité de l'évaluation et de la rétroaction est élevée. Plusieurs interventions peuvent promouvoir les changements de comportement des professionnels de la santé afin d'appliquer la recherche dans la pratique: l'évaluation et la rétroaction, les visites de sensibilisation éducatives, le matériel éducatif, les séances d'enseignement interactif, le processus consensuel, le leader d'opinion, les interventions à plusieurs facettes, les rappels et le changement personnalisé selon les barrières identifiées.

Ainsi, certaines stratégies peuvent être utilisées pour améliorer la pratique, dont la collaboration entre différents groupes, comme les technologies de l'information et la participation active de l'administration en soins infirmiers. En tant que professionnelles, nous devons développer des moyens, tels que l'autoréflexion, la lecture et des discussions avec les collègues, de manière à scruter notre pratique en vue de l'améliorer par nous-mêmes. Pour la



planification de l'amélioration de la pratique individuelle de l'infirmière, il faut en premier lieu se questionner sur ses connaissances et ses compétences à améliorer. Ensuite, il faut déterminer l'activité nécessaire à l'apprentissage comme utiliser les données probantes dans la pratique infirmière, participer à un club de lecture ou assister à un atelier interactif. Certaines infirmières peuvent préférer apprendre par interaction sociale avec un mentor, un modèle ou une infirmière clinicienne spécialisée, ou lire des articles ayant des données probantes. Ainsi, chaque infirmière doit identifier ses propres barrières aux changements tout en ayant un soutien administratif et organisationnel. L'intégration de la recherche dans la pratique doit se faire à tous les niveaux de l'organisation afin de faciliter le transfert de connaissances.

### Échanges entre chercheurs et décideurs

À cet effet, le document de référence *Issues in Linkage and Exchange Between Researchers and Decision Makers*, développé par la *Canadian Health Services Research Foundation* (CHSRF, 1999), porte sur le lien et les échanges entre les chercheurs et les décideurs ainsi que sur l'importance de renforcer ces liens comme valeur dans l'organisation. Pour le transfert de connaissances, ce document contient des recommandations concernant tant le niveau organisationnel que politique. Tout d'abord, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (CRSS) doit évaluer et examiner la structure d'incitation mise en place dans les universités et les organismes de recherche au Canada pour déterminer les meilleures pratiques, afin de les communiquer, ultérieurement, aux universitaires et aux chercheurs des collectivités. De plus, elle doit établir des liens entre chacun des établissements. Il faut promouvoir une plus grande interaction entre les chercheurs et les décideurs au moyen d'activités de courtage ciblées par les organismes subventionnaires. Elle doit aussi établir des mécanismes qui favoriseront la formation des étudiants dans le domaine de la liaison et des échanges. Le document suggère des présentations au Conseil du Trésor et des propositions visant à soutenir les recherches et à promouvoir le développement d'une culture scientifique entre les ministères de la santé et la politique d'autres organismes de décision. Les organismes décisionnels doivent s'ancrer dans leur rôle de gestion de mandat de façon à agir comme récepteur des organismes de recherche. Le but est alors d'identifier et de hiérarchiser les besoins, de synthétiser et de communiquer les résultats de la recherche ainsi que de gérer les relations

avec les autres parties prenantes telles que les chercheurs, les politiciens et les autres provinces. Les ministères et les organismes décisionnels doivent identifier les problèmes présents et les communications des priorités pour les chercheurs. De plus, il serait bénéfique de tenir un atelier similaire à celui-ci avec les autorités régionales de la santé et les cadres supérieurs des hôpitaux. Les organismes de financement doivent contribuer au renforcement des liens et de la capacité d'échange en examinant et en changeant leur processus, les attentes et la récompense. Les organismes subventionnaires devraient soutenir les projets d'échange entre les chercheurs et les décideurs. Ils doivent aussi tirer parti de leurs capacités et de leur crédibilité auprès de chercheurs et de décideurs afin de convoquer et de tenir des forums politiques sur la question spécifique. Toutes ces recommandations sont nécessaires à la réussite du transfert de connaissances.

## PROPOSITION

Suite à son analyse critique des écrits théoriques et empiriques des différents modèles de transfert de connaissances, et à son expertise clinique, l'étudiante propose comme intervention clinique une stratégie éducative et organisationnelle, aussi nommée intervention clinique. Les modèles de transfert de connaissances consultés sont de types individuels, organisationnels, politiques et autres. Puisque le changement dans la pratique clinique est un processus complexe et difficile à mettre en place, l'étudiante a décidé de combiner plusieurs modèles afin de proposer une intervention clinique. De plus, l'étudiante a pris connaissance des imprévus que comporte le transfert de connaissances de la recherche à la pratique. Ainsi, il est possible que les délais planifiés ne soient pas respectés, ce qui doit être considéré lors de la planification et de l'évaluation de l'intervention clinique. Enfin, il est important de signaler que le transfert de connaissances n'est pas un processus linéaire. L'étudiante propose donc une stratégie éducative et organisationnelle pour le transfert de connaissances des interventions infirmières dans le but de prévenir le suicide auprès des clients vivant avec un trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie sur l'Unité de Psychiatrie des toxicomanies (UPT) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Un tableau est disponible en appendice, représentant la stratégie éducative et organisationnelle.

### Principaux modèles utilisés

Tout d'abord, l'utilisation des modèles théoriques RNAO (2002) et NICE (2007) vont aider à mettre en œuvre l'intervention. Les stratégies d'Oxman, Thomson, Davis & Haynes (1995) permettront l'application du transfert de connaissances dans les interventions infirmières axées sur la prévention du suicide auprès des gens vivant avec un trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie. Le modèle principal utilisé est RNAO (2009, 2005, 2002) pour l'intervention clinique. Les autres modèles choisis y seront intégrés afin d'optimiser la stratégie éducative et organisationnelle durant le transfert de connaissances lors de l'intervention clinique. La fiabilité

ainsi que la validité des lignes directrices développées par le RNAO ont été démontrées par les auteurs Gifford, Davies, Edwards & Graham (2006).

Ensuite, les personnes ayant la responsabilité de mettre en place les lignes directrices sur l'Unité de Psychiatrie des toxicomanies (UPT) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) seront soutenues par un outil nommé *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique* développé par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO, 2002). Cet outil de référence simple facilitera le processus de planification, la mise en place de l'intervention clinique ainsi que son évaluation. De plus, il concorde avec la réalité et la nomenclature des infirmières de l'UPT et des gens impliqués dans la mise en place de l'intervention clinique, car il a été élaboré par des infirmières afin qu'elles puissent l'appliquer dans leur métier. Ce document, permettra à l'infirmière d'être mieux soutenue et guidée lors de l'intervention. Puisque la réduction de l'écart entre la recherche, la pratique clinique et la mise à jour des connaissances sont les objectifs visés par RNAO, le soutien à l'infirmière est d'autant plus pertinent pour l'intervention. Ainsi, les outils et les documents développés par RNAO sont utiles parce qu'ils sont directement liés à la réalité du milieu clinique de la pratique des infirmières de l'UPT. Ils assurent aussi la qualité des soins basée sur les meilleures connaissances disponibles à ce jour.

### Lignes directrices pour la pratique clinique

La première étape du modèle RNAO est l'identification des lignes directrices dans la pratique clinique. Il est indispensable d'utiliser un processus méthodique pour identifier les lignes directrices de la pratique clinique, celle-ci développée et conçue à partir des données probantes. Suite à ses recherches, l'étudiante a décidé d'utiliser les lignes directrices développées par RNAO (2009) intitulées : *Évaluation et soins des adultes à risque d'idées ou de comportements suicidaires*. Évidemment, il en existe d'autres, l'étudiante les a retenues parce que RNAO développe les lignes directrices des meilleures pratiques cliniques en soins infirmiers afin d'améliorer la qualité des soins aux clients. De plus, leur groupe de travail est composé d'infirmières et de personnel de recherche. RNAO respecte des normes méthodologiques rigoureuses dans toutes les étapes de l'élaboration des lignes directrices, surtout durant

l'identification, l'évaluation et la synthèse de la preuve scientifique (RNAO, 2002). La rigueur scientifique y est indispensable et caractéristique. L'étudiante se servira aussi de l'outil d'évaluation des lignes directrices pour la recherche et l'évaluation AGREE II (Brouwers et al. 2010) afin d'authentifier son choix. AGREE II est le plus récent et rigoureux outil qui permet l'évaluation de six dimensions importantes : l'intention et le champ d'activité, l'implication des parties prenantes, la rigueur de la mise en place, la clarté et la présentation, l'applicabilité ainsi que l'indépendance rédactionnelle. En bref, les lignes directrices pour l'intervention de l'étudiante proviendront directement de *l'Évaluation et soins des adultes à risque d'idées ou de comportements suicidaires* (RNAO, 2009).

### Identification des parties prenantes

La deuxième étape du modèle RNAO (2002) est l'identification des parties prenantes appropriées pour la mise en place de l'intervention clinique ainsi que sa réalisation. L'étudiante et les personnes impliquées dans la mise en place de l'intervention clinique devront identifier les parties prenantes, analyser leurs intérêts, évaluer le niveau d'appui et d'influence de chacun par rapport à l'intervention d'apprentissage. Par la suite, il faudra développer des stratégies pour encourager et amener les parties prenantes les plus importantes à participer tout au long du processus d'intervention clinique. En premier lieu, l'étudiante a identifié comme parties prenantes l'administration, le gestionnaire, les chargés du projet, l'infirmier-chef et le chef de l'Unité de Psychiatrie des toxicomanies (UPT), l'infirmière experte-conseil en santé mentale ainsi que la directrice des soins infirmiers (DSI). Le soutien de l'organisation et de l'administration facilite le transfert de connaissances (Gifford, Davies, Edwards & Graham, 2006; DiCenso, Cullum et Ciliska, 2004). Évidemment, si, durant le processus d'intervention, l'étudiante s'aperçoit qu'il y a omission de parties prenantes, les absents seront ajoutés au processus. Elles doivent toutes être informées et impliquées dans la procédure de planification parce que le soutien des hauts placés et ses hautes influences permettent d'augmenter l'effet positif de l'intervention (RNAO, 2002).

Ensuite, une rencontre individuelle sera planifiée afin d'évaluer la situation de chacun afin de mieux adapter les stratégies de transfert de connaissances. Lors des rencontres avec les parties prenantes et les infirmières de l'UPT, les attitudes, positives ou négatives, des personnes

impliquées dans l'intervention du transfert de connaissances seront considérées pour s'assurer ainsi de la participation active de celles qui seront réticentes, dans le but de diminuer leurs résistances aux changements. De plus, le niveau d'appui et d'influence de chacun sera déterminé afin d'ajuster les interventions et de mieux répondre aux besoins individuels. Puisqu'ils peuvent avoir un impact négatif sur la diffusion et l'adoption de l'intervention clinique, les personnes ayant une attitude négative seront particulièrement encouragées à intégrer l'intervention, de façon à diminuer leurs résistances aux changements et leur influence négative. Il faut aussi insister sur la pratique basée sur des données probantes afin d'améliorer la qualité des soins aux clients.

De plus, l'étudiante tentera d'impliquer les personnes ayant une attitude négative dès la préparation de l'intervention. Évidemment, elle respectera aussi leur choix si elles décident de ne pas s'impliquer. L'objectif premier est qu'elles n'influencent pas négativement les gens investis dans la mise en place de l'intervention. Elles seront impliquées, selon leur volonté, durant tout le processus de l'intervention dans le but de diminuer leurs résistances aux changements et de favoriser, de ce fait, le transfert de connaissances lors de l'intervention. L'objectif commun est avant tout que les parties prenantes aient à cœur les intérêts et les objectifs de l'intervention. En fait, il est essentiel que les parties prenantes, tout comme les infirmières de l'UPT, aient pour objectif d'améliorer la qualité des soins aux clients de l'UPT puisque c'est le but même d'une intervention avec des changements dans la pratique clinique.

### Évaluation de l'intervention Stratégie éducative et organisationnelle

Les étapes qui suivent, soit la pré-évaluation, l'évaluation continue et la post-évaluation de l'intervention, seront effectuées telles que décrites par le modèle RNAO. Par exemple, la troisième étape de l'intervention est l'évaluation du niveau de préparation de l'environnement de travail pour la mise en place de l'intervention. Cette évaluation comprend huit éléments : la structure (1), la culture du lieu de travail (2), la communication (3), le leadership (4), les connaissances (5), les compétences, les attitudes des groupes cibles et l'engagement d'une gestion de la qualité (6), la disponibilité des ressources (7), les rapports entre les disciplines (8). À cette étape, plusieurs éléments variés sont à surveiller. En ce qui concerne la structure de l'organisation, il faut explorer le processus d'intervention lors d'une prise de décision et la charge de travail de chaque

professionnel (infirmière, gestionnaire, administrateur, etc.). Par rapport à la culture du milieu de travail, il est nécessaire de connaître les valeurs, la philosophie et la mission de l'UPT. Il faut aussi vérifier s'il y a possibilité d'ouverture pour une pratique basée sur des données probantes dans le milieu de l'UPT ainsi qu'au sein de l'organisation, soit de la part de la direction, du gestionnaire, des chargés du projet, de l'infirmier-chef et du chef de l'Unité de Psychiatrie des toxicomanies (UPT), de l'infirmière experte-conseil en santé mentale et de la directrice des soins infirmiers (DSI).

De plus, des copies du guide clinique d'IOWA (Titler, 2002) seront remises aux dirigeants. Ce document a été élaboré pour eux afin de faciliter l'implantation des données probantes dans la pratique dans une perspective permettant la collaboration entre cliniciens et organisation. Par contre, il faut souligner que, parmi les infirmières de l'UPT, certaines ne sont pas à l'aise avec ce genre de pratique. Elles sont même résistantes aux changements. Parallèlement, il faudra aussi déterminer le système de communication habituelle, formelle et informelle, qui est en place pour favoriser les échanges d'informations. Le système de communication au CHUM semble adéquat pour soutenir les échanges d'informations durant le processus de mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique durant l'intervention. De plus, le soutien des leaders de l'organisation est essentiel.

D'ailleurs, l'identification d'une infirmière de l'UPT comme leader positif favorisera le changement. L'implication des gestionnaires de tous les paliers organisationnels, ayant un pouvoir d'influence et favorisant le changement dans la pratique clinique, est une priorité. Puisqu'ils ont un pouvoir d'influence, les gestionnaires peuvent augmenter l'effet positif de l'intervention. De plus, il est nécessaire d'identifier les connaissances des infirmières, leurs habiletés, leurs compétences ainsi que leur attitude face aux changements. Ces éléments seront catégorisés soit comme facilitant la démarche de l'intervention, soit comme barrière aux changements, selon la situation. Évidemment, les infirmières résistantes aux changements peuvent représenter un obstacle. Par contre, le nouveau programme de baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Montréal encourage fortement les étudiantes à avoir une pratique basée sur des données probantes.



Ensuite, l'étudiante vérifiera s'il existe des processus ou des systèmes d'amélioration de la qualité des soins afin de mesurer les résultats de la mise en place des lignes directrices. Toutes les ressources doivent être identifiées afin de combler les besoins. Elles proviennent notamment des ressources financières et humaines ainsi que toutes celles nécessaires à l'atteinte de l'objectif de l'intervention du transfert de connaissances. Il faut considérer, entre autres, le budget pouvant être alloué, le temps disponible à la formation des infirmières et la disponibilité de l'infirmière experte-conseil. Il est important de savoir si les infirmières seront payées durant leur formation. Dans une perspective d'amélioration des relations interdisciplinaires durant l'intervention, tous les professionnels touchés par le changement des lignes directrices de la pratique clinique doivent être mis à contribution. Par exemple : les médecins, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les nutritionnistes.

#### Identification des barrières

À l'aide du modèle de l'Institut national pour la santé et l'excellence clinique (NICE, 2007), l'étudiante identifiera les barrières à la mise en œuvre de l'intervention et les agents qui facilitent celle-ci. De plus, ce modèle suggère des pistes afin de contrer les barrières identifiées. Selon NICE (2007), pour développer des stratégies efficaces face aux changements, il faut comprendre les types de barrières dans le système de santé. Ensuite, grâce à leurs connaissances, l'étudiante et les personnes concernées pourront mieux identifier les barrières dans le milieu de l'UPT dans le but de les lever. Ces barrières sont la conscience et les connaissances de chaque intervenant, leur motivation, leur acceptation et leurs convictions, leurs compétences, leur pratique ainsi que les barrières hors de contrôle (l'environnement externe).

En premier lieu, pour identifier les barrières, il faut observer la pratique clinique des infirmières en action. Cela permet d'évaluer le comportement des infirmières dans leur environnement de travail. Donc, l'étudiante demandera l'aide et le soutien de l'infirmière experte-conseil pour observer la pratique clinique de chaque infirmière durant leur quart de travail. L'UPT est une clinique externe ouverte seulement durant la journée, du lundi au vendredi. Il est donc réaliste qu'une personne puisse s'occuper d'observer toutes les infirmières. L'utilisation d'un questionnaire auprès des différents intervenants, mettant en lumière la pratique courante, et la

discussion avec eux aideront à l'élaboration d'une liste de barrières potentielles. De plus, l'organisation d'un groupe de discussion et d'un remue-méninge afin d'identifier les différentes barrières sera nécessaire. La structure de l'organisation, la culture du milieu, la communication entre les professionnels de la santé, les ressources disponibles sont des éléments à analyser. Les barrières déjà identifiées dans la réalité de la pratique des infirmières sont, entre autres, la charge de travail et le manque de temps. Il ne faut pas non plus oublier que certaines infirmières sont réticentes aux changements. À l'inverse, les agents facilitant l'implantation de changements sont l'augmentation de la qualité du travail, l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux clients, la diminution du temps de travail et la diminution des coûts. L'infirmière se sentira donc plus satisfaite de son travail en améliorant la qualité des soins aux clients.

Par la suite, selon le modèle NICE (2007), il faudra trouver des solutions pour surmonter ces barrières. NICE (2007) suggère d'utiliser du matériel éducatif, d'obtenir l'opinion des leaders, d'effectuer une vérification clinique ainsi qu'une rétroaction, d'utiliser des stratégies de médiation, d'organiser des rencontres éducatives et d'élaborer un système de rappel. Afin de surmonter les barrières qui seront identifiées, l'étudiante se servira de l'opinion des leaders, d'une vérification clinique ainsi que d'une rétroaction, de rencontres éducatives, et d'un système de rappel. De plus, la médiation des clients, passant par la transmission directe de l'information, est un agent facilitant qui sera utilisé. Le changement de comportement individuel s'accomplit difficilement, surtout dans les soins de santé, en raison de la complexité des relations entre l'organisation, les infirmières et les clients de l'UPT.

### Évaluation de l'organisation

L'évaluation de l'organisation s'effectuera à l'aide de la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique* (RNAO, 2002). Lors de cette évaluation, l'éducateur, le milieu, l'UPT, le personnel en apprentissage et les besoins reliés à ce dernier seront pris en considération. L'infirmière experte-conseil en santé mentale sera l'éducatrice; son expérience et son savoir permettront ainsi l'optimisation du transfert de connaissances. L'infirmière experte-conseil devra, en tant qu'éducatrice, déterminer sa philosophie, son style d'enseignement ainsi que son degré d'enseignement variant de novice à

expert. Pour chacune des infirmières en apprentissage, il faudra vérifier à quelle étape du développement, de novice à expert (Benner, 2001), elles se situent, ainsi que connaître leur méthode d'apprentissage, visuelle, auditive ou kinesthésique, afin d'optimiser le transfert de connaissances.

De plus, l'intervention du transfert de connaissances se fera de façon individuelle puisque cela augmente la rétention de l'information. Avant de commencer le transfert de connaissances, une discussion de groupe ainsi qu'une évaluation de groupe sont prévues afin de bien cibler les besoins des infirmières et d'adapter les stratégies d'apprentissage pour maximiser le transfert de connaissances. Des documents à lire seront remis à la fin de la discussion de groupe pour préparer les infirmières au transfert de connaissances. Lors de l'intervention du transfert de connaissances, l'infirmière experte-conseil permettra à l'infirmière de mettre pratique ses nouveaux savoirs par le biais d'une démonstration.

#### Intégration du contenu du transfert de connaissances

Pour continuer la planification de l'événement d'apprentissage dans un cadre de pratique, l'intégration du contenu du transfert de connaissances doit se dérouler à l'intérieur d'activités d'apprentissage. Ainsi, les lignes directrices de RNAO (2009) sur *l'Évaluation et soins des adultes à risque d'idées ou de comportements suicidaires* sont le contenu d'apprentissage pour l'intervention du transfert de connaissances. De plus, tel que suggéré par Oxman et al. (1995), différentes stratégies d'apprentissages seront utilisées auprès des infirmières. Ces auteurs démontrent notamment l'efficacité d'employer des stratégies, telles que du matériel éducatif, des conférences, des visites de sensibilisation, l'utilisation de l'opinion des leaders locaux, l'audit et la rétroaction, un système de rappel, et une intervention à plusieurs facettes, pour obtenir un effet positif sur le problème à l'étude. L'étudiante ainsi que les parties prenantes, comprenant l'administration, le gestionnaire, les chargés du projet, l'infirmier-chef et le chef de l'Unité de Psychiatrie des toxicomanies (UPT), l'infirmière experte-conseil en santé mentale et la directrice des soins infirmiers (DSI), devront se réunir afin de déterminer les stratégies d'apprentissage qui pourront être mises en place selon plusieurs critères, comme la disponibilité des ressources ainsi que le budget. Ainsi, l'identification et l'attribution des ressources nécessaires pour la réussite de

l'événement d'apprentissage et la planification du contenu seront gérées par les parties prenantes concernées afin d'optimiser la réussite de l'intervention. Parallèlement, les messages qui seront transmis au personnel infirmier devront être ciblés et personnalisés au lieu de simplement constituer un accès public sans suivi (Dobbins, Hanna, Ciliska, Manske, Cameron, Mercer, O'Mara, Corby & Robeson, 2009).

### Conception infirmière

L'étudiante infirmière clinicienne candidate à la maîtrise va guider les interventions de transfert de connaissances à l'aide de la conception infirmière de Rogers (1970) afin de s'assurer que le client soit le centre de préoccupation dans les soins, en interaction constante avec son environnement. La conception infirmière de Martha E. Rogers (1970) va aider à développer une intervention du transfert de connaissances auprès des infirmières de l'UPT ayant pour clientèle des gens souffrant de troubles concomitants. Selon cette conception, la personne est un champ d'énergie et l'environnement est aussi un champ d'énergie qui sont continuellement en interaction. La santé est la valeur de la personne, dans un processus continu d'échange énergétique. C'est la manière dont la personne se voit selon ses valeurs développées, par exemple certaines infirmières désirent améliorer leur pratique afin de prodiguer des soins de qualité aux clients. Le soin devient la promotion de la santé qui favorise une interaction entre l'humain et l'environnement, ce que Pipe et al. (2008) ont démontré comme l'importance d'harmoniser les données probantes avec le cadre conceptuel en soins infirmiers. Selon cette conception, l'environnement est un système ouvert ainsi qu'un champ d'énergie en perpétuel changement. De plus, les trois principes de l'homéodynamie de Rogers permettent de favoriser des changements dans l'environnement et dans les comportements des gens. Ces trois principes sont la résonance, l'hélice et l'intégralité. Selon Rogers, le principe de la résonance correspond au changement continu vers de plus haute fréquences, l'étudiante reconnaît les caractéristiques des champs d'énergie représentant le bien-être faisant référence à la réalisation de soi, à l'optimisation des potentiels et au développement humain. Puis, l'hélice correspond à la diversité grandissante perpétuelle des champs d'énergie de la personne et l'environnement, se manifestant par de nouvelles caractéristiques novatrices. Le principe de l'intégralité est l'interaction constante entre les champs d'énergie de la personne et

l'environnement. La conception de Rogers implique le fait d'avoir des échanges entre les infirmières et l'organisation.

### Mise en place de l'intervention

L'étape suivante consiste à développer les stratégies pour mettre en place l'intervention clinique. Il en existe plusieurs, mais elles n'ont pas toutes le même effet; certaines sont plus efficaces que d'autres. En premier lieu, l'observation et l'évaluation de la pratique clinique de chaque infirmière doivent être réalisées. Par la suite, cette intervention servira à obtenir une rétroaction de la pratique clinique. Puis, les connaissances des infirmières seront vérifiées avant d'effectuer le transfert de connaissances concernant la prévention du suicide auprès de la clientèle cible. De plus, durant l'enseignement, il sera mentionné que le jugement clinique est essentiel pour l'utilisation à bon escient des lignes directrices (DiCenso, Cullum & Ciliska, 2008). Suite à l'enseignement donné, un document sera remis à chaque infirmière. Un système de rappel sera alors mis en place afin de promouvoir le contenu du transfert de connaissances. Ce système comprend des affiches ainsi que la disponibilité de l'infirmière experte-conseil sur le département. Cette dernière permettra de répondre aux questions des infirmières, de les soutenir et de les encourager dans l'application des nouvelles connaissances. Tel que le suggère Gifford, Davies, Edwards & Graham (2006), l'infirmière experte-conseil, comme personne-ressource, suivra une formation essentielle afin d'être réceptive aux préoccupations des infirmières pour les soutenir et les encourager, favorisant ainsi l'optimisation des opportunités d'apprentissage.

De plus, les affiches comprenant les éléments importants des interventions seront apposées aux différents endroits stratégiques de chaque étage. Les auteurs Oxman, Thomson, Davis & Haynes (1995) ont publié une revue systématique qui permet de déterminer l'efficacité des différentes interventions, qui sert à améliorer le rendement des professionnels de la santé et qui engendre une hausse des résultats positifs en santé. Par le biais de cette revue systématique, ils ont conclu qu'il n'existait pas de formule magique, mais que plusieurs interventions pourraient servir à améliorer la pratique des professionnels ainsi qu'à obtenir des résultats positifs pour les clients. Parmi ces interventions, le matériel éducatif, les conférences, les visites de sensibilisation, l'utilisation de l'opinion des leaders locaux, l'intervention de médiation passant par le patient, l'audit et la

rétroaction, le système de rappel, la commercialisation, l'intervention à plusieurs facettes et le processus de consensus local sont nommés.

Après un certain temps, une évaluation de la pratique, une rétroaction ainsi qu'un rappel seront réalisés afin de vérifier l'acquisition des connaissances. Évidemment, durant l'implantation de l'intervention, le soutien de l'organisation est indispensable au bon fonctionnement. De plus, les messages envoyés doivent être ciblés et spécifiques pour en améliorer la transmission (Dobbins et al., 2009).

### Évaluation après l'intervention

La prochaine étape consiste à faire l'évaluation de l'intervention six mois environ après la fin de l'enseignement. Il faut laisser un certain temps entre l'enseignement et la mise en pratique afin d'avoir des résultats significatifs. L'évaluation est indispensable à la constatation de l'échec ou de la réussite de l'intervention du transfert de connaissances. De plus, elle permet l'ajustement ou l'amélioration de celle-ci (RNAO, 2002; Dunn, 1983). Lors de cette évaluation, il est indispensable de prendre en considération tout changement, aussi petit soit-il, puisqu'il peut avoir un impact positif sur la qualité des soins aux clients. Ceci sera noté lors de l'évaluation de l'impact de l'intervention du transfert de connaissances parce que les résultats ne seront pas nécessairement mesurables tout de suite après le transfert de connaissances. Donc, une durée d'application de trois ans est concevable pour obtenir un changement significatif (NICE, 2007). L'infirmière experte-conseil ainsi que le chef de l'unité, soutenus par la direction des soins infirmiers, vont effectuer l'évaluation de l'intervention six mois après que toutes les infirmières de l'UPT aient participé à la rencontre individuelle pour l'intervention du transfert de connaissances sur *l'Évaluation et soins des adultes à risque d'idées ou de comportements suicidaires*.

### Ressources nécessaires

Enfin, la dernière étape regroupe les ressources nécessaires et disponibles à la réalisation de l'intervention pour l'étudiante. Les premières personnes à rencontrer sont les chargés de l'intervention et l'infirmière experte-conseil qui ont des ressources à leurs dispositions. Suite à leur

rencontre, l'étudiante pourra vérifier les ressources manquantes afin de combler les besoins. En plus du soutien de ces deux personnes, la direction des soins infirmiers offre d'investir un petit budget pour l'intervention de l'étudiante à des fins d'achat de matériel essentiel. Les coûts de matériel proviennent de l'achat des affiches, des documents et des questionnaires. Ainsi, la vérification des ressources disponibles doit être effectuée pour l'accomplissement complet de l'intervention de l'étudiante.

Le temps mis à la disposition de l'étudiante pour former les infirmières sera décidé en collaboration avec l'administration et l'infirmière-chef de l'unité. Le temps accordé pour l'enseignement devrait être d'environ deux heures. La formation se fera durant le quart de travail de chaque infirmière. Ainsi, les infirmières pourront avoir la formation durant leur quart de travail et n'auront pas à se déplacer seulement pour y assister. De plus, le temps de travail des infirmières sera payé durant leur formation. Le restant des coûts sera comblé par un budget réservé à l'amélioration de la qualité des soins du CHUM. Bref, une infirmière experte-conseil est disponible pour s'impliquer dans l'intervention.

#### Évaluation de l'intervention du transfert de connaissances

Finalement, l'évaluation du succès ou de l'échec de l'intervention du transfert de connaissances s'effectuera environ trois ans après l'enseignement offert à chacune des infirmières. Dès le début de la mise sur pied du programme, il y aura identification d'un expert-ressource pour procéder à l'évaluation. Le programme d'évaluation comprend la collecte systématique des données ainsi que l'analyse de celles-ci. L'évaluation consistera à comparer le nombre d'évaluations des idées suicidaires et les interventions spécifiques à la prévention du suicide sur l'Unité de Psychiatrie des toxicomanies (UPT), nombre mesuré avant l'intervention ainsi que six mois après l'enseignement complété.

Par la suite, une vérification sera réalisée afin de déterminer si l'intervention a eu un impact positif, et si l'objectif a été atteint. Selon les résultats, des modifications ou des améliorations à l'intervention pourront être apportées afin d'optimiser le transfert de connaissances (RNAO, 2002; Dunn, 1983). Si le nombre d'évaluations des idées suicidaires et des interventions spécifiques à la

prévention du suicide augmentent de manière significative, cela signifiera qu'il y aura mise en pratique des connaissances acquises de la part des infirmières. Lorsqu'on est à l'étape de l'utilisation, cela implique, selon le processus de Knott & Wildavsky (1980), qu'il y a eu un transfert de connaissances. Le processus des auteurs Knott & Wildavsky (1980) se définit par la diffusion et la dissémination, la réception, l'adoption et la décision, l'utilisation et la mise en œuvre ainsi que l'institutionnalisation. Ainsi, si l'intervention a fonctionné, il ne restera qu'à suivre les démarches d'institutionnalisation. De plus, il faut être réaliste en faisant l'évaluation. Selon NICE (2007), les changements s'étalent sur un certain temps, pouvant aller jusqu'à trois ans, pour qu'il y ait implantation complète des lignes directrices.

### Conditions favorables

Les conditions favorables et essentielles à prévoir comprennent, entre autres, le soutien de l'organisation et de plusieurs leaders positifs parmi les infirmières du milieu de travail de l'UPT, le peu de résistance aux changements de la part des parties prenantes et du personnel infirmier de l'UPT, un budget permettant l'acquisition du matériel nécessaire, et la possibilité de payer les infirmières pour une formation individuelle. De plus, la disponibilité des ressources indispensables, et la collaboration à la mise en place de l'intervention et à sa mise en pratique de la part des autres professionnels de la santé, tels que les médecins, les psychiatres, les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux de l'UPT sont essentielles.

Il serait encore plus bénéfique pour l'intervention clinique qu'elle fasse partie du plan d'action de la santé publique, implanté par le gouvernement, qu'elle implique les autres professionnels de la santé tels que les médecins, les psychiatres, les ergothérapeutes ainsi que les travailleurs sociaux de l'UPT, puisque c'est un élément favorable (Kitson, Harvey, Mc Cormack, 1998), et qu'elle permette de considérer le jugement clinique de chaque infirmière dans sa pratique, ainsi que les désirs et les croyances du client. Cependant, la différence entre la recherche et la pratique doit toujours être prise en considération (O'Brien, 2008).



## DISCUSSION

La proposition d'intervention décrite sous forme de stratégie éducative et organisationnelle est maintenant rendue à l'étape de la mise en pratique sur l'unité de Psychiatrie des toxicomanies (UPT) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). L'aspect novateur de ce travail se trouve dans l'application du modèle de transfert de connaissances auprès des infirmières de l'UPT, laquelle se compose de gens vivant avec un trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie. Cette clientèle est vulnérable et vit avec des problèmes de santé assez complexes. De plus, le leadership des infirmières est mis en évidence et encouragé tout au long du processus, tout autant que l'implication de celles-ci à chacune des étapes, et ce, dès le début de l'intervention, afin de récolter leurs idées et leurs croyances. La contribution à l'avancement des connaissances se définit par la spécificité de la clientèle cible, qui demande des infirmières bien formées et adaptées à leur réalité clinique, ainsi que par l'importance du leadership infirmier mis à contribution dans l'amélioration de la qualité des soins aux clients.

Évidemment, le présent travail dirigé comporte certaines limites. Tout d'abord, l'intervention, soit la stratégie éducative et organisationnelle, n'est pas encore appliquée dans la pratique clinique. Donc, l'intervention en est au point théorique et n'a pas encore été mise en pratique, amenant une nuance à prendre en considération. Ainsi, comme l'auteur O'Brien (2008) le mentionne, il y a une différence entre la théorie et la pratique clinique. Il se peut que l'application de l'intervention nécessite des ajustements. Des modifications et des améliorations devront alors être apportées tout au long du processus de la mise en pratique à l'UPT. Par contre, cet écart peut diminuer grâce au soutien de l'organisation ainsi qu'à l'accroissement de la responsabilisation individuelle des infirmières. Selon l'implication et le soutien de l'administration, du gestionnaire, des chargés du projet, de l'infirmier-chef et du chef de l'Unité de Psychiatrie des toxicomanies (UPT), de l'infirmière experte-conseil en santé mentale et de la directrice des soins infirmiers (DSI), l'écart entre la théorie et la pratique sera différent.

Il est aussi favorable d'inclure les décideurs politiques dans le processus de l'intervention, parce qu'obtenir leur soutien permettra de faciliter l'application de celle-ci et renforcera le soutien de l'organisation en général (Rosswurm et Larrabee, 1999). L'utilisation du lobbyisme est une stratégie de communication qui aidera à obtenir leur soutien (Milbrath, 1960). De plus, une évaluation devra être effectuée afin de mesurer l'utilisation des connaissances suite à l'intervention. Cette évaluation pourrait être inspirée des recommandations de Dunn (1983) dont le but est de mesurer l'efficacité de l'intervention et de l'améliorer selon les résultats obtenus.

Certaines recommandations sont suggérées afin d'obtenir une meilleure pratique clinique en sciences infirmières face au risque suicidaire. En voici deux : demander d'emblée aux clients s'ils ont des idées suicidaires et les questionner à propos de leurs connaissances. Devant l'ampleur de la présence d'idées suicidaires chez les gens vivant avec un trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie, il est essentiel d'essayer d'améliorer la pratique infirmière dans la prévention du suicide. Le transfert de connaissances étant un processus complexe dans lequel chaque personne réagit différemment, il ne faut cesser d'innover afin d'améliorer la pratique infirmière et la qualité des soins aux clients. Les infirmières elles-mêmes devraient utiliser davantage leur leadership afin d'améliorer leur propre pratique clinique et, de ce fait, la qualité des soins aux clients.

Ce travail offre la possibilité d'une éventuelle implantation de la proposition d'intervention sur l'Unité de Psychiatrie des toxicomanies. Suite à l'évaluation et à l'amélioration de la stratégie éducative et organisationnelle, l'intervention pourrait être implantée sur l'unité de psychiatrie et l'unité de toxicomanies du CHUM, à l'urgence du CHUM et à l'ensemble de ce dernier.

## CONCLUSION

Ainsi, en tant qu'infirmière clinicienne ayant bientôt un diplôme en pratique avancée, l'étudiante désire améliorer sa pratique infirmière et celle des autres infirmières afin de prévenir le suicide auprès des gens vivant avec un trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie, et de transmettre ses connaissances auprès de ses collègues. Elle est consciente que le sujet du suicide n'est pas facile à aborder. Plusieurs personnes ne sont pas à l'aise d'en parler ouvertement. Elle ne se considère pas comme une experte pour intervenir auprès des gens ayant des idées suicidaires, mais elle désire améliorer la pratique infirmière pour offrir des soins de qualité et des interventions pertinentes à ceux-ci. De plus, elle veut transmettre ces nouvelles connaissances aux autres professionnels de la santé afin qu'ils assurent une continuité des soins auprès des clients (Hamric, Spross, & Hanson, 2009).

Le problème identifié comporte l'évaluation des idées suicidaires et les interventions spécifiques mises en place pour prévenir le suicide sur l'Unité de Psychiatrie des toxicomanies (UPT), laquelle prend en charge une clientèle ayant des troubles concomitants. Le modèle choisi suivra les lignes directrices de la pratique clinique, complétées par la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*, développée par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO, 2002). Il sera agencé au modèle de NICE (2007). L'utilisation de différentes stratégies de formation, comme du matériel éducatif, des conférences, des visites de sensibilisation, l'utilisation de l'opinion des leaders locaux, l'audit et la rétroaction, un système de rappel, une intervention multifacettes (Oxman, Thomson, Davis & Haynes, 1995), est importante. Tout cela devrait avoir un effet positif auprès des infirmières. Le choix de ces modèles individuels devrait permettre de soutenir et d'aider à optimiser le transfert de connaissances lors des interventions infirmières pour prévenir le suicide auprès des gens vivant avec un trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie. Suite à l'évaluation de l'intervention, il sera possible d'en démontrer soit l'efficacité, soit les points à retravailler. Évidemment, puisque c'est une première mise en place, il y aura sûrement plusieurs ajustements à

effectuer. De plus, si l'utilisation de ces modèles a été efficace, ils pourront être utilisés pour le transfert de connaissances sur d'autres unités ainsi que dans l'ensemble du CHUM.

Le suicide reste une problématique à ne pas ignorer, peu importe la raison première pour laquelle le client consulte des professionnels. Les gens ayant des idées suicidaires ne sont pas nécessairement sur l'unité de Psychiatrie des Toxicomanies. Ainsi, l'intervention devrait être effectuée sur toutes les unités des trois hôpitaux du CHUM en mettant en valeur le leadership essentiel des infirmières pour améliorer la qualité des soins et prévenir le suicide. Tel que l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2011) le considère, le suicide est un problème majeur qui peut être évité. L'intervention, la stratégie éducative et organisationnelle, devrait être mise en pratique par les autres professionnels de la santé au CHUM et adaptée pour eux. Ensuite, elle pourra être implantée dans les autres hôpitaux et Centre de Santé et de Services Sociaux (CSSS) du Québec. Des études devront être faites afin de démontrer l'impact positif du leadership infirmier à l'aide de la mise en pratique de l'intervention. De plus, des études sur le bien-être et la satisfaction au travail des infirmières mettant en pratique leur leadership pourrait conduire à améliorer la qualité des soins aux clients, et ce, malgré les contraintes actuelles de temps et de personnel dans le système de santé.

## RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*, fourth edition, American Psychiatric Association, Arlington.
- American Psychiatric Association. (2003). Practice guideline for the Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors.
- American Psychiatric Association. (2006). *Practice Guidelines: Treatment of patients with substances use disorders*, Second edition, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)*, fifth edition, American Psychiatric Association, United States.
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Beyer, J. M., & Trice, H. M. (1982). The utilization process: A conceptual framework and synthesis of empirical findings. *Administrative Science Quarterly*, 27(4), 591-622.
- Bouchard, C. (1987). Intervenir à partir de l'approche écologique : au centre, l'intervenante. *Service social*, 36(2-3), 454-477. Repéré à <http://id.erudit.org/iderudit/706373ar>
- Bonin, J-P., Fournier, L., Blais, R. & Perreault, M. (2005). Utilisation des services par les personnes fréquentant les ressources pour personnes itinérantes de Montréal et de Québec, et atteintes de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. *Drogue, santé et société*, 4(2), 211-248.
- Breton, É., Lehoux, P., Labrie, L. & Léonard, C. (2004). Analyser le degré d'intégration de l'approche écologique dans les programmes de promotion de la santé : le cas des programmations de réduction de tabagisme de deux directions de la santé publiques québécoises. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 19(1), 97-123.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development experiments of nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Brouwers, M., Kho., M.E., Browman, G.P., Burgers J.S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I.D., Grimshaw, J., Hanna, S., Littlejohns, P., Makarski, J. & Zitzelsberger, L. (2010). AGREE next steps consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18) 839-42.
- CHSRF (1999). Issues in Linkage and Exchange Between Researchers and Decision Makers. Ottawa: CHSRF.
- Ciliska, DK., Pinelli, J., DiCenso, A. & Cullum, N. (2001). Ressources to enhance evidence-based nursing practice. *AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing*, 12, 520-528.



- Cliniques psychiatriques de France. (2010). Le suicide est un véritable problème de santé publique! Repéré à <http://www.uncpsy.fr/mag/dossiers/suicide-veritable-probleme-sante-publique>
- Contandriopoulos, D., Lemire, M., Denis, J.-L., & Tremblay, É. (2010). Knowledge Exchange Processes in Organizations and Policy Arenas: A Narrative Systematic Review of the Literature. *Milbank Quarterly* (accepted), 88(4).
- DiCenso, A., Cullum, N., Ciliska, D. & Guyat, G. (2004). Evidence-based nursing: A guide to clinical practice. Elsevier: Philadelphia.
- Duhamel, D. (2007). Toxicomanie et phénomènes suicidaires. Savoir pour mieux intervenir. Centre Dollard-Cormier.
- Dunn (1983). Measuring Knowledge Use. Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization (Science communication), 5(1), 120.
- Dobbins, M., Hanna, S. E., Ciliska, D., Manske, S., Cameron, R., Mercer, S. L., O'Mara, L., De Corby, K. & Robeson, P. (2009). A randomized controlled trial evaluating the impact of knowledge translation and exchange strategies. *Implementation science*, 4(1), 61.
- Drake, R. E. & Muesser, K. T. (2000). Psychological approaches to dual diagnosis, *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 105-118.
- Fitzpatrick, J. (2005). Signs of silent suicide among depressed hospitalized geriatric patients. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 11(5), 290-292.
- Funk, SG., Tornquist, EM. & Champagne MT, (1995). Barriers and facilitators of research utilization. An interrogative review. *Nursing Clinical North America*, 5, 395-407.
- Forget, G. & Lebel, J. (2003). Approche écosystémique à la santé humaine. *Environnement et santé publique : fondements et pratiques*. Gérin, M., Gosselin, P., Cordier, S., Viau, C., Quénel, P. & Dewailly, É. Acton Vale/Paris : Edisem. pp 593-638.
- Gauvin, L., Lévesque, L. & Richard, L. (2001). Helping people initiate and maintain a more active lifestyle. Dans R.N. Singer, H.A. Hausenblas, & C.M. Janelle (Éds.), *Handbook of sport psychology* (pp. 718–739). New York: John Wiley & Sons.
- Gifford, W. A., Davies, B., Edwards, N., & Graham, I. D. (2006). Leadership Strategies to Influence the Use of Clinical Practice Guidelines. *Nursing Leadership*, 19(4), 72-88.
- Gortner, SR., Bloch, D. & Philips TP. (1976). Contributions of nursing research to patient care. *Journal of Advanced Nursing*, 1, 507-518.

- Graham, I. D. & Logan, J. (1996). Toward a comprehensive interdisciplinary model for research use. Workshop, November, Ontario Health Care Evaluation Network (OHCEN), Toronto, Ontario.
- Graham, I. D. & Logan, J. (2004). *Innovations in knowledge transfer and continuity of care*. Canadian Journal of Nursing Research, 36(2), 89-103.
- Graham, I.D Logan, Tetroe, Robinson et Harrison (2008). Models of implementation in nursing Evidence-based nursing. 27, dans Cullum, D. Ciliska, R. B. Haynes & S. Marks (Eds.), *Evidence-based Nursing* (pp. 231-243). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Green, L. W., Richard, L. & Potvin, L. (1996). Ecological foundations of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 270-281.
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2009). *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach*. (4e éd.). St-Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Haynes, RB., Deverreux, PJ. & Guyatt, GH. (2002). Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *American College of Physicians Journal Club*, 163: A11-14.
- Horsley, JA. & Crane, J. (1986). Factors associated with innovation in nursing practice. *Family Community Health*, 9, 1-11.
- Institute of Medicine. (2003). *Who will keep the public healthy? : educating public health professionals for the 21st century*. Washington, D.C.: National Academy Press
- Jackson, S. F., Perkins, F., Khandor, E., Cordwell, L., Hamann, S. & Buasai, S. (2006). Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. *Health Promotion International*, 21(supplement 1), 75-83.
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M. & Fiset-Laniel, J. (2008). Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Institut de la statistique du Québec.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). La pensée infirmière. Éditions Études Vivantes.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of general psychiatry*, 62, 593-602; 617-627.
- Kino-Québec. (2004). *Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec*. Gouvernement du Québec.

- Kitson, A, Harvey, G. & Mc Cormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Quality Health Care*, 7, 149-158.
- Knott, J., & Wildavsky, A. (1980). If Dissemination Is the Solution, What Is the Problem? *Knowledge-Creation Diffusion Utilization*, 1(4), 537-578.
- Kok, G., Gottlieb, N. H., Commers, M. & Smerecnik, C. (2008). The ecological approach in health promotion programs: a decade later. *American Journal of Health Promotion*, 22(6), 437-442.
- Lekander, BJ., Tracy, MF. & Linqvist, R. (1994). Overcoming the obstacles to research based clinical practice. *AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing*, 5, 115-123.
- Loiselle C.G., Profetto-McGrath, J., Polit, D.F., & Beck, C.T. (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières: approches quantitatives et qualitatives. Montréal, QC : ERPI (Éditions du nouveau pédagogique Inc.).
- Mc Glynn, E. A., Asch, S. M., Adams, J., Keesey, J., Hicks, J. & De Cristofaro, A. (2003). The quality of health care delivered to adults in the United States. *The new England journal of medicine*, 348, 2635-2645.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, a. & Glanz, A (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15, 351-377.
- Melnyk, B.M & Fineout-Overholt, E. (2002). Putting research into practice. Reflections on Nursing Leadership, 28(2), 22-25.
- Milbrath, L. W. (1960). Lobbying as a communication process. *Public Opinion Quaterly*, 24(1), 32-53.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2010). Prévention du suicide. Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux. Québec: Gouvernement du Québec.
- Mongeon, M. (1985). La promotion de la santé mentale : implication d'un modèle écologique. *Santé mentale au Québec*, 10(1), 114-121.
- Morval, J. (1981). *Introduction à la psychologie de l'environnement*. Bruxelles : Pierre Mardaga, éditeur. Repéré à [http://books.google.ca/books?id=Y58a-rIKwXMC&pg=PA19&lpg=PA19&dq=stokols+approche+%C3%A9cologique&source=bl&ots=3LKpG0kvTr&sig=I0ssK3Mm1dyDjZ1thQorXn\\_lG6c&hl=fr#v=onepage&q=stokols%20approche%20%C3%A9cologique&f=false](http://books.google.ca/books?id=Y58a-rIKwXMC&pg=PA19&lpg=PA19&dq=stokols+approche+%C3%A9cologique&source=bl&ots=3LKpG0kvTr&sig=I0ssK3Mm1dyDjZ1thQorXn_lG6c&hl=fr#v=onepage&q=stokols%20approche%20%C3%A9cologique&f=false)
- Mueser, K., Noordsy, L., Drake, E. & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: effective intervention for severe mental illness and substance abuse*, Guilford Press, New york.

- National Training Laboratory. (1963). The learning pyramid. Alexandria.
- NICE. (2007). How to change practice: Understand, identify and overcome barriers to change. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- O'Brien, M. A. (2008). Chapter 28: Closing the Gap Between Nursing Research and Practice. In N. Cullum, D. Ciliska, R. B. Haynes & S. Marks (Eds.), *Evidence-based Nursing* (pp. 244-252). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie. Guide de pratique clinique*. Montréal : direction des services aux clientèles et des communications, OIIQ.
- Organisation mondiale de la santé. (2002). La prévention du suicide. Indications pour professions de santé primaire. Département de la santé mentale et toxicomanies. Genève.
- Organisation mondiale de la santé. (2006). Prévenir le suicide. Ressource pour conseillers. Département de la santé mentale et abus de substances psychoactives. Genève.
- Organisation mondiale de la santé. (2011). Journée mondiale de prévention du suicide. Repéré à [http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world\\_suicide\\_prevention\\_day/fr/index.html](http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/fr/index.html)
- Oxman, A. D., Thomson, M. A., Davis, D. A., & Haynes, R. B. (1995). No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ*, 153(10), 1423-1431.
- Pipe, T. B., Cisar, N. S., Caruso, E., & Wellik, K. E. (2008). Leadership Strategies: Inspiring Evidence-Based Practice at the Individual, Unit, and Organizational Levels. *Journal of Nursing Care Quality*, 23(3), 265-271.
- Rassy, J. (2012). Les facteurs de protection d'adolescents et d'adolescentes atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire. Montréal. Université de Montréal : Faculté des sciences infirmières, Mémoire 2012. 118 pages.
- Renaud, Lise & Ginette Lafontaine (2011). *Guide pratique : Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*. Réseau francophone international pour la promotion de la santé. Montréal : Édition Partage.
- Richard, L. (1996). Pour une approche écologique en promotion de la santé : le cas des programmes de lutte contre le tabagisme. *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*, 3(1), 52-67.
- Richard, L. (2011). *L'approche écologique en sciences infirmières : potentiel, applications et enjeux*. Repéré à <http://www.orderofnurses.org.lb/Plenary/5.pdf>

- Richard, L., Gauvin, L. & Raine, K. (2011). Ecological Models Revisited: Their Uses and Evolution in Health Promotion Over two decades. *The Annual Review of Public Health*, 32, 307–326.
- Richard, L., Gauvin, L., Gosselin, C., Ducharme, F., Sapinski, J. P. & Trudel, M. (2008b). Integrating the ecological approach in health promotion for older adults: a survey of programs aimed at elder abuse prevention, falls prevention, and appropriate medication use. *International Journal of Public Health*, 53(1), 46-56.
- Richard, L., Potvin, L., Kishchuk, N., Prlic, H. & Green, L. W. (1996). Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 318-328.
- RNAO. (2002). Implementation of Clinical Practice Guidelines: Toolkit.
- RNAO. (2005). Educator's Resource. Integration of best practice guidelines.
- RNAO. (2009). Nursing Best Practice Guideline. Shaping the future of nursing. *Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behavior*.
- Rogers, M. E. (1970). An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia: F. A. Davis.
- Ronald, G., David, C. & Mario, B. (2004). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes: santé mentale et bien-être. Repéré à [www.statca.qc.ca](http://www.statca.qc.ca)
- Rosswurm MA, Larrabee JH. (1999). A model for change to evidence-based practice. *Journal Nursing Scholarsh*.31(4), 317-322.
- Rush, B., Moxam, R. S., Nadeau, L., Mc Main, S., Ogbome, A., Goering, P., Roberts, G., Rosidi, S. & Mueser K. (2002). Meilleures pratiques: Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie, Santé Canada.
- Rush, B., Urbanoski, K., Bassini, D., Castel, S., Wild, T.C., Strike, C., Kimberley, D. & Somers, J. (2008). Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population, *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(2), 800-809.
- Rush, B. & KOegl, C. G. (2008). Prevalence and profile of people with co-occurring mental and substance use disorders within a comprehensive mental health system, *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 810-821.
- Saint-Arnaud, J. (2008). L'éthique de la santé. Guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières. Montréal: Gaëtan Morin éditeur.
- Samhsa, (2010). Results from the 2009 National Survey on drug use and Health: National findings, substance abuse and mental health services administration.

- Santé Canada. (2002). *Meilleures pratiques: Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Canada: Santé Canada.
- Santé et services sociaux Québec. (2010). *Prévention du suicide : Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Satariano, W. A., & McAuley, E. (2003). Promoting physical activity among older adults: From ecology to the individual. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3, Supplement 2), 184-192.
- Seeman, V. M. (2009). Suicide among women with schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(3), 235-242.
- Statistique Canada. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier 2005 résultats*. Ottawa : Statistique Canada, division de la statistique de la santé.
- Stokols, D. (1996). Translating Social Ecologic Theory into Guidelines for Community Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10, 282-298.
- Strauss, S. E., Tetroe, J., Graham, I. D., Zwarenstein, M., Bhattacharyya, O., & Shepperd, S. (2010). Monitoring use of knowledge and evaluating outcomes. *CMAJ*, 182(2), E94-E98.
- Titler, M.G., Kleiberm C. Steelman, V., Rakel, B., Budreau, G., Everett, L., Buckwalter, K., Tripp-Reimer, T. & Goode, C. (2001). The IOWA Model of evidence based practice to promote quality care. *Critical Care Nursing Clinical North America*, 13(4), 497-509.
- Titler, M. (2002). Use of research in practice. In G. LoBiondo & Haber, J. (Eds.), *Nursing research: Methods, critical appraisal and utilization* (5<sup>th</sup> ed.). St. Louis, Missouri: Mosby.
- Vandoorne, C. (2005). *Éducation pour la santé, promotion de la santé : Parle-t-on de la même chose ?* Repéré à <http://www.apes.be/documentstelechargeables/powerpoint/Lux090207.pdf>
- Vandoorne, C. & Absil, G. (2004). *Approche par milieux de vie. Introduction théorique*. Repéré à [http://www.apes.be/documentstelechargeables/powerpoint/approche\\_par\\_milieux.pdf](http://www.apes.be/documentstelechargeables/powerpoint/approche_par_milieux.pdf)
- Weiss, C. H. (1979). The Many Meanings of Research Utilization. *Public administration review*, 39(5), 426-431.
- Weiss, C. H. (1982). Policy Research in the Context of Diffuse Decision Making *The Journal of Higher Education*, 53(6), 619-639.

## APPENDICES

*Appendice A*

Tableau Modèle de Transfert de connaissances



| <b>Modèle de transfert de connaissances</b>                     |  |   |
|---|--|---|
| Étapes à suivre   | Signification  | Exemple d'application   |
| Lignes directrices pour la pratique clinique (RNAO, 2009; 2002) | Identifier les lignes directrices dans la pratique clinique.   | <i>Évaluation et soins des adultes à risque d'idées ou de comportements suicidaires</i> (RNAO, 2002)  |
| Identification des parties prenantes (RNAO, 2002)               | <p>1) Identifier les parties prenantes, analyser leurs intérêts, évaluer le niveau d'appui et d'influence de chacun par rapport à l'intervention d'apprentissage.</p> <p>2) Développer des stratégies pour encourager et amener les parties prenantes les plus importantes à participer au processus d'intervention clinique tout au long de celui-ci.</p> | <p>1) L'administration, le gestionnaire, les chargés de projet, l'infirmier-chef et le chef de l'Unité de Psychiatrie des toxicomanies (UPT), l'infirmière experte-conseil en santé mentale et la directrice des soins infirmiers (DSI).</p> <p>2) a) Le soutien de l'organisation et de l'administration.<br/> b) La planification d'une rencontre individuelle afin d'évaluer la situation de chacun de façon à mieux adapter les stratégies de transfert de connaissances.<br/> c) Considération les attitudes, positives ou négatives, des personnes impliquées dans l'intervention du transfert de connaissances pour s'assurer de la participation active de celles qui y sont réticentes, dans le but de diminuer leurs résistances aux changements.</p> |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <p>d) Détermination du niveau d'appui et d'influence de chacun afin d'ajuster les interventions et de mieux répondre aux besoins individuels.</p> <p>e) Implication des personnes ayant une attitude négative dès la préparation de l'intervention.</p> <p>Objectif commun : Que les parties prenantes aient à cœur les intérêts et les objectifs de l'intervention.</p>  |
| Collaboration organisation (Titler, 2002)  | Remettre un document de soutien aux dirigeants.                                  | Guide clinique IOWA   |
| Évaluation de l'intervention Stratégie éducative et organisationnelle (RNAO, 2002) | <p>1) Pré-évaluation</p> <p>2) Évaluation continue</p> <p>3) Post-évaluation</p> | <p>1) La structure, la culture du lieu de travail, la communication, le leadership, les connaissances, les compétences et les attitudes des groupes cibles, l'engagement envers une gestion de la qualité, la disponibilité des ressources, et les rapports entre les disciplines.</p> <p>Remettre des copies du guide clinique d'IOWA (Titler, 2002) aux dirigeants.</p> <p>Déterminer le système de communication habituelle, formelle et informelle, qui</p> |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <p>est en place pour les échanges d'informations. Obtenir le soutien des leaders de l'organisation et identifier une infirmière de l'UPT comme leader positive.</p> <p>Identifier les connaissances, les habiletés, les compétences ainsi que l'attitude face aux changements des infirmières.</p> <p>2) Vérification de l'existence de processus ou de systèmes d'amélioration de la qualité afin de mesurer les résultats de la mise en place des lignes directrices.</p> |
| <p>Identification des barrières (NICE, 2007)</p> | <p>Identifier pour la mise en œuvre de l'intervention :</p> <p>1) Les barrières.</p> <p>2) Les agents facilitant.</p> <p>3) Les manières de contrer les barrières identifiées.</p> | <p>1) a) Observer la pratique clinique des infirmières en action.</p> <p>b) Utiliser un questionnaire auprès des différents intervenants pour mettre en lumière la pratique courante.</p> <p>c) Mettre en place un groupe de discussion et un remue-méninge.</p> <p>d) Vérifier la structure de l'organisation, la culture du milieu, la communication entre les professionnels de la santé et les ressources disponibles.</p>  |

|   |  |  |
|---|--|--|
|   |  | <p>e) Prendre en considération la charge de travail et le manque de temps.<br/>f) Identifier les infirmières réticentes aux changements.</p> <p>2) a) Augmenter la qualité du travail.<br/>b) Améliorer la qualité des soins prodigués aux clients.<br/>c) Diminuer le temps de travail.<br/>d) Diminuer les coûts.</p> <p>3) Posséder du matériel éducatif; obtenir l'opinion des leaders; effectuer une vérification clinique ainsi qu'une rétroaction; utiliser des stratégies de médiation, des rencontres éducatives et un système de rappel.</p> |
| <p>Évaluation de l'organisation (RNAO, 2002; Brenner, 2001)</p> | <p><i>Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique</i> (RNAO, 2005)</p> | <p>Prendre en considération : l'éducateur, le milieu, l'UPT, le personnel en apprentissage et les besoins reliés à ce dernier.<br/>Vérifier que l'infirmière experte-conseil, en tant qu'éducatrice, détermine sa philosophie, son style d'enseignement ainsi que son degré d'enseignement variant de novice à expert.<br/>Vérifier à quelle étape du développement, de novice à expert, se trouve</p>   |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  |   | <p>l'infirmière (Benner, 2001).</p> <p>Effectuer l'intervention du transfert de connaissances individuellement, et par le biais d'une discussion de groupe ainsi que d'une évaluation de groupe.</p> <p>Remettre des documents à lire à la fin de la discussion de groupe.</p> <p>Faire une pratique suivie d'une démonstration.</p>   |
| <p>Intégration du contenu du transfert de connaissances (RNAO, 2009, 2002)</p> | <p>1) Intégrer les lignes directrices.</p> <p>2) Utiliser les différentes stratégies d'apprentissage Oxman, Thomson, Davis &amp; Haynes (1995).</p> | <p>1) <i>L'Évaluation et soins des adultes à risque d'idées ou de comportements suicidaires</i> (RNAO, 2009) devront être appliqués.</p> <p>2) Du matériel éducatif, des conférences, des visites de sensibilisation, l'utilisation de l'opinion des leaders locaux, l'audit et la rétroaction, un système de rappel et une intervention à plusieurs facettes seront mis en place.</p> <p>Les parties prenantes doivent se réunir afin de déterminer les stratégies d'apprentissage qui pourront être mises en place selon plusieurs critères, tels la disponibilité des ressources ainsi que le budget.</p> |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  |   | <p>Il y aura identification et attribution des ressources nécessaires pour la réussite de l'événement d'apprentissage.</p> <p>Il y aura planification du contenu des messages transmis qui doivent être ciblés.</p>   |
| La conception infirmière                           | Guider les interventions du transfert de connaissances.                 | La conception infirmière de Martha E. Rogers (1970) aidera à développer une intervention auprès de gens souffrant de troubles concomitants.   |
| Mise en place de l'intervention (RNAO, 2005; 2002) | Développer des stratégies pour mettre en place l'intervention clinique. | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Observer et évaluer la pratique clinique de chaque infirmière.</li> <li>2) Vérifier les connaissances des infirmières.</li> <li>3) Informer que le jugement clinique est essentiel pour l'utilisation à bon escient des lignes directrices (DiCenso, Cullum &amp; Ciliska, 2008).</li> <li>4) Remettre un document à chaque infirmière.</li> <li>5) Former l'infirmière experte-conseil qui, comme personne ressource, devra être réceptive aux préoccupations des infirmières dans le but de les soutenir et de les encourager afin</li> </ol> |

|   |  |   |
|---|--|---|
|   |  | <p>d'optimiser les opportunités d'apprentissage (Gifford, Davies, Edwards &amp; Graham, 2006).</p> <p>6) Disposer des affiches comprenant les éléments importants des interventions aux différents endroits stratégiques des étages.</p> <p>7) Utiliser du matériel éducatif, des visites de sensibilisation, l'opinion des leaders locaux, l'audit et la rétroaction ainsi qu'un système de rappel, tel que des affiches et la disponibilité de l'infirmière experte-conseil (O'Brien, 2008).</p> <p>8) Évaluer, après un certain temps, la pratique, faire une rétroaction et un rappel afin de vérifier l'acquisition des connaissances.</p> |
| <p>Évaluation après l'intervention (RNAO, 2002; Dunn, 1983)</p> | <p>Effectuer l'évaluation de l'intervention six mois environ après la fin de l'enseignement.</p> | <p>Considération de tout changement, aussi petit soit-il, puisqu'il peut avoir un impact positif sur la qualité des soins aux clients.</p> <p>Évaluation de l'intervention effectuée par l'infirmière experte-conseil ainsi que le chef de l'unité, soutenus par la direction des soins infirmiers, six</p>   |

|                        |  |   |
|------------------------|--|---|
|                        |  | <p>mois après que toutes les infirmières de l'UPT aient participé à la rencontre individuelle portant sur l'intervention du transfert de connaissances lors de l'évaluation et des soins apportés aux adultes à risque d'idées ou de comportements suicidaires.</p>   |
| Ressources nécessaires | Ressources nécessaires à la réalisation de l'intervention et leur disponibilité. | <p>Une rencontre avec les chargés de l'intervention et l'infirmière experte-conseil, qui ont des ressources à leur disposition, est prévue. La direction des soins infirmiers offre d'investir un petit budget pour l'intervention de l'étudiante à des fins d'achat de matériel essentiel.</p> <p>Les coûts du matériel proviennent des affiches, des documents et des questionnaires.</p> <p>Le temps accordé à la formation des infirmières sera décidé en collaboration avec l'administration et l'infirmière-chef de l'unité. Les coûts restant seront comblés par un budget réservé à l'amélioration de la qualité des soins du CHUM.</p> |



|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>Évaluation de l'intervention du transfert de connaissances (RNAO, 2002; Dunn; 1983)</p> | <p>Évaluation du succès ou de l'échec de l'intervention du transfert de connaissances.</p> | <p>Environ trois ans après l'enseignement donné à chacune des infirmières, il y aura identification d'un expert-ressource pour procéder à l'évaluation des résultats.</p> <p>Le suivi permettra de comparer le nombre d'évaluations des idées suicidaires ainsi que les interventions spécifiques à la prévention du suicide sur l'Unité de Psychiatrie des toxicomanies (UPT), nombre mesuré avant l'intervention ainsi que six mois après l'enseignement complété.</p> <p>Une vérification sera réalisée afin de déterminer si l'intervention a eu un impact positif et si l'objectif a été atteint. Selon les résultats, des modifications ou des améliorations à l'intervention pourront être apportées afin d'optimiser le transfert de connaissances (Dunn, 1983; RNAO, 2002).</p> |
|--|--|--|

*Appendice B*

Figure Modèle de transfert de connaissances

## Modèle de transfert de connaissances



