

Université de Montréal

L'exploration de l'aspect humain du transfert de connaissances pour l'amélioration de
l'utilisation des données probantes en milieu clinique

par

Josée Larocque

Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté à la Faculté des sciences infirmières en vue de l'obtention du grade
de M.S. ès sciences (M.Sc.) en sciences infirmières option formation des sciences infirmières

Décembre 2013

Josée Larocque ©

Ce travail dirigé intitulé :

L'exploration de l'aspect humain du transfert de connaissances pour l'amélioration de
l'utilisation des données probantes en milieu clinique

Présenté par :

Josée Larocque

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Monsieur Damien Contandriopoulos, Ph.D., Professeur agrégé, directeur de recherche

Madame Jacinthe Pépin, inf. Ph.D., Professeure titulaire, membre du jury

Résumé

La littérature en sciences infirmières sur l'implantation d'une pratique influencée par des données probantes en milieu clinique met en évidence les besoins pour trouver des stratégies efficaces pour améliorer l'utilisation et la pérennité d'une pratique factuelle. Ce travail dirigé avait pour but d'analyser l'importance de l'aspect humain du transfert de connaissances dans le contexte d'un changement de pratique fondée sur des données probantes. Les auteurs de modèle PARIHS et l'auteur de Nonaka nous ont inspiré pour ce travail dirigé. Ils mettent en valeur la richesse de la communication et l'échange entre les humains comme source de réflexion sur la création d'un milieu favorable au changement de pratique. Notre recension des écrits, nous permet de constater, que l'être humain et ses relations influencent le contexte de soins lors d'un transfert de connaissances d'une pratique influencée par des données probantes. Grâce à l'analyse des écrits, nous remarquons qu'une équipe de *leadership* influence la pratique et le comportement des cliniciens en diffusant la vision et la culture de l'unité. Nous croyons qu'un style de *leadership* transformationnel génère une participation active des cliniciens dans le processus décisionnel, qui à son tour développe le raisonnement critique des cliniciens pour atteindre une pratique exemplaire. De plus, un contexte de soins inspiré d'une organisation apprenante et d'une culture favorable à une pratique factuelle avec un soutien clinique apporte des conditions favorables pour améliorer l'utilisation d'une pratique influencée par des données probantes.

Mots-clés : Modèle PARIHS, Modèle de conversion de connaissances (SECI) de Nonaka, Pratique influencée par des données probantes, Transfert de connaissances, Sciences infirmières

Abstract

The Nursing science literature on the implementation of evidence based practice in a clinical setting highlights the need to find effective strategies to improve the use and sustainability of evidence based practice. The main goal of this paper is to analyze the importance of the human aspect during knowledge transfer in the context of a change in practice based on conclusive data. Both the authors of PARISH and the knowledge conversion model of Nonaka have inspired this paper. These models conceived that richness in communication and the exchange between humans as a source of reflection on the creation of a positive environment to favour change of practice. Our literature review concludes that human relations influence the context of care during the transfer of knowledge of a practice that is evidence based. The analysis findings indicate that team leadership influences both the practice and behaviour of clinicians through the diffusion of the vision and culture of the unit. Our belief is that transformational leadership will generate active participation among clinicians in the decision making process, which in turn will lead to developing critical thinking of clinicians to achieve exemplary practice. In addition, a context of care based on a teaching organization and a culture of evidence based practice with clinical support provides favourable conditions to improve the use of evidence based practice.

Keywords: Evidence Based Practice, Knowledge transfer, model Knowledge Conversion Of Nonaka, Nursing, PARIHS model

Table des matières

L'exploration de l'aspect humain du transfert de connaissances pour l'amélioration de l'utilisation des données probantes en milieu clinique	ii
Josée Larocque.....	ii
L'exploration de l'aspect humain du transfert de connaissances pour l'amélioration de l'utilisation des données probantes en milieu clinique	iii
Résumé	i
Abstract.....	ii
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures	vi
Liste des abréviations	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
Problématique et Contexte	1
But et objectif.....	7
Méthode.....	8
Recension des écrits.....	10
Cadre de référence.....	10
<i>Modèle Promoting Action on Research implementation in Health Service (PARIHS).....</i>	<i>12</i>
Le modèle de la conversion des connaissances (SECI) de Nonaka.....	22
Résultat de l'analyse.....	29
Le rôle de l'humain lors du transfert de connaissances.....	30
Les connaissances de l'être humain.....	30
Les caractéristiques de l'être humain	33
Rôle des relations humaines lors d'un transfert de connaissances	36
Leadership	37
Culture	39
Organisation apprenante.....	39

Culture de confiance	40
Processus de facilitation	43
Discussion et Recommandations	46
Conclusion	56
Bibliographie	58
Annexe 1	i
Annexe 2	v

Liste des tableaux

TABLEAU I RÉSUMÉ COMPARATIF DES MODÈLES EN SCIENCES INFIRMIÈRES SUR L'IMPLANTATION DES DONNÉES PROBANTES EN MILIEU CLINIQUE	I
TABLEAU II RÉSUMÉ COMPARATIF DES ÉTUDES SUR DES MODÈLES D'IMPLANTATION D'UNE PRATIQUE FACTUELLE.....	V

Liste des figures

<i>FIGURE 1. SCHÉMATISATION DU CADRE PARIHS</i>	14
<i>FIGURE 2 CONDITIONS FOR EVIDENCE</i>	15
<i>FIGURE 3 SCHÉMATISATION DU MODÈLE DE LA CONVERSION DES CONNAISSANCES (SECI)</i>	25
<i>FIGURE 4 SCHÉMA SUR L'IMPACT ET LES LIENS DYNAMIQUES DES ÉLÉMENTS D'UN CONTEXTE FAVORABLE POUR UNE PRATIQUE FACTUELLE</i>	47

Liste des abréviations

AIIAO	Association des infirmiers et infirmières autorisés de l'Ontario
AIC	Association des infirmiers et infirmières du Canada
EBN	<i>Evidence Based Nursing</i>
EBP	<i>Evidence Based Practice</i>
OIIQ	Ordre des infirmiers et infirmières du Québec
PARIHS	<i>Promoting Action on Research Implementation in Health Service</i>
SECI	Acronyme pour le modèle de la conversion des connaissances composé des processus de Socialisation, Externalisation, Combinaison et d'Internalisation (Nonaka, 1994)
TC	Transfert de connaissances

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier ma mère qui m'a transmis la passion du nursing et pour ses encouragements. Grâce à sa présence et sa compréhension au quotidien depuis les cinq derniers mois, je peux terminer ce projet. Je remercie mon directeur Damien Contandriopoulos pour sa patience, sa compréhension et son travail de mentor tout au long de ce travail. Un merci particulier à ma partenaire de maîtrise Marie-Andrée. Je tiens également, à souligner l'écoute, le soutien et les encouragements de la part de : mes deux sœurs, mes meilleures amies Marianne et Mélissa, Annie, Karine, Caroline, Maryse, Nancy et de mes collègues de travail de l'Hôpital Générale de Montréal qui m'ont permis de rester saine d'esprit. Finalement, je veux exprimer du plus profond de mon cœur ma gratitude envers mon conjoint Bruno qui fut mon correcteur et ma critique. Il a partagé avec mes deux enfants Luca et Laura les hauts et les bas de ce défi professionnel. Vous avez fait la différence.

MERCI..

Introduction

Problématique et Contexte

Depuis la dernière décennie, l'amélioration de l'utilisation des données probantes au niveau des processus décisionnels dans les organisations de santé est un objectif international (IRSC, 2009; Thompson, Moore, & Estabrooks, 2008,). Présentement, les organismes subventionnaires fédéraux et provinciaux, ainsi que les établissements de la santé s'engagent à améliorer l'utilisation des données probantes en milieu clinique. De nombreux chercheurs et cliniciens travaillent en collaboration dans l'optique de déployer des stratégies pour la diffusion et l'implantation des résultats de recherche. Leur but est d'améliorer le transfert de connaissances (TC), l'utilisation des connaissances par les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, et ultimement, améliorer la santé et la sécurité des patients et de la population (Castiglione & Ritchie , 2012; INSPQ, 2008 ; ISRC, 2009).

Les écrits en sciences infirmières soulignent que les infirmières doivent agir comme des acteurs de premier plan dans les domaines du transfert de connaissances et de l'utilisation des données probantes dans le milieu de la santé (Abrahamson, Fox, & Doebbeling , 2012; AIIC & La Faculté des sciences infirmières de l'Université de Toronto, 2004; Cullen & Adams, 2012; Everett & Sitterding , 2011; Hassmiller, 2012; Khoury , Blizzard, Wright,& Hassmiller, 2011, Thompson, Mccaughan, Cullum, Sheldon, & Raynor, 2005). Les infirmières jouent un rôle primordial au niveau de la sécurité des patients et de la qualité de soins. La littérature sur les données probantes indique une corrélation positive entre la pratique infirmière fondée sur les résultats de recherche et la santé, la sécurité et l'efficacité des soins aux patients (Abrahamson et al., 2012; Cullen et al., 2012; Levin, Fineout-Overholt, Mazurek Melnyk, Barnes, & Vetter, 2011). Pour cette raison, les *leaders* en sciences infirmières (les gestionnaires de la direction des soins infirmiers, les infirmières gestionnaires et les infirmières en pratique avancée) sont très bien positionnés pour mener des changements au niveau des soins dans le système de la santé et pour promouvoir l'utilisation des données probantes (Everett & Sitterding, 2011).

Cependant, les études faites aux États-Unis et en Europe démontrent que de 30 à 50 % des patients ne reçoivent pas les interventions cliniques justifiées par des données probantes. Plus de 30 % reçoivent des soins injustifiés ou qui pourraient menacer leur vie (Grimshaw, Eccles, & Tetroe, 2005 ; Haines Kuruvilla & Brochert , 2004). Ces études démontrent que les succès sont mitigés, malgré tous les efforts déployés dans le but d'implanter des résultats de recherche dans la pratique. Cette situation amène à réfléchir sur l'efficacité des stratégies d'intervention actuellement utilisées au niveau de l'implantation des données probantes en milieu clinique.

En tant qu'infirmière clinicienne éducatrice, ce manque d'efficacité dans l'implantation et la pérennité des données probantes en milieu clinique m'interpelle lors de mon travail au quotidien. C'est ce qui m'a amenée à faire ce travail dirigé qui porte sur les moyens d'accroître l'utilisation des données probantes en milieu clinique. Le but de ce travail dirigé est d'explorer l'importance des aspects interpersonnels et sociaux que j'appelle ici les aspects humains dans les processus de transfert des connaissances. Ultiment, ceci permettra d'identifier les conditions favorables et des stratégies d'interventions efficaces pour améliorer l'utilisation des données probantes en milieu clinique.

Dans les recherches sur le transfert et l'utilisation des résultats de recherche en milieu clinique (TC), l'accent est principalement mis sur l'implantation et la diffusion des données probantes. Les auteurs abordent les modèles de transferts existants (Estabrook , Thompson, Jacque, Lovely, & Hofmeyer, 2006; Faye, Lortie, & Desmarais, 2007; INSPQ, 2008; Kiston Ahmed, Harvey, Seers, & Thompson,1996 ; Kiston ,Harvey & McCormack,1998; Lusardi, 2012; Graham, Logan, Harrison, Straus, Tetroe, Caswell & Robinson, 2006; Newhouse, Dearholt, Poe, Pugh, & White, 2005; Schaffer , Kristin & Diedrick, 2013; Subsawad, 2007; Ward, House, & Hamer 2009; Wallen et al., 2010), les stratégies d'interventions sur lesquelles ils reposent (Baker et al., 2010; Dobbin et al., 2009; INSPQ, 2008; Grimshaw et al., 2004; Prior, Guerin, & Grimmer-Somers, 2008; Robertson & Jochelson, 2006; Subsawad, 2007), l'évaluation des barrières à leur mise en œuvre (Carlson & Plonczynski , 2008; Karjemo, Boström,Thompson,, Hutchinson,Estabrooks & Wallin, 2010; Greenhalgh, Robert,

Macfarlane, Bate & Kyriakidou , 2004) et l'évaluation des effets (Kiston, Rycroft-Malone, Harvey, McCormack, Seers, & Titchen, 2008; Graham et al., 2006; McCormack, Kitson, Harvey, Rycroft-Malone, Titchen & Seers, 2002; Meijers, Janssen, Cummings, Wallin, Estabrooks & Halfens , 2006; Rycroft-Malone, Harvey, Seers, , Kitson, McCormack & Titchen 2004 ; Subsawad, 2007; Van Eerd et al., 2011).

Dans le cadre du présent travail, c'est surtout l'intégration de personnes clés (les facilitateurs, les experts locaux, les courtiers de connaissances et les mentors, etc.) lors du processus d'implantation de données probantes en milieu clinique qui retient notre attention (AIIAO, 2002; Dobbin et al., 2009; Dogherty, Harrison & Graham, 2010; Dogherty, Harrison, Baker, C. & Graham, 2012; Estabrook, Thompson, Jacque, Lovely & Hofmeyer., 2006; Harvey et al., 2002; Kauth et al., 2010; Kiston et al., 1998; Nasser, Oxman, Paulsen & Fedorowicz, 2007; Stetler et al., 2006). De plus, l'implication de l'équipe de *leadership* et des cliniciens de même que leur relations interpersonnelles entre eux lors du processus de changement de pratique fondée sur les données probantes, sont aussi des aspects centraux (Gifford, Davies, Tourangeau & Lefebvre , 2011; Grol, Wensing & Eccles, 2005; McCormack et al., 2002; Meijers et al., 2006; Stetler et al., 2006).

En sciences infirmières, comme dans plusieurs domaines, de nombreuses stratégies d'intervention sont discutées afin d'identifier des interventions efficaces pour faciliter la diffusion, l'intégration et l'utilisation des données probantes en milieu clinique. En effet, les résultats de recherches dans le domaine du TC (Thompson, Estabrooks, & Degner, 2006) démontrent qu'une simple diffusion passive d'une nouvelle connaissance (dépliant d'information, courriel électronique, affiche, etc.) provoque peu de changement de pratique ou de comportement de la part des cliniciens. Un consensus se dégage dans la littérature en matière de diffusion de la connaissance : les communications interpersonnelles dans les réseaux informels constituent un véhicule majeur pour la dissémination de l'information scientifique (Al-Alawi, Al-Marzooqi & Mohammed, 2007; Estabrooks et al., 2006; Roy, Guindon & Fortier, 1995; Ward et al., 2009). Les écrits sur l'impact de l'humain et des relations interpersonnelles lors d'un transfert de connaissances (Argote & Ingram, 2000;

Covell, 2009; Gerrish, Guillaume, Kirshbaum, McDonnell, Tod & Nolan, 2011; Milner, Estabrooks & Humphrey, 2005; Pedler & Attwood, 2011; Phelps, Heidl & Wadhwa, 2011; Rycroft-Malone et al., 2004), nous amène à nous pencher sur le processus social et l'influence des relations interpersonnelles au niveau de l'utilisation des données en milieu clinique.

Plusieurs auteurs (Dogherty et al., 2012; Kiston et al., 2008; Harvey et al., 2002, Roy et al., 1995; Thompson et al., 2006), notent qu'une personne influente sur une unité de soins tel que les infirmières-gestionnaires, les infirmières en pratique avancée et les leaders locaux (infirmière clinicienne et les professionnelles de la santé) possèdent une position stratégique pour favoriser la communication et contribuer à instaurer un climat organisationnel favorable à l'implantation des données probantes. De plus, la reconnaissance des compétences professionnelles de ces personnes influentes leur permet de capter l'attention de leurs collègues pour mieux diffuser la connaissance scientifique. Les gens acceptent plus facilement de nouvelles connaissances lorsqu'elles sont véhiculées par des personnes de confiance. Ils réagissent plus favorablement lorsque l'information est présentée par un pair (INSPQ, 2008). Par conséquent, les *leaders* en science infirmière sur les unités de soins comme les infirmières cliniciennes possédant une expertise clinique ou un certain *leadership*, les gestionnaires d'unité, les infirmières de pratique avancée (infirmière praticienne, infirmière clinicienne spécialisée et infirmière clinicienne éducatrice) représentent des atouts pour diffuser une pratique influencée par des données probantes.

Également, on note une amélioration significative au niveau de l'implantation et de l'utilisation des données probantes en milieu clinique, lorsqu'on implique les *leaders* dans la stratégie d'intervention. De plus, on remarque qu'une personne influente peut apporter des résultats significatifs au niveau du changement de comportement des cliniciens (Grimshaw, Eccles, Walker & Thomas, 2002; Kauth et al., 2010; Newhouse, Dearholt, Poe, Pugh & White, 2005; Prior et al., 2008; Robertson et al., 2006; Sudsawad, 2007; Thompson et al., 2006; Wallen et al., 2010). La littérature (Gifford et al., 2007; Hauck, Winsett & Kuric, 2013; Newhouse, 2007; Stetler, Ritchie, Rycroft-Malone, Schultz, & Charns, 2009; Williams, 2011) démontre que l'équipe de *leadership* d'une unité de soins influence le comportement des cliniciens et l'utilisation d'une pratique de soins influencée par des données. L'équipe de

leadership peut différer selon les établissements de la santé. Dans le présent travail, nous désignons sous le terme « équipe de *leadership* » les personnes qui jouent un rôle de gouverne clé dans une unité de soins : infirmière-gestionnaire, assistante-infirmière-chef, infirmière clinicienne spécialisée, infirmière clinicienne éducatrice. Ainsi, l'utilisation d'une personne influente dans le but d'améliorer l'implantation et l'utilisation des données probantes en milieu clinique, apparaît comme une stratégie d'intervention intéressante à explorer.

Ensuite, plusieurs auteurs (Argote & Ingram, 2000; Foos, Schum & Rothenberg, 2006; Harvey et al., 2002; Morténus, Marklund, Palm, Bengt Fridlund & Baigi, 2012; Rycroft-Malone et al., 2008; Peroune, 2007; Sudsawad, 2007; Wallen et al., 2010) parlent de l'importance de la relation interpersonnelle des personnes influentes avec les cliniciens lors de la diffusion et l'utilisation de nouvelles connaissances. Les auteurs précisent l'importance de la relation de confiance et de respect que ces individus doivent bâtir avec les cliniciens pour capter leur attention. Selon Contandriopoulos, Lemire, Denis & Tremblay (2010), une relation de confiance interpersonnelle facilite et encourage la communication. De plus, une communication constante entre les acteurs crée une relation de confiance entre eux. La création d'une communication, où la confiance règne, donne lieu à un partage de connaissances et d'information plus efficace entre la personne influente et les cliniciens.

Plusieurs auteurs corroborent également ces propos. Ils soulignent que l'ajout d'un soutien clinique comme une infirmière clinicienne éducatrice peut changer la perception des cliniciens face à un changement de pratique. Elle peut changer leur perception grâce aux relations de confiance qu'ils ont entre eux. Le poste clé que détient cette infirmière lui permet de s'assurer d'établir un environnement plus adéquat pour la diffusion ou l'implantation de nouvelles connaissances (Rycroft-Malone et al., 2008, Graham et al., 2006).

Le soutien humain et les échanges sont des éléments importants pour établir un contexte de travail positif (AICC, 2002; AIAO, 2006; Rycroft-Malone, 2004; Wallen et al., 2010) lors de l'implantation des données probantes dans le milieu clinique (Abrahamson et al., 2012; Covell, 2009; Estabrook, Thompson, Jacque, Lovely & Hofmeyer, 2006; Milner et al., 2005; Morténus et al., 2012; Wallen et al., 2010). Les études (Estabrook et al., 2006;

Pavrokoof, Tanner & Pierce, 2005; Wallen et al., 2010) démontrent que, lors d'une problématique de soins, les infirmières se questionnent entre elles et échangent avec les autres professionnels de la santé pour trouver des solutions. Les infirmières en pratique avancée et les médecins représentent souvent la source primaire d'information en milieu clinique. Aussi, les études suggèrent (AIIAO, 2006; Gifford et al., 2011; Rycroft-Malone et al., 2004; Stetler et al., 2006; Wallen et al., 2010) que la visibilité et l'accessibilité de *leader* en sciences infirmières créent un environnement de travail plus réceptif au changement.

En terminant, l'ajout de personnes-ressources en milieu clinique lors du processus d'implantation des données probantes a des impacts positifs grâce au soutien clinique et émotionnel qu'il apporte aux infirmières (Abrahamson et al., 2012; Covell, 2009; Estabrook et al., 2006; Levin et al., 2011; Morténus et al., 2012). Les études empiriques (Newhouse et al., 2005; Wallen et al., 2010) qui ont analysé l'impact du mentorat démontrent que l'ajout d'une personne ressource sur l'unité de soins engendre des impacts positifs sur la culture organisationnelle de l'unité, sur l'utilisation des données probantes dans le processus décisionnel ainsi que sur le processus général d'implantation d'une pratique factuelle.

Ainsi, une pratique infirmière fondée sur des données probantes crée un impact positif sur la qualité et la sécurité des patients (Abrahamson et al., 2012; Cullen et al., 2012; Levin et al., 2011). Pour cette raison, il importe d'analyser l'impact de l'humain et des relations interpersonnelles lors du processus de transfert de connaissances des données probantes en milieu clinique.

But et objectif

Le but de ce travail dirigé est d'analyser l'importance de l'aspect humain du transfert des connaissances dans le contexte d'un changement de pratique fondé sur les données probantes. Inspiré du modèle de *Promoting Action on Research implementation in Health Service* (PARIHS) et du modèle de la conversion des connaissances (SECI) de Nonaka, ce travail vise à analyser les écrits sur l'influence et l'impact de l'aspect humain afin de proposer des recommandations pertinentes pour soutenir les changements de pratique influencés par des données probantes en milieu clinique.

Méthode

Pour atteindre les objectifs décrits précédemment, le présent travail repose principalement sur une revue de la littérature de type « scoping review » via les banques de données courantes en recherche : CINAHL et MEDLINE. Les thèmes principaux sélectionnés pour la recension des écrits se présentent comme suit : *Knowledge transfers (KT)*, *Knowledge management (KM)*, *Knowledge creation*, *Knowledge exchange*, *Evidence Based Practice*, *Evidence Based Practice Nursing*. Afin de mieux cibler le but et l'objectif, la combinaison de mots clés avec l'application de mots connexes a été nécessaire pour les deux thèmes principaux. Les combinaisons des mots clés *Knowledge transfer* OU *knowledge management* ET *Social network* procurent un résultat de 449 articles (24 articles pertinents). Ensuite, la combinaison des mots clés *Knowledge transfer* ET *Nursing* ET *Theory* engendrent un résultat de 532 (22 articles pertinents). Finalement, la combinaison de *Evidence Based Practice Nursing* ET *Nursing Model* ET *Leadership* procure 530 articles (15 articles pertinents). De plus, la consultation de références à la fin des différents articles portant sur le sujet d'intérêt (approche boule de neige) s'est avérée une stratégie de recherche complémentaire et importante. Finalement, j'ai aussi eu recours à certaines ressources documentaires additionnelles par le moteur de recherche « Google » ainsi que « Google Scholar » permettant de localiser les ouvrages spécialisés en format électronique et la littérature grise sur des sites Internet pertinents (AHC, IRSC, OIIQ, etc.).

Une première sélection d'articles fut effectuée par la lecture du titre et du résumé. Les publications retenues en lien avec le but du travail dirigé ont été entièrement lues. Cette étape a permis d'exclure certains écrits qui ne focalisaient pas suffisamment sur le sujet d'intérêt. Cependant, plusieurs écrits reliés au transfert de connaissances ou sur la pratique fondée sur les données probantes en milieu clinique se sont révélés pertinents pour approfondir mes connaissances et comprendre mon domaine d'intérêt.

Par la suite, une lecture plus approfondie a permis de sélectionner les articles pour les répartir en écrits théoriques et empiriques. Cette étape a permis d'élaborer deux tableaux comparatifs sur les données probantes. En premier lieu, un tableau de comparaison sur les modèles d'implantation de données probantes incluant les éléments/étapes, les stratégies d'interventions, caractéristiques clés et testés en milieu clinique. En deuxième lieu, un tableau de comparaison incluant le but, le cadre théorique, la méthode, les résultats et discussion, et enfin, les implications et recommandations pour les articles empiriques sur les modèles d'implantation d'une pratique fondée sur des données probantes en milieu clinique. Ces tableaux sont offerts en annexes 1 et 2.

L'analyse de la recension des écrits a été influencée par mon cadre de référence. Pour cette raison, les écrits en lien avec le leadership transformationnel, la culture apprenante ainsi que le soutien clinique ressortent comme des éléments centraux. Cette analyse se divise en deux sections principales. Dans un premier temps, l'analyse des écrits porte sur l'être humain plus particulièrement sur le rôle de l'humain et de ses connaissances lors du transfert de connaissances. La deuxième partie s'intéresse aux relations humaines lors du transfert de connaissances en milieu clinique.

À la suite de la critique des écrits, une proposition de recommandations est présentée à l'aide du cadre de référence. En conclusion, nous élaborerons les défis des recommandations proposées.

Recension des écrits

Pour commencer la recension des écrits, nous décrivons les deux modèles utilisés comme cadre de référence. Par la suite, une recension critique des écrits sur le transfert de connaissances dans le domaine de la santé permet d'analyser le rôle de l'humain et de ses connaissances lors des efforts d'implantation d'une pratique factuelle en milieu clinique. Ensuite, nous analysons l'influence et l'impact des cliniciens et de leurs relations entre eux.

Cadre de référence

Pour analyser les articles identifiés, nous avons utilisé un cadre de référence constitué d'une combinaison des écrits du modèle *Promoting Action on Research Implementation in Health Service* (PARIHS) (Harvey et al., 2002; Kiston et al., 1998; McCormack et al., 2002; Rycroft-Malone, 2004) sur le transfert de connaissances en milieu clinique et du modèle de la conversion des connaissances (SECI) de Nonaka (Nonaka, 1994; Nonaka & et Konno, 1998). Bien que le modèle PARIHS et les écrits de Nonaka proposent des méthodes d'application différentes, ils utilisent tous les deux la richesse de la communication et l'échange entre les humains comme source de réflexion. Elle engendre la création d'un milieu favorable au changement de pratique, fondée sur des données probantes par l'humain et le transfert de connaissances en milieu clinique.

Avant d'élaborer sur le cadre de référence utilisé lors de ce travail dirigé, nous décrivons quelques notions sur *l'Evidence Based Practice* et le transfert de connaissances.

Le concept de la pratique fondée sur des données probantes (Evidence Based Practice)

Tout d'abord, on définit la pratique fondée sur les données probantes comme une approche clinique consciente et judicieuse basée sur les meilleures données de recherche disponibles en intégrant l'expertise du clinicien et des valeurs, des préférences et des attentes du patient (traduction libre, Sackett, Rosenberg & Gray, 1996, p.71). Les termes les plus communs en français pour *Evidence Based Practice* sont : pratique fondée sur des données probantes ou la pratique factuelle.

L'Evidence Based Practice (EBP) joue un rôle essentiel lorsqu'il s'agit d'optimiser les résultats des soins donnés aux patients, d'améliorer la pratique clinique, de rentabiliser les soins infirmiers et de garantir que la prise de décision est transparente et responsable (AIIC, 2002). De plus, les études démontrent que l'EBP a un impact positif sur les infirmières cliniciennes et leur satisfaction au travail (Abrahamson et al., 2010).

L'Evidence Based Nursing (EBN) enrichit le processus décisionnel des infirmières dans la pratique au quotidien, mais ne la remplace pas (Hamer & Collinson, 2005). Afin de personnaliser la prise en charge du patient, l'*EBN* demande aux cliniciens d'utiliser leur raisonnement clinique et critique. Cette réflexion de la part de l'infirmière permet d'adapter les soins par rapport à des situations complexes vécues au quotidien à l'aide des données probantes existantes, des préférences du patient et du contexte de soins (Cullum, Ciliska, Haynes & Marks, 2008). Donc, l'*EBN* permet aux infirmières de renouveler leurs compétences cliniques et de les aider à s'adapter aux innovations technologiques et médicales. La pratique fondée sur les données probantes donne un standard de soins et un langage commun pour tous les professionnels de la santé. Elle représente une approche de travail essentielle pour les cliniciens et pour les administrateurs afin d'assurer des soins de qualité et sécuritaires (Newhouse et al., 2005).

Le concept transfert de connaissances (TC)

On décrit le terme transfert de connaissances comme le processus de transmission de connaissances aux cliniciens dans le but ultime que celles-ci soient utilisées dans les pratiques (ISRC, 2006). Ce processus est complexe et dynamique. Plusieurs étapes peuvent se faire en même temps et s'influencer entre elles. Les termes utilisés dans le domaine de la santé au Canada pour désigner le passage des données à la pratique sont : l'application des connaissances ou le transfert et l'échange des connaissances. Pour ce travail dirigé, le terme *transfert de connaissances* est utilisé pour désigner le processus d'acquisition et de l'utilisation de la connaissance en milieu clinique.

La définition retenue du transfert de connaissances provient de Roy et al. (1995, p viii) : « mécanisme de diffusion, d'appropriation et d'utilisation des nouvelles connaissances pouvant conduire à l'adoption de nouveaux comportements individuels et organisationnels. »

Modèle Promoting Action on Research implementation in Health Service (PARIHS)

Le modèle conceptuel de *Promoting Action on Research implementation in Health Service* (Harvey et al., 2002; Kiston et al., 1998; McCormack et al., 2002; Rycroft-Malone, 2004) provient du *Royal College of Nursing Institute* en Grande-Bretagne. Il fut développé à partir de connaissances acquises lors de l'implantation de pratique factuelle et de changement de pratique dans les milieux cliniques. L'objectif ultime du modèle est de permettre l'implantation des données de recherche dans la pratique. Selon ce modèle, le succès de l'implantation d'une pratique, fondée sur des données probantes, s'explique par l'interaction dynamique entre trois éléments fondamentaux : (1) la robustesse et la nature de la preuve (E), (2) le contexte ou l'environnement dans lequel la recherche est utilisée (C), (3) la méthode utilisée pour faciliter le processus d'implantation de la recherche (Facilitation) (F). Le modèle

PARIHS (Kiston et al., 1998) présente une formule. Celle-ci nous aide à mieux se rappeler les éléments importants : $SI = f(E, C, F)$. Elle démontre un succès au niveau de l'implantation d'une pratique factuelle (SI) qui est fonction (f) de la nature de la preuve (*evidence*) (E), de la qualité du contexte (C) dans lequel la preuve a été introduite, de même que les moyens utilisés pour faciliter le processus (F).

Selon les études effectuées avec le modèle PARIHS (Rycroft-Malone & al., 2004), il y a une plus grande chance de succès d'implantation lorsque tous les éléments sont présents :

1. *Robustesse de la preuve (E) élevée :*

- Les données probantes sont robustes
- Expérience clinique ou du patient est analysé, critiqué et testé par le milieu (consensus local).

2. *Contexte (C) élevé :*

- Culture organisationnelle réceptive au changement
- *Leadership* fort
- Évaluation : Évaluation systématique des projets et une communication structurée des résultats

3. *Facilitation (F) élevée :*

- Adaptation et utilisation de diverses stratégies d'interventions selon le besoin
- Le rôle du facilitateur : guider et aider les parties prenantes
- Facilitateur possède des compétences et habiletés interpersonnelles.

Nous allons définir les éléments fondamentaux du modèle PARIHS sur lequel le travail dirigé s'appuie en mettant l'accent sur l'échange, la communication et les relations entre les cliniciens. Puisque ce travail dirigé se concentre sur l'aspect humain du transfert des

connaissances, nous allons préciser davantage les éléments du contexte (culture, *leadership*) et la facilitation qui nous permet d'explorer le sujet de ce travail.

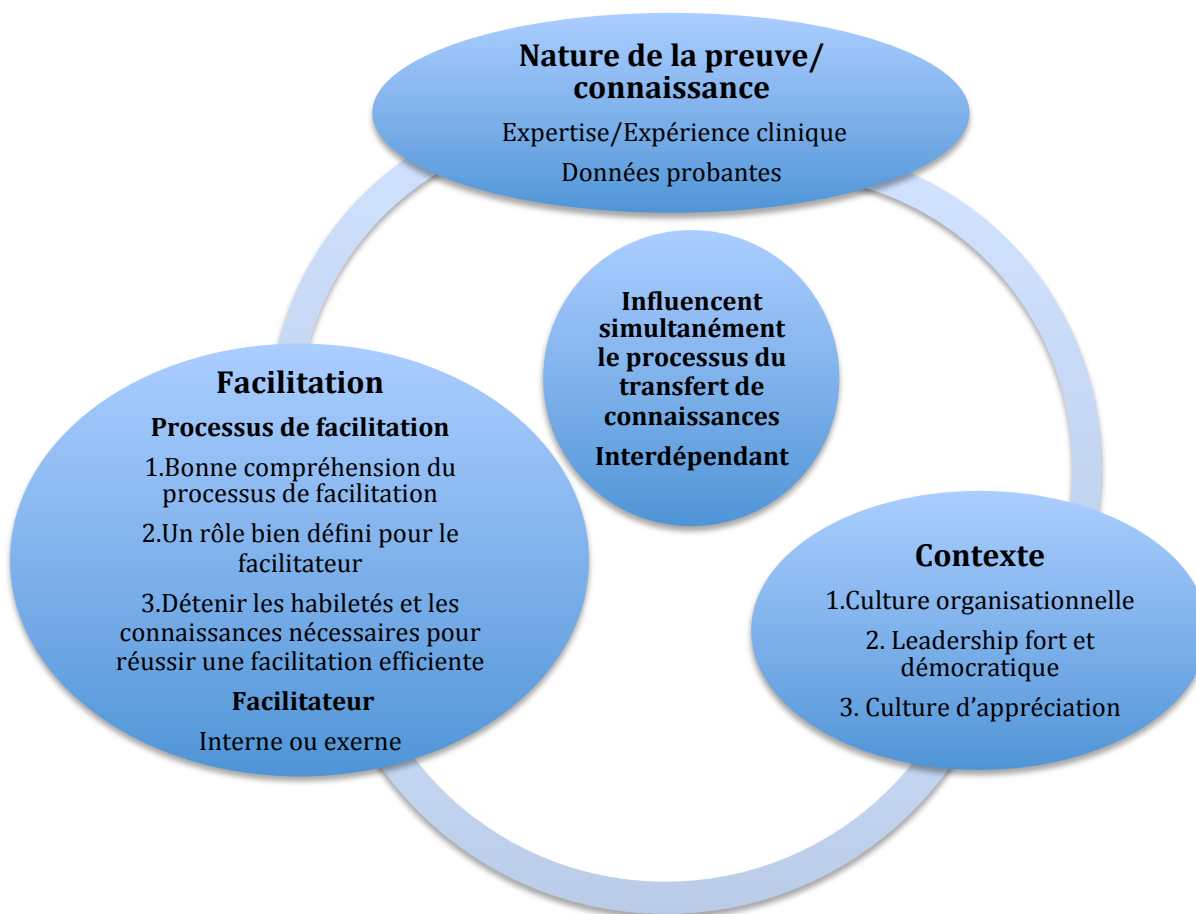


Figure 1. Schématisation du cadre PARIHS (Inspiré de Doran et al., 2007; Kitson et al., 1998; Kitson et al., 2008; Malouin-Benoit, 2010; Rycroft-Malone et al., 2004).

La nature de la preuve (*Evidence*) se définit comme une combinaison de résultats de recherche, d'expertise clinique et du choix du patient (Rycroft-Malone et al., 1996). Pour les auteurs du modèle PARIHS (Kitson et al., 1998), il est important de trouver des données scientifiques robustes, mais les cliniciens doivent être capables de les adapter afin qu'elles correspondent au besoin du milieu clinique. Pour cette raison, le cadre conceptuel de PARIHS suggère de voir l'humain comme une source d'informations importantes lors du processus de recherche des preuves où se produit le changement de pratique. Pour ce modèle, la preuve doit provenir de sources variées et crédibles sans négliger l'expérience des cliniciens et des

patients, car il existe un processus dynamique entre les trois sources de preuve (Rycroft-Malone, 2004). (Voir figure 2 pour critères d'évaluation d'une preuve). Toutefois, pour qu'une expérience clinique ou personnelle aide au processus décisionnel tant au niveau organisationnel qu'au chevet du patient, elle doit être évaluée, critiquée et analysée afin d'être considérée comme crédible (Rycroft-Malone, 2002).

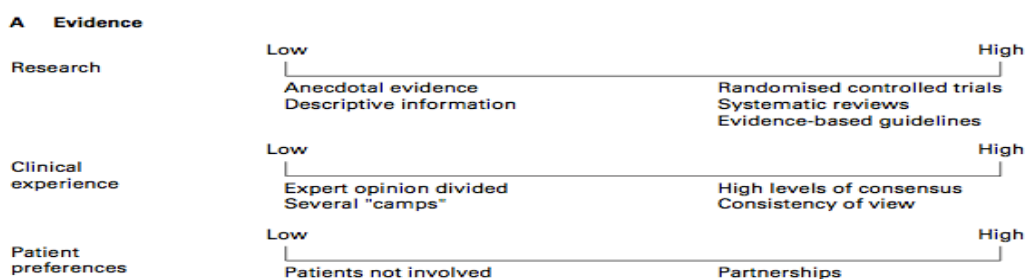


Figure 2 Conditions for evidence, Kiston,A., Harvey,G.,&McCormack,B. (1998) Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework, *Quality in Health Care*, 7, p 151.

Le Contexte (C) se définit comme étant le milieu de soins où les professionnels de la santé prodiguent des services et où prend place l'intervention de TC. Le contexte inclut l'environnement physique et les caractéristiques qui peuvent influencer l'utilisation des données probantes en milieu de soins. Les caractéristiques sont les suivantes : le processus décisionnel, la hiérarchie du pouvoir interne, la culture organisationnelle, l'évaluation du contexte de soins, la rétroaction ou les ressources disponibles (Sudsawad, 2007). Les études du modèle PARIHS démontrent que le contexte peut être analysé à l'aide de trois thèmes : la culture, le *leadership* et une culture d'appréciation (McCormack et al., 2002). Ces termes facilitent l'évaluation et la compréhension de la complexité des facteurs qui aident à la pratique exemplaire et à décrire la notion du contexte de soins.

1) La culture organisationnelle : Selon Drennan (1992), c'est la culture, au niveau individuel, au niveau des équipes de travail et au niveau de l'organisation qui définit le contexte de pratique. Bates (1994) suggère que la culture se manifeste fondamentalement à

travers les valeurs, les croyances et les principes intégrés dans les institutions et les organisations. Selon McCormack & al. (2002), la culture représente un facteur dominant au niveau de l'efficacité clinique, du développement de soins et du résultat positif dans l'accomplissement d'un projet. Pour cette raison, les auteurs du modèle PARIHS parlent de l'importance d'avoir des organisations apprenantes. Ils mentionnent également qu'une bonne relation de confiance entre la direction et les cliniciens apporte un contexte propice, lors de changement de pratique (McCormack & al., 2002; Rycroft-Malone, 2004).

Senge (1991), spécialiste de l'approche systémique et référence mondiale en matière d'organisations apprenantes décrites ces dernières comme : « celles dont les membres peuvent sans cesse développer leurs capacités à atteindre les résultats qu'ils recherchent, où des nouveaux modes de pensée sont mis au point, où les aspirations collectives ne sont pas freinées, où les gens apprennent en permanence comment apprendre ensemble ». (Traduction libre de Mathieu, 2003)

Selon les auteurs du modèle PARIHS, une organisation apprenante facilite le changement, car elle crée une culture d'organisation qui est propice au changement en étant attentive au besoin individuel (simulation intellectuelle et développement individuel), au processus de groupe (vision de partage) et aux systèmes organisationnels (pensée systématique) (Rycroft-Malone, 2004). Selon McCormack et al. (2002), une unité de soins qui fait partie d'une organisation apprenante possède un leadership fort et elle dispose d'une vision pour générer et utiliser les connaissances. De plus, une organisation apprenante pousse son équipe de leadership à être à l'écoute des professionnels de la santé et à travailler en collaboration avec eux pour trouver des solutions afin d'améliorer la qualité des soins (leadership élevé).

En pratique, une organisation apprenante permet des échanges et un dialogue entre les membres de l'équipe de soins lors de problématiques de soins ou de questionnements dans le quotidien. Ce partage et ces échanges entre les collègues et le management engendrent des réflexions, ce qui aide à stimuler et créer des nouvelles idées pour améliorer la qualité de soins et la sécurité des patients. De plus, ce dialogue permet l'échange de connaissances et

d'expertise clinique entre les collègues de tous les niveaux et avec des gens possédant ces expertises.

Finalement, une équipe de leadership qui fait partie d'une organisation apprenante travaille avec son équipe de soins pour transmettre cette vision et cette culture à travers les soins aux patients et l'environnement de travail (Rycroft-Malone et al., 2002). La transmission et la compréhension de cette culture de la part des cliniciens sont essentielles selon McCormack et al. (2002) pour le succès au niveau du changement de pratique. Cette culture engendre un dialogue et un travail d'équipe entre les cliniciens et la direction pour bâtir un environnement propice au changement et au développement individuel et organisationnel (contexte propice).

2) Le leadership démocratique : Selon McCormack et al. (2002), un leadership efficient permet d'établir le rôle spécifique de chacun, un travail d'équipe productif et une structure organisationnelle efficiente.

La vision du leadership du modèle PARIHS s'inspire des principes du leadership transformationnel (Kiston et al., 1996; McCormack et al., 2002). On définit ce type de leadership comme un leadership qui inspire les gens en leur donnant une vision claire et persuasive. Cette vision est communiquée par un leader motivé et charismatique ce qui amène les gens à être stimulés et à se dépasser en tant qu'individu (AIIAO, 2006; Hutchinson et al., 2012; Wong et al., 2007).

La vision du leadership du modèle PARIHS met l'emphase sur la relation entre les infirmières cliniciennes et l'infirmière chef, sur un style de management démocratique, ainsi que sur l'implication des cliniciens dans le processus du changement de pratique. Un des concepts initiaux du modèle est de créer un environnement de travail qui reconnaît tous les membres d'une équipe de travail comme un leader de quelque chose (McCormack et al., 2002). Cette philosophie est inspirée du style de leadership transformationnel et peut faire en sorte que les cliniciens soient plus stimulés au travail, développent leur confiance en eux et exercent une meilleure communication entre collègues de travail. De plus, ce type de

leadership crée un environnement où l'échange de connaissances en milieu clinique existe et est encouragé. Il représente les valeurs et les croyances de l'unité de soins. Ainsi, un leadership fort provoque un dialogue entre la direction et les cliniciens sur la vision et la culture de l'unité.

Selon les auteurs de PARIHS, une équipe de leadership définit le changement nécessaire et soutient le besoin de changement; elle aide à créer une vision pour l'unité de soins, elle mobilise les ressources afin d'atteindre les objectifs visés et aide l'équipe de soins à s'adapter (organisation).

Par la suite, le modèle explore le rôle des leaders informels (l'équipe de soins : infirmière clinicienne, préposé aux bénéficiaires, médecins, etc.) et des leaders formels (directrice de soins, infirmière-chef, assistante-infirmière-chef, infirmière clinicienne spécialisée, infirmière clinicienne éducatrice, etc.) lors de changements de pratique. Les leaders sont importants, car ils influencent les cliniciens et modifient la culture de l'unité de soins afin que l'équipe de soins soit attentive et engagée face au changement (Rycroft-Malone, 2004). Ces leaders aussi jouent un rôle de soutien clinique pour les cliniciens et pour les administrateurs. Ils ont la capacité de motiver et d'influencer l'équipe, ainsi que de donner de la rétroaction constructive face au changement de pratique (Meijier et al., 2006; Rycroft-Malone, 2004).

3) La culture d'appréciation aide à comprendre la pratique actuelle de l'unité à l'aide de données recueillies et à évaluer les impacts et l'efficacité d'un changement de pratique. Selon McCormack & al. (2002), la culture organisationnelle influence les outils d'évaluation et les méthodes utilisées pour diffuser les résultats. Les auteurs de PARIHS parlent de l'importance d'avoir des données qualitatives et quantitatives afin de comprendre au maximum la complexité d'un épisode de soins. Afin de recueillir les données qualitatives, l'équipe de soins doit être prête à collaborer au processus d'évaluation. Finalement, la participation des cliniciens, lors de l'évaluation, est importante afin de capter des données cliniques essentielles au processus de changement de pratique. Aussi, leur implication permet une réflexion sur leurs soins et apporte un échange entre les cliniciens et la direction sur les besoins de l'unité de

soins. De plus, l'évaluation représente une étape lors du processus de transfert de connaissances qui demande la collaboration et l'échange d'informations entre les cliniciens et la direction pour recueillir des données pertinentes et actuelles de l'unité où le changement de pratique se produit.

Pour conclure, le contexte est un élément central pour le succès d'une implantation des données probantes en milieu clinique. Un contexte propice est caractérisé par une équipe de leadership qui influence ses membres au niveau de soins en diffusant la culture et la vision de l'unité de soins. Ce contexte propice est fondé sur les principes de l'échange et de relations interpersonnelles axées sur le respect. Les leaders inspirent positivement les cliniciens face au changement de pratique et ils transmettent une culture d'apprentissage optimale pour le développement individuel et organisationnel.

La facilitation (F) est décrite comme un processus utilisé par un individu pour rendre les choses plus facile pour les autres (Kiston et al., 1998). On parle d'une approche qui demande un dialogue entre les cliniciens et le facilitateur. Ce type de soutien permet aux cliniciens de changer leurs attitudes, leurs habitudes de travail, leurs compétences, ainsi que leur culture de travail (Kiston et al., 1998). Ce phénomène de communication aide au développement individuel et organisationnel et il aide à bâtir un contexte favorable au changement (Rycroft-Malone, 2002).

Le cadre théorique de PARIHS désigne trois éléments clés qui doivent être en place lors du processus de facilitation (Harvey et al., 2002) :

1. Bonne compréhension du processus de facilitation
2. Un rôle bien défini pour le facilitateur
3. Détenir les habiletés et les connaissances nécessaires pour réussir une facilitation efficiente.

1. Le processus de facilitation

Le cadre théorique PARIHS conceptualise le processus de facilitation comme étant flexible et dynamique. L'objectif principal est de guider et d'aider l'unité de soins à changer les pratiques. Le processus de facilitation peut être un soutien technique afin de mettre en place une tâche spécifique (organisation de l'équipement médical) ou un processus plus complexe (holistique) comme aider une unité de soins à analyser leur culture afin de changer leur attitude ou leur comportement au travail (Rycroft-Malone et al., 2004). Finalement, le processus de facilitation s'adapte afin d'atteindre les objectifs visés par l'organisation et le processus.

2. Le Facilitateur

Les facilitateurs sont des individus qui détiennent des rôles spécifiques, des habiletés et des connaissances pour aider les cliniciens, les équipes de soins et les organisations à l'application de pratiques factuelles (Rycroft-Malone et al., 2004). Le rôle du facilitateur fluctue selon les besoins de l'organisation. Pour cette raison, le facilitateur doit être choisi avec soin et il doit détenir des habiletés et des connaissances variées pour guider et soutenir l'équipe de soins durant le processus de facilitation. Le rôle majeur du facilitateur est d'aider et de guider les cliniciens à travers ce processus.

Il existe des facilitateurs externes et internes. Dans le système de la santé, les facilitateurs externes proviennent souvent de l'établissement, mais à l'extérieur de l'unité de soins où se produit le changement. Ces facilitateurs agissent souvent comme consultant et ils apportent un soutien de réflexion et d'analyse de la situation. Ils aident et guident les parties prenantes (équipe de *leadership* de l'unité et les cliniciens) lors du processus de facilitation et ils apportent des idées nouvelles et/ou de nouvelles connaissances. Le facilitateur externe permet les échanges humains et la réflexion qui aident à la création et à la diffusion de connaissances. Ils peuvent être affectés à temps plein au changement de pratique influencé par des données probantes ou intervenir à des temps précis pour guider les parties prenantes lors des étapes de la planification du changement de pratique. Un des rôles du facilitateur externe est d'identifier

avec l'équipe de soins des facilitateurs internes et de travailler avec eux pour qu'ils puissent prendre en charge le projet. Il aide et appuie les facilitateurs internes afin de les rendre plus autonomes et plus outillés pour faire face au changement.

Les facilitateurs internes sont des personnes clés pour l'unité de soins, car ils agissent comme des experts pour les cliniciens. Souvent, ils font partie de l'équipe de *leadership* (infirmière gestionnaire, assistante-infirmière-chef, infirmière clinicienne spécialisée, infirmière clinicienne éducatrice) ou sont des infirmières cliniciennes avec une expertise ou une expérience clinique.

Finalement, le processus de facilitation et les facilitateurs sont des éléments clés au niveau du succès d'une implantation d'une pratique influencée par des données probantes. Ces deux éléments évoquent l'appui, la réflexion et un guide pour les cliniciens lors d'un changement de pratique.

En résumé, le modèle théorique PARIHS suggère trois éléments fondamentaux pour atteindre le succès de l'implantation de pratique influencée par les données probantes : la preuve (*evidence*), le contexte et la facilitation. Chaque élément doit être le plus propice ou robuste possible pour avoir du succès au niveau de l'implantation. Ce modèle met ainsi l'accent sur l'importance d'avoir un contexte propice au changement et d'avoir des personnes clés comme soutien clinique pour atteindre un succès dans un changement de pratique.

Le modèle de la conversion des connaissances (SECI) de Nonaka

En 1994, Nonaka publie un article qui porte sur le processus de création et de transfert de connaissance. Il présente une conceptualisation de la circulation des connaissances qui aide à comprendre et gérer le processus dynamique de la création des connaissances organisationnelle. Ce modèle est fondé sur une typologie des formes de connaissances inspirées principalement par Polanyi (1966) et de quatre processus SECI (Socialisation-Externalisation-Combinaison-Internalisation) par lesquelles les différents types de connaissances interagissent. Le modèle SECI repose sur deux types de connaissances distinctes appelées explicites et tacites.

Typologie des connaissances

Connaissance explicite

Ce qui caractérise les connaissances explicites ou codifiées, c'est qu'elles sont transmises dans une langue formelle et structurée. Elles peuvent être capturées de façon traditionnelle comme dans un livre, des archives, etc. Une connaissance explicite en sciences infirmières est, par exemple, formalisée dans une ligne directrice de soins ou un protocole ou encore un algorithme lors d'un arrêt cardiaque. En théorie, les connaissances explicites se transmettent plus facilement entre les acteurs, car elles sont tangibles et donc peuvent être lues ou diffusées. Ces connaissances sont souvent diffusées en formation théorique à l'aide de matériel pédagogique et l'infirmière peut exprimer sa compréhension en exécutant l'algorithme à la lettre ou encore les citer lors d'enseignements. Les connaissances explicites et leur compréhension clinique sont plus faciles à évaluer, car elles sont souvent accompagnées de documentation (dossier du patient) ou de transcription (réponse à une question d'examen).

Connaissance tacite

Les travaux de Nonaka s'inspirent largement du livre de Polanyi (1996) sur la conceptualisation des connaissances scientifiques. L'idée de base de Polanyi (1996) au sujet d'une connaissance tacite est la suivante : nous savons plus que nous ne pouvons l'expliquer, « *we know more than we can tell* ». Il définit des connaissances tacites comme des savoirs intuitifs, difficiles à verbaliser et à articuler. Pour cette raison, les connaissances tacites sont orientées vers l'action et l'expérience (Nonaka, 1994). En conséquence, elles sont difficiles à communiquer lors de formations et d'apprentissage, surtout à l'aide d'activité pédagogique magistrale où le diffuseur ne donne que de la théorie. Les méthodes traditionnelles d'enseignement ne peuvent diffuser ces connaissances. Il faut utiliser davantage le coaching, le mentorat ou la simulation afin de mettre de l'action aux situations spécifiques. Habituellement, les connaissances tacites se transmettent par l'échange et l'observation d'un acteur à un autre.

Le savoir tacite professionnel d'une infirmière (*professional craft knowledge*) se réfère à l'accumulation des connaissances et des expériences pratiques d'un professionnel qui n'a pas extériorisé son savoir-faire sous une forme exportable. Le transfert d'un savoir tacite nécessite donc une interaction avec le détenteur de ce savoir et s'actualise habituellement dans un contexte où l'utilisateur peut appliquer de façon concrète ce qu'on lui transmet (INSPQ, 2008). Cette connaissance tacite se crée à l'aide de ses expériences professionnelles et personnelles qu'elle vit lors de son quotidien au travail et dans sa vie de tous les jours (Rycroft-Malone, 2004).

Le transfert et l'évaluation de connaissances tacites peuvent être ardues. Les connaissances tacites comprennent, selon Nonaka & Takeuchi (1995), deux dimensions : cognitive et technique. Le côté cognitif se bâtit lors du processus de création et de la manipulation au niveau de la pensée. Tandis que le côté technique se réfère au savoir-faire d'un individu. De plus, une connaissance tacite peut s'explicitier et être utilisée comme preuve dans un changement de pratique lorsqu'un individu est capable d'articuler ou de codifier sa

connaissance afin qu'elle puisse être analysée, critiquée et évaluée par l'équipe de soins. D'ailleurs, le savoir tacite ou expérientiel des utilisateurs est souvent indispensable pour interpréter avec justesse la production de nouvelles connaissances, d'où l'importance d'établir un véritable échange et dialogue entre ceux qui produisent et ceux qui utilisent ces connaissances (INPSQ, 2008).

Pour terminer, Nonaka & Takeuchi (1995) disent que dans l'action, les connaissances tacites amalgament le savoir, le savoir-faire et le savoir-être de chaque individu. Pour cette raison, les connaissances tacites peuvent être observables par un praticien à travers les manifestations d'une action, c'est-à-dire, un comportement ou un geste. Ainsi, un des rôles d'un facilitateur décrit dans le modèle PARIHS est d'encourager l'expression des connaissances tacites afin qu'elles se manifestent au lieu de rester latentes (Mercier, 2007). La réflexion et l'échange que le facilitateur engendre permettent d'extérioriser les connaissances tacites professionnelles des cliniciens par rapport au changement de pratique. Parce que ce type de connaissances se capte ou se développe dans l'action (au chevet du patient, milieu clinique) il est important d'avoir des personnes clés sur le terrain qui utilisent des stratégies d'interventions diverses, comme le mentorat, le coaching, la rétroaction, etc.

Pour conclure, les connaissances tacites sont difficiles à saisir et à transmettre tandis que les connaissances explicites sont diffusées par des moyens traditionnels comme un manuel, des articles scientifiques ou un mémo. Les deux types de connaissances sont interdépendants par le biais du processus de conversion.

Conversion des connaissances

Polanyi (1996) propose l'image d'un iceberg pour représenter l'ensemble des deux types de connaissances utilisés. Ce qui émerge représente les connaissances explicites donc visuellement accessibles et diffusables aux gens intéressés. Le modèle de la conversion des connaissances (SECI) repose sur le principe qu'il existe une transformation constante des connaissances explicites en connaissances tacites et vice-versa (Nonaka, 1994). Cette conversion passe par quatre processus distincts : socialisation ↔ externalisation ↔ combinaison ↔ internalisation (Mercier, 2007). Le modèle de Nonaka aide à comprendre l'importance de l'apprentissage, de l'interaction humaine et de l'environnement comme moyen de diffusion des connaissances.

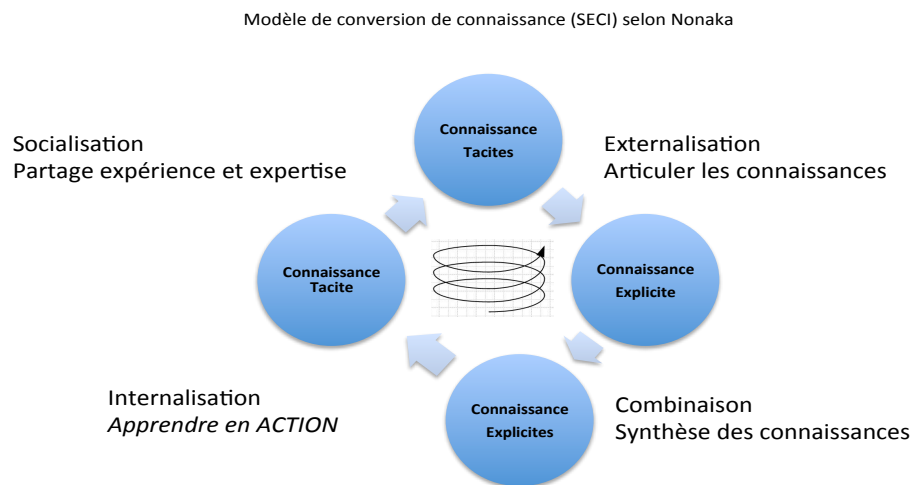


Figure 3 Schématisation du Modèle de la conversion des connaissances (SECI) inspiré de Contandriopoulos, D., 2010; Nonaka, & Takeuchi 1995; Mercier, 2007)

Le premier mode est la **socialisation**. Ce mode de conversion de connaissances par l'interaction et le partage de l'expérience entre des individus permet l'intégration de connaissances tacites en nouvelles connaissances tacites ou le transfert de connaissances d'une personne à l'autre sans que les connaissances soient formalisées. Lors de ce mode de conversion, l'individu peut acquérir une connaissance à l'aide d'observation, la mimique ou avec un collègue de travail sur le terrain. À titre d'exemple, une infirmière qui observe l'une de ses collègues lors de l'approche de soins avec un patient agité. Cette observation permet de convertir une connaissance qui est parfois difficile d'expliquer ou de comprendre si la personne n'est pas présente pour comprendre l'aspect global de la situation (contexte de soins, environnement de soins, l'émotion du moment, etc.).

L'**externalisation** est la transformation de connaissances tacites en connaissances explicites. Cette étape de la création requiert un effort de structuration et d'organisation de ses connaissances tacites afin de pouvoir la communiquer formellement aux collègues de travail. Selon Nonaka, l'externalisation est le point de départ du processus de création de connaissances : la connaissance prend alors la forme d'idées, de concepts, de métaphores ou d'images. L'écriture est un exemple quotidien du phénomène individuel d'externalisation (Nonaka, 2000a). Par exemple, une équipe de soins établit un protocole avec une approche adaptée à l'environnement de travail et la clientèle spécifique (sans-abri). Pour bâtir ce protocole, les cliniciens ont dû réfléchir et analyser leur savoir-être et savoir-faire (approche de soins) envers cette clientèle. Ensuite, ils ont dû travailler pour articuler cette approche dans un langage structuré pour qu'ils puissent transcrire sur papier les idées suite à ce dialogue.

La combinaison, c'est la conversion de connaissances explicites en nouvelles connaissances explicites. Cette création se fait à l'aide d'une combinaison d'un processus

social comme une conférence, une rencontre individuelle ou organisationnelle, etc. Les échanges entre les individus, lors de ces rencontres, permettent une réflexion, une reconfiguration, une addition ou une soustraction d'une connaissance et peut créer une nouvelle connaissance explicite. Par exemple, une analyse des résultats d'un audit sur l'utilisation d'une grille d'évaluation des plaies de pression permet de communiquer les lacunes des cliniciens face à l'utilisation de cette grille. Ensuite, il permet l'élaboration d'un plan d'intervention pour améliorer la situation.

L'**internalisation** est la conversion de connaissances explicites en connaissances tacites. Il s'agit du processus par lequel, les connaissances explicites en viennent à être intégrées aux autres connaissances existantes pour contribuer au bagage de connaissances d'une personne. Parce que le processus est subconscient, qu'il dépend des acquis et qu'il se produit en interaction avec des sentiments et un contexte spécifique, le produit est des connaissances tacites. L'internalisation permet à l'infirmière d'améliorer la qualité et la sécurité des patients en utilisant les données probantes acquises (connaissance explicite) en les adaptant au contexte de soins spécifique (utilisation de son jugement critique et clinique = connaissances tacites).

Finalement, l'interaction humaine est capitale pour créer et modifier les connaissances selon ce modèle. Les connaissances tacites se transmettent par l'expérience et l'action entre les acteurs. Tandis que les connaissances explicites se transfèrent à l'aide d'écriture.

Ainsi, le fondement du modèle de Nonaka, (Nonaka, 1994; Nonaka & Takeuchi , 1995; Nonaka & Konno, 1998) qui est l'échange et l'interaction humaine pour créer et modifier des connaissances, concorde avec le Modèle PARIHS (Harvey et al., 2002; Kiston et al., 1998; McCormack et al., 2002; Rycroft-Malone et al., 2004) qui propose que le contexte de soins (culture et leadership) est à la base du processus de facilitation propice au succès de changement de pratique. La complémentarité des écrits du modèle de conversion des connaissances et le modèle de PARIHS permet donc de constituer le cadre de référence de ce

travail dirigé pour analyser le rôle de l'humain et de ses relations interpersonnelles lors d'un changement de pratique influencé par des données probantes. Le cadre de référence guide l'analyse du rôle de l'humain à l'aide de l'importance de l'échange et des relations entre les cliniciens dans la création et le transfert de connaissances des données probantes. Tandis que l'analyse des relations interpersonnelles est orientée vers l'influence de la culture organisationnelle et d'un leadership démocratique sur le comportement et l'attitude des cliniciens envers une pratique influencée par des données probantes.

Résultat de l'analyse

L'importance de l'aspect humain, lors du transfert de connaissances, est rarement mise en avant-plan dans les nombreux articles scientifiques traitant de l'utilisation de données probantes en milieu clinique dans le domaine de la santé. Cette littérature présente habituellement le transfert comme un produit de la technique utilisée, plutôt qu'un produit de processus sociaux et psychologique.

Dans un premier temps, une recension critique des écrits permet de mettre en relief l'impact des connaissances et des caractéristiques de l'humain à travers du processus de transfert de connaissances. Puis, nous analysons l'influence des relations humaines à l'aide du *leadership* infirmier, de la culture et du processus de facilitation au niveau du transfert de connaissances d'une pratique fondée sur des données probantes.

Le rôle de l'humain lors du transfert de connaissances

La littérature divise principalement la diversité du rôle de l'être humain en deux aspects lors du processus du transfert de connaissances. Le premier évoque l'influence des connaissances professionnelles et personnelles de l'être humain sur ses collègues de travail et dans son milieu de travail. Le deuxième expose les caractéristiques de l'humain qui influencent le transfert de connaissances.

Les connaissances de l'être humain

Pour commencer, l'être humain peut créer et adapter une connaissance pour son milieu clinique à l'aide de ses connaissances professionnelles (*professional craft knowledge*) et explicites (Nonaka, 1994; Rycroft-Malone et al., 2004; Weston, Estrada & Carrington, 2007). Weston et al. (2007) décrivent l'ensemble des connaissances tacites et explicites des infirmières comme le capital intellectuel infirmier dans une organisation de la santé. Ils présentent ce capital comme un aspect important au niveau de la sécurité et de la qualité de soins aux patients au quotidien. Covell & Sidani, (2013) définissent, en pratique, le capital intellectuel infirmier comme étant des connaissances et des habiletés acquises à travers une scolarisation, un développement continu, des certifications spécialisées et des expériences cliniques. Pour cette raison, plusieurs auteurs (Graham et al., 2006; INSPQ, 2008; Newhouse et al., 2005; Roy et al., 1995; Rycroft-Malone, 2004) proposent la participation des parties prenantes dans le processus du transfert de connaissances pour faire verbaliser et expliciter les connaissances de ces individus afin d'adapter les données probantes au contexte.

Les écrits présentent l'humain comme source d'information. Les auteurs parlent de

stockage de connaissances tacites (*professional craft knowledge ou practical know-how*) que les humains (cliniciens) acquièrent à travers leurs expériences personnelles et professionnelles (Covell, 2009). Ces connaissances professionnelles ont une grande valeur pour les organisations, car elles permettent de créer, adapter, modifier et analyser des connaissances (Argote & Ingram, 2000; Nonaka, 1994; Peroune, 2007). De plus, elles représentent un élément clé pour atteindre une pratique fondée sur des données probantes (Rycroft-Malone et al., 2004). Toutefois, ces connaissances demeurent tacites. Il s'avère vital de trouver une méthode pour analyser et évaluer ces connaissances professionnelles, afin de valider leur robustesse. Selon Rycroft-Malone et al., (2004), afin que des *professional craft knowledge* atteignent une validité de haut niveau, elles doivent être analysées et évaluées avec la même rigueur que des données probantes.

L'évaluation des connaissances tacites professionnelles s'avère importante afin de prodiguer des soins appropriés. Cependant, les auteurs (Covell & Sidani, 2013; Rycroft-Malone et al., 2004) soulignent la difficulté d'évaluer ces connaissances. Toutefois, on suggère deux stratégies pour tenter d'articuler ces connaissances pour qu'elles puissent être évaluées. La première se décrit comme un processus qui consiste à utiliser l'observation pour ensuite analyser et articuler les connaissances tacites. La deuxième est l'utilisation d'un processus de facilitation qui permet une réflexion, des échanges et finalement une traduction des connaissances professionnelles. Ce processus permet par la suite de pouvoir évaluer adéquatement les connaissances professionnelles et de les combiner à des connaissances scientifiques afin d'atteindre une pratique factuelle adaptée au milieu de soins. Ces stratégies corroborent avec les éléments clés du modèle SECI de Nonaka qui propose l'observation et l'échange pour expliciter les connaissances tacites professionnelles afin qu'elles soient accessibles à l'organisation.

La communication directe et l'observation représentent des éléments importants pour le transfert de connaissances et l'explicitation des connaissances tacites professionnelles (Chow, 2012; Currie & White, 2012; Lambooy, 2010; Tortoriello, Reagans & McEvily, 2012). Les collègues et les experts locaux sont la première source d'information en milieu clinique pour les infirmières (Gerrish et al., 2011; Milner et al., 2005; Mc Caughan, Thompson,

Cullum, Sheldon & Raynor, 2005; Thompson, Moore & Estabrooks, 2008). Donc, il ne faut pas négliger les échanges et la communication des cliniciens dans leur quotidien. Ces échanges et ces discours informels représentent la transmission de connaissances professionnelles ou explicites pour le développement d'une organisation.

Pour conclure, l'être humain possède des connaissances explicites et des connaissances tacites professionnelles qui peuvent aider à l'avancement d'une organisation. Le capital intellectuel infirmier contribue à créer et à adapter des connaissances pour atteindre une pratique fondée sur des données probantes. Cependant, pour que ces connaissances explicites et tacites professionnelles aident au développement d'une pratique fondée sur des données probantes, elles doivent être analysées et évaluées, afin de valider leur robustesse. Ce processus permet de s'assurer de prodiguer une pratique de soins exemplaire et justifiée par la recherche.

La transformation des connaissances professionnelles tacites en langage codifié avec l'échange et l'observation est un élément à considérer pour pouvoir analyser et évaluer adéquatement ces connaissances. Le développement d'un processus d'évaluation permet de justifier la robustesse des connaissances professionnelles tacites pour qu'elles puissent aider à l'adaptation des pratiques factuelles au milieu. Donc, il ne faut pas ignorer l'importance et l'influence des connaissances des cliniciens lors du processus du transfert de connaissances d'une pratique factuelle.

Les caractéristiques de l'être humain

Trois revues de littérature s'intéressent aux caractéristiques individuelles qui influencent l'utilisation de données probantes dans le domaine de la santé en général. Celles de Estabrook, Floyd, Scott-Findlay, O'Leary & Gushta (2003) et de Squires, Estabrooks, Gustavsson & Wallin (2011) analysent les écrits en sciences infirmières. Tandis que Godin, Bélanger-Gravel, Eccles & Grimshaw (2008) analysent le comportement des professionnels de la santé envers les données probantes.

Pour commencer, les auteurs (Estabrook et al., 2003; Squires et al., 2011) ont divisé en six catégories les caractéristiques individuelles des infirmières : croyances et comportements envers les données probantes, l'implication dans des activités de recherche, recherche d'information, formation, caractéristiques professionnelles et facteurs socioéconomiques/démographiques.

Les auteurs soulèvent d'une part, une corrélation entre les croyances et les comportements des infirmières et l'utilisation des données probantes. À titre d'exemple, une infirmière qui possède une perception négative des résultats des données probantes risque d'être très pessimiste envers le changement de pratique fondée par ces données probantes et lors de discussion avec ses collègues. Cette négativité peut avoir une répercussion sur sa pratique (ne pas appliquer les données probantes) et envers ses collègues (influencer leur opinion). D'autre part, leur analyse leur permet de reconnaître une relation positive entre l'utilisation des données probantes et la participation des infirmières à des séances de formation/conférence (recherche d'information). Ce résultat appuie les auteurs (Covell et al., 2013; Fink, Thompson & Bonnes, 2005; Estabrook et al., 2008; Karkos & Peters, 2005; Kiston et al., 1998; Newhouse et al., 2005) qui identifient l'importance d'avoir une organisation qui soutient le développement continu de son personnel pour améliorer l'utilisation des données probantes en milieu clinique. Ensuite, les auteurs identifient le rôle de l'infirmière dans l'organisation, la

spécialisation et la satisfaction au travail comme étant trois éléments des caractéristiques professionnelles qui influencent l'utilisation des données probantes en milieu clinique.

La relation entre le rôle de l'infirmière dans l'organisation et l'utilisation des données probantes en milieu clinique retient notre attention. Selon ces deux revues de littérature, les infirmières qui possèdent un poste de *leadership* ou en pratique avancée utilisent davantage les données probantes dans leur pratique au quotidien que les infirmières cliniciennes. Ces résultats sont intéressants, car ils témoignent l'importance du rôle que ces infirmières peuvent jouer dans le transfert de connaissances des données probantes en milieu clinique. Ces propos sont appuyés par plusieurs auteurs (Gerrish et al., 2012; Milner et al., 2005; Thompson et al., 2008) qui soulignent que les infirmières gestionnaires et les infirmières en pratique avancée (infirmière praticienne, infirmière clinicienne spécialisée et les infirmières cliniciennes éducatrices) sont les mieux positionnées pour faciliter le processus de l'implantation des données probantes en milieu clinique, car elles peuvent faire des liens entre la recherche et la pratique. De plus, on remarque que les contacts et les échanges fréquents des *leaders* formels avec les infirmières cliniciennes leur donnent l'opportunité d'influencer le comportement et la pratique de celles-ci. Les études des *Magnets hospital* démontrent que la visibilité, l'accessibilité et le soutien clinique que procurent ces *leaders* influencent grandement la pratique infirmière (Manojlovich, 2005). La recherche de Gerrish et al., (2011) auprès de 855 infirmières praticiennes démontre que celles-ci facilitent et influencent la pratique factuelle en travaillant conjointement avec les infirmières cliniciennes au chevet du patient, en créant une culture d'apprentissage et en développant le raisonnement clinique des infirmières cliniciennes.

Pour sa part, la revue de littérature de Godin et al., (2008) auprès des professionnels de la santé vise à prédire les intentions et les comportements des cliniciens à changer leur pratique à l'aide de la théorie du comportement planifié. Les auteurs remarquent que les croyances envers les données probantes et la pratique factuelle influencent significativement l'intention des professionnels de la santé à changer leur pratique. De plus, la corrélation positive entre changer sa pratique et la croyance d'avoir la capacité de faire le changement de pratique

représente un élément intéressant. D'ailleurs, une revue de littérature (Carlson & Plonczynski , 2008) sur les barrières et les facteurs qui influencent l'utilisation des données probantes par les infirmières en milieu clinique, a permis de constater que le manque d'autorité des infirmières pour faire des changements au niveau de la pratique, représente un obstacle important pour la pratique factuelle.

Ces résultats génèrent une réflexion sur comment changer positivement les croyances des infirmières envers les données probantes, sur la pratique fondée sur des données probantes, ainsi que sur leur capacité à faire un changement de pratique. Les auteurs du modèle PARIHS suggèrent une culture organisationnelle qui met en valeur le développement continu des infirmières, une valorisation d'apprentissage entre les pairs, une participation des cliniciens au niveau du processus décisionnel, ainsi qu'un processus de facilitation pour guider les infirmières lors de l'implantation d'une pratique factuelle. Plusieurs études sur l'impact de modèle d'implantation d'une pratique factuelle (voir Annexe 2) démontrent les effets positifs de ses stratégies d'interventions sur les croyances des infirmières face aux données probantes et de la pratique factuelle. À titre d'exemple, une étude sur un programme de mentorat pour l'implantation d'une pratique factuelle auprès de 99 infirmières faisant partie d'une équipe de *leadership*, Wallen et al., (2010) observent des effets positifs sur la culture organisationnelle face à la pratique factuelle, aux croyances envers celles-ci ainsi que sur le processus général relativement à l'implantation d'une pratique factuelle.

Pour conclure, on remarque qu'une infirmière peut influencer le transfert de connaissances à travers les étapes du processus de transfert de connaissances. Premièrement, elle peut aider à la création/modification de la connaissance à l'aide de ses connaissances explicites et tacites professionnelles. Ensuite, elle devient diffuseuse de la connaissance lors d'échanges, d'observations, de discours formels ou informels avec ses collègues. Cette communication avec ses collègues peut influencer positivement ou négativement le changement de pratique de l'individu et permet de transmettre la connaissance dans le milieu. Également, l'individu possède ses propres caractéristiques qui influencent sa perception, ses valeurs et son application de connaissances en milieu clinique. Donc, il ne suffit pas qu'un

individu possède des connaissances pour les diffuser ou les appliquer dans sa pratique. Le clinicien doit être convaincu de l'utilité des données probantes lors de ses soins envers le patient. Finalement, la capacité d'un individu à contribuer au processus de création et de transfert de connaissances ne provient pas seulement de lui-même, mais est aussi influencée par la relation sociale, professionnelle et hiérarchique dans l'organisation (Aalbersa , Dolfsmab & Koppius, 2013).

Rôle des relations humaines lors d'un transfert de connaissances

Le dictionnaire Larousse (2013) décrit une relation humaine comme : un ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent et communiquent entre elles. Les relations entre les individus dans une organisation représentent un aspect important dans une organisation, car elles influencent le transfert de connaissances. Selon une étude effectuée par Tortoriello et al., (2012), une bonne relation interpersonnelle entre collègues de travail engendre une motivation et une volonté d'apprendre de la part du receveur, ainsi qu'une volonté à partager du temps et des connaissances de la part du diffuseur. Ces propos sont appuyés par des études en sciences infirmières (Gerrish et al., 2012; Profetto-McGraft , Negrin , Hugo , Bulmer Smith, 2010; Stetler et al., 2006) qui soulignent que les infirmières cliniciennes considèrent leur relation avec les infirmières en pratique avancée ou avec les *leaders* comme importante et influente au niveau du transfert de connaissances. Les infirmières cliniciennes accordent de l'importance à ces relations, car elles sont capables de traduire les données à la pratique et elles ont une expertise clinique qui leur permet de comprendre le contexte et l'expérience de soins.

Les auteurs (Harvey et al., 2002; Kiston et al., 1998; McCormack et al., 2002; Rycroft-Malone et al., 2004) de modèle de PARIHS, abordent les relations humaines lors de transfert de connaissances avec les éléments du *leadership*, de la culture, ainsi qu'avec le processus de facilitation.

Leadership

Les études (Hauck et al., 2013; Newhouse et al., 2007) démontrent un lien direct entre un *leadership* infirmier fort sur le comportement des infirmières (valorise le changement et les données probantes) et sur leur pratique infirmière (application des données probantes et réflexion sur leurs soins). Également, une recherche de Manojlovich et al. (2005) appuie ces propos en démontrant un lien étroit entre la perception des infirmières envers leur équipe de *leadership* à bâtir un environnement de travail adéquat (ressources humaines et matérielles disponibles) pour l'implantation d'une pratique factuelle et l'amélioration de la pratique. Cette perception envers l'équipe de *leadership* influence les croyances des infirmières envers leur capacité à changer une pratique.

Ces résultats suggèrent que le rôle de l'équipe de *leadership*, lors du transfert de connaissances d'une pratique factuelle, est central pour obtenir du succès. En effet, l'influence des membres de l'équipe de *leadership* sur les caractéristiques professionnelles des infirmières génère des pistes d'interventions pour améliorer l'utilisation d'une pratique factuelle. Les auteurs de PARIHS (Harvey et al., 2002; Kiston et al., 1998; McCormack et al., 2002; Rycroft-Malone, 2004) recommandent le recours à un style de leadership démocratique ou transformationnel. Ils prônent également la promotion d'un environnement de soutien et un environnement favorable à l'apprentissage.

Ces interventions sont également identifiées par des auteurs (Estabrook et al., 2008; Hauck et al., 2013; Newhouse et al., 2007; Stetler et al., 2009; Williams, 2011) proposant un *leadership* qui permet l'implication des cliniciens dans le processus décisionnel et qui encourage les cliniciens à poser des questions et trouver des solutions aux problématiques engendrées dans les milieux. De plus, on mentionne la responsabilité de l'équipe de *leadership* à communiquer clairement sa vision et ses exigences face à l'utilisation des données probantes en milieu clinique. En effet, le style de leadership contribue aux conditions de travail favorable au changement de pratique et à l'attitude en général des cliniciens. Selon AIIAO (2006), il

existe une corrélation significative entre un *leadership* orienté vers le changement (style de *leadership* transformationnel et charismatique) et le rendement de l'équipe face au changement de pratique. De plus, ce style de *leadership* influence la croyance de l'équipe sur sa capacité à faire un changement de pratique.

L'équipe de *leadership* influence les infirmières grâce à ses relations et ses échanges avec elles. Pour cette raison, l'équipe de leadership doit démontrer son engagement et être un « modèle » en ce qui concerne l'utilisation d'une pratique factuelle. Elle doit transmettre et démontrer sa vision des soins, afin que les infirmières s'approprient cette vision. Donc, l'équipe de leadership doit développer une culture qui promeut le changement et la pratique fondée sur des données probantes. En effet, il existe un lien direct entre la culture de l'équipe de *leadership* et les soins prodigués au chevet par les cliniciens. Un changement de pratique influencé par des données probantes est réussi lorsque les *leaders* en soins infirmiers soutiennent le personnel, en offrant des structures et en donnant l'occasion de prendre part à toutes les phases du processus de changement. Ainsi, ce changement est réussi lorsque les *leaders* démontrent un engagement sincère envers le changement et qu'ils donnent l'exemple en matière de prise de risque et d'innovation, en travaillant et en modifiant le milieu de soins pour atteindre les buts du changement de pratique (AIIAO, 2006).

Finalement, l'équipe de *leadership* infirmier d'une organisation est responsable de faciliter et d'influencer positivement le processus du transfert de connaissances. Ils doivent s'engager et être motivés afin de soutenir l'implantation de changement de pratique et de créer une culture qui appuie le changement et l'innovation (Gifford et al., 2007; Hauck et al., 2013; Newhouse et al., 2007; Stetler et al., 2009; Williams, 2011). Selon AIIAO (2006), les *leaders* en soins infirmiers créent les conditions propices pour que les infirmières aient accès aux données probantes à jour, au soutien, à la rétroaction et aux conseils des supérieurs, des pairs et des subordonnés pour qu'elles puissent donner des soins sécuritaires et de qualité. L'équipe de *leadership* influence le comportement, les valeurs des cliniciens ainsi que la qualité de soins prodigués aux patients en leur diffusant la vision et la culture du milieu de soins.

Culture

La littérature met clairement en évidence l'influence de la culture d'une organisation sur le transfert de connaissances (Al-Alawier, Al-Marzooqi & Mohammed, 2007; Carlson et al., 2008; Chow, 2012; Estabrook et al., 2008; Fink et al., 2005; Gerrish et al., 2008; Greenhalgh Robert, Macfarlane, Bate & Kyriakidou, 2004; Phelps et al., 2012; Pipe, Cisar, Caruso & Wellik 2008; Stetler, 2003; Wei, Zheng,& Zhang 2011; Williams, 2011). Scott-Findlay (2005), spécifie qu'une culture organisationnelle guide et influence le comportement et l'attitude des cliniciens en leur donnant un contexte où certains individus, idées et évènements ont plus de valeurs et d'importance que d'autres.

Le concept de culture, lors du transfert de connaissances, est mis en relief dans de nombreux articles, souvent sous forme de recommandations ou simplement mentionner comme un élément important. Cependant, la culture d'une organisation apprenante et celle d'un environnement de confiance ressortent comme des éléments à considérer pour améliorer le T.C. dans un milieu clinique. De plus, plusieurs auteurs en sciences infirmières (Newhouse et al, 2005; AIIAO, 2006; Stetler, 2003) soulignent que la clé du succès pour une pratique factuelle débute par l'implantation d'une culture d'EBP.

Organisation apprenante

En ce qui concerne la culture d'une organisation apprenante, les auteurs du modèle PARIHS (Harvey et al., 2002; Kiston et al., 1998; McCormack et al., 2002; Rycroft-Malone et al., 2004) parlent de l'influence de cette culture sur les relations humaines et le TC entre les collègues de travail. Certaines études (Al-Alawi et al., 2007; Chow et al., 2012; Wei et al., 2011) remarquent une relation significative entre la culture de l'organisation et le transfert de connaissances entre collègues de travail. Selon les données, une organisation qui crée une culture d'apprentissage facilite le transfert de connaissances par la création et l'acquisition de

connaissances à travers l'échange d'expertise et d'expérience entre les collègues. Wei et al. (2011) expliquent qu'une organisation apprenante incite ses membres à valoriser le développement professionnel, le travail d'équipe et la création, ainsi que l'utilisation de nouvelles connaissances. Un environnement qui facilite les échanges et le partage entre les membres de l'organisation rejoint le modèle de conversion des connaissances de Nonaka (1994) pour créer et convertir les connaissances en milieu clinique. Cette culture permet la conversion des connaissances tacites professionnelles et au développement des connaissances explicites d'une organisation.

De plus, on exploite les relations et les échanges entre les collègues pour transmettre et développer des connaissances. Selon Tortoriello et al. (2012), le transfert de connaissances se produit plus facilement entre des individus d'une même organisation, car ils développent de nouvelles connaissances en les associant à ce qu'ils possèdent déjà comme connaissance. Finalement, un milieu de travail qui s'inspire d'une culture d'organisation apprenante, améliore le vouloir des individus à partager leur expertise et leurs connaissances, ce qui procure des conditions favorables pour le TC d'une pratique factuelle.

Culture de confiance

La confiance mutuelle améliore les capacités de communication (Contandriopoulos et al., 2010; Estabrook et al., 2006; Peroune , 2007; Sankowska, 2013). Par ailleurs, plus les capacités de communication sont importantes, plus le potentiel de TC est grand. D'ailleurs, plusieurs auteurs (Aalbersa et al., 2013; Foos et al., 2005; Liu & Lin, 2007) indiquent qu'il faut la présence d'une relation de confiance pour transférer efficacement des connaissances tacites entre les membres d'une organisation.

La confiance que les infirmières ont envers leur profession (valeurs), leur organisation (culture), ainsi qu'envers leurs superviseurs (leadership), est un levier important à mobiliser

pour le TC (AIIAO, 2006; Gerrish et al., 2012; Mckillop, Crisp & Walsh, 2012; Newhouse et al., 2005; Stetler et al., 2009; Williams et al., 2011). En particulier, ces liens de confiance permettent de donner un sens aux changements demandés, ce qui permet d'augmenter la réceptivité des cliniciens. D'ailleurs, les études démontrent que les infirmières en pratique avancée influencent les membres de l'équipe de soins grâce à leur relation de confiance avec eux, ainsi qu'avec leur expertise clinique. Leurs relations au quotidien avec l'équipe de soins, ainsi que leurs compétences cliniques, leur permettent d'aider et d'influencer l'équipe de soins par l'échange d'informations, par l'observation lors de soins au chevet et par la réflexion (Gerrish et al., 2012; Milner et al., 2005).

Ainsi, plusieurs auteurs (Newhouse et al., 2005; AIIAO, 2006; Stetler, 2003) soutiennent que la culture peut influencer le comportement et l'attitude des cliniciens face à l'utilisation d'une pratique factuelle. Selon l'Association des infirmiers et infirmières autorisés de l'Ontario (AIIAO) (2006), la première étape consiste à évaluer les différents aspects de la culture les plus susceptibles d'influencer les comportements liés aux connaissances, notamment les attitudes à l'égard des données probantes, les changements nécessaires afin de favoriser l'utilisation collective des connaissances et les modèles de communication interne. Plusieurs modèles d'implantation de données probantes (voir Annexe 1) proposent la création d'une culture organisationnelle comme une étape essentielle pour atteindre du succès au niveau de l'implantation d'une pratique factuelle. Fineout-Overholt et al. (2010) renchérissent cette vision suite à leur étude en soulignant qu'il est crucial de valoriser une culture EBP pour atteindre une pratique exemplaire au chevet des patients. À titre d'exemple, les études sur les *Magnet Hospital* (Fink et al., 2005; Karkos et al., 2006) démontrent qu'un établissement de santé qui met en valeur une culture EBP entraîne une participation active des infirmières cliniciennes au niveau du processus décisionnel clinique, ce qui influence la réflexion professionnelle face aux soins prodigués et à la perception des infirmières face à leur capacité de changer une pratique.

Finalement, la littérature en sciences infirmières sur la pratique factuelle (Abrahamson et al., 2012; Carlson et al., 2008; Cullen et al., 2012; Estabrook et al., 2007; Estabrook et al.,

2008; Grant et al., 2012; Karjemo et al., 2010; Pavrokoff et al., 2005; Roe et al., 2012; Schlickau et al., 2012; Scott-Findlay et al., 2005; Stetler, 2003; Wallen et al., 2010) et les écrits en TC (Al-Alawier et al., 2007; Phelps et al., 2012; Pipe et al., 2008; Wei et al., 2011) soutiennent l'influence du contexte pour l'utilisation de nouvelles connaissances dans une organisation. De plus, certains auteurs (Estabrook, Midodzi, Cummings & Wallin, 2007; Estabrook et al., 2008) soulignent les liens dynamiques entre le *leadership*, un contexte de soins favorable EBP et une culture d'une organisation apprenante sur l'utilisation des données probantes en milieu clinique.

Ces écrits concordent avec la position des auteurs du modèle PARIHS (Harvey et al., 2002; Kiston et al., 1998; McCormack et al., 2002; Rycroft-Malone, 2004) qui présentent l'importance d'évaluer le contexte pour implanter une pratique factuelle. Selon ces auteurs, ces liens sont complexes et difficiles à évaluer. Cependant, ils suggèrent de voir le contexte de soins comme un milieu où l'on implante, crée et modifie des connaissances. Tandis que la culture est une caractéristique du contexte de soins qui influence significativement la pratique infirmière. Ces propos témoignent l'importance de l'équipe de *leadership*, car ses membres sont responsables de diffuser la culture de l'unité et d'établir des conditions favorables pour une pratique factuelle (Gifford et al., 2007; Hauck et al., 2013; Newhouse et al., 2007).

De plus, ce souci de clarification entre les interactions des trois éléments (*leadership*, le contexte de soins favorable à une pratique factuelle et la culture) nous permet d'établir des liens avec le modèle de conversion de connaissances (SECI) de Nonaka (1994). Il est difficile de diffuser une culture organisationnelle en pratique, car elle représente un ensemble de connaissances tacites (savoir-être, savoir-faire, etc.), de connaissances explicites (lignes directrices de soins, connaissances scientifiques, etc.) et des caractéristiques individuelles (valeurs, croyances, etc.). Les auteurs de PARIHS (McCormack et al., 2002) utilisent le modèle de SECI de Nonaka pour expliquer l'importance de trouver des interventions pour expliciter les connaissances, afin qu'elles soient accessibles au milieu clinique. Ainsi, il faut utiliser une combinaison d'interventions qui utilisent l'observation, l'échange de connaissances et les interactions entre les cliniciens pour diffuser efficacement la culture de l'unité.

En somme, l'équipe de soins doit faire une évaluation et une réflexion de leur culture et leur contexte de soins face à l'implantation de données probantes. Cette transition vers une culture EBP peut parfois nécessiter la présence de personnes clés qui peuvent faciliter la réflexion et l'évaluation lors du processus du transfert de connaissances. Pour cette raison, nous allons explorer le processus de facilitation et le rôle de ces personnes clés dans le transfert de données probantes en milieu clinique.

Processus de facilitation

Selon Cullen et al. (2012), il faut introduire et impliquer le plus rapidement possible des facilitateurs lors du processus de changement de pratique influencée par des données probantes. De plus, l'implication de ces personnes clés, lors de la formation clinique (mentorat, coaching, *rôle modèle*) et théorique, est une des stratégies clés pour obtenir du succès lors de l'implantation de données probantes en milieu clinique (Cullen et al., 2012).

Les modèles d'implantation de données probantes en sciences infirmières démontrent que le mentorat est un processus de facilitation efficace lors du transfert de connaissances d'une pratique factuelle (voir Annexe 1 et Annexe 2). À titre d'exemple, l'étude de Levin, Fineout-Overholt, Mazurek Melnyk, Barnes & Vetter (2011) conclut que le support clinique d'une infirmière en pratique avancée après l'enseignement sur la pratique factuelle favorise l'intégration et l'application des données probantes en milieu clinique. De plus, les chercheurs de cette étude ont remarqué que le soutien clinique (mentorat) de l'infirmière en pratique avancée engendre des effets positifs sur les infirmières cliniciennes, soit la satisfaction du travail, la fierté de la profession infirmière, ainsi qu'une amélioration au niveau des connaissances générales face à la pratique factuelle.

Les facilitateurs utilisent leurs relations interpersonnelles pour changer le comportement ou la pratique des cliniciens. Selon plusieurs auteurs (Dogherty et al., 2010; Harvey et al., 2002; Grimshaw et al., 2012; Stetler et al., 2006; Thompson et al., 2006), les

facilitateurs doivent posséder des qualités de communicateur et des compétences spécifiques au changement pour avoir du succès. Lors des entrevues effectuées par l'étude qualitative de Stetler et al. (2006), une des participantes décrit l'importance de la relation avec le facilitateur et du soutien clinique comme : *the essence of facilitation as "support and encouragement – more of a relationship where you work with the team or identified person at the site, rather than an outsider coming in with educational materials. p 42 »*

D'ailleurs, les auteurs (Dogherty et al., 2010; Harvey et al., 2002; Grimshaw, Eccles, Lavis, Hill & Squires, 2012; Stetler et al., 2006; Thompson et al., 2006) exposent l'importance de la crédibilité du facilitateur et de la relation mutuelle de respect et confiance qui doit régner entre les individus. Pour cette raison, les infirmières en pratique avancée (infirmière clinicienne éducatrice ou infirmière clinicienne spécialisée) représentent des facilitateurs idéaux pour les unités de soins. Leurs relations de travail avec l'équipe de soins et leur expertise clinique leur donnent l'opportunité de diffuser plus facilement l'information (Greenglah et al., 2004; Rycroft-Malone et al., 2002) et d'aider à la réflexion. Également, l'accès direct des infirmières en pratique avancée aux cliniciens, lors de soins au chevet constitue des occasions privilégiées pour démontrer l'adaptation et l'application de données probantes en milieu clinique. Suite à leur revue de littérature sur la rétroaction et l'évaluation comme stratégie d'intervention, Doran et al. (2007) suggèrent que la rétroaction donnée par un facilitateur en milieu clinique aux infirmières cliniciennes, lors de soins qu'elles viennent de prodiguer, engendre une certaine motivation de la part de l'infirmière à réfléchir, à chercher les connaissances au besoin et même à changer sa pratique. Ainsi, la réflexion et le soutien immédiat que procurent les infirmières en pratique avancée justifient leur rôle et leur présence sur les unités de soins pour le TC d'une pratique factuelle (Gerrish et al., 2012). De plus, ces résultats démontrent que le soutien clinique, lors de soins au chevet, apporte des effets positifs pour le TC en milieu clinique. D'ailleurs, le modèle de SECI de Nonaka (1994) souligne que les cliniciens développent constamment des connaissances en milieu clinique grâce à l'observation, au partage d'expertise clinique et aux interactions entre collègues. Le facilitateur comme soutien clinique permet de guider le raisonnement clinique et l'adaptation de EBP. Ainsi, ce processus de facilitation permet d'aider la conversion de connaissances

explicités en ajoutant la complexité d'un milieu de soins (préférences du patient, intuition du clinicien, d'émotions, croyances, etc.). Pour cette raison, le soutien clinique peut s'avérer comme une stratégie intéressante pour l'implantation et la pérennité d'une pratique factuelle.

Finalement, le concept de soutien clinique, comme processus de facilitation, employé dans les modèles de soins semble important à travers le processus d'implantation. De plus, les infirmières en pratique avancée se révèlent comme des facilitateurs de choix pour aider à l'implantation d'une pratique factuelle. Leur relation privilégiée avec les cliniciens est un atout non négligeable pour la diffusion de l'information et pour démontrer la pratique factuelle en milieu clinique.

Discussion et Recommandations

Le milieu des soins infirmiers est sensibilisé à l'impact des données probantes sur la qualité des soins et la sécurité aux patients (Abrahamson et al., 2012; Cullen et al., 2012; Levin et al., 2011). La littérature scientifique fait état de nombreuses recherches sur l'implantation et l'utilisation des données probantes en milieu clinique (Graham et al., 2006; Kiston et al., 2008; Newhouse et al., 2005; Wallen et al., 2010). Plusieurs auteurs suggèrent l'évaluation et la préparation du contexte de soins comme une étape primordiale pour avoir du succès dans le transfert de connaissances en milieu clinique (AIIAO, 2006; Hauck et al., 2012). L'analyse des écrits et des études scientifiques, guidée par les écrits de Nonaka et le modèle PARISH ont permis de faire la lumière sur l'impact et l'influence de l'aspect humain du transfert de connaissances pour une pratique influencée par des données probantes ainsi que de soumettre des recommandations pour les améliorer en milieu clinique.

Ce travail dirigé propose un cadre de référence qui peut aider les équipes de soins à avoir du succès lors du transfert de connaissances en milieu clinique. Ce cadre identifie les nombreux impacts d'une évaluation du contexte de soins favorables à *Evidence Based Practice*, d'une mise en place d'un *leadership* transformationnel, d'une culture apprenante et d'un soutien clinique pour le transfert de connaissances. Tous ces facteurs peuvent influencer les comportements, les valeurs ainsi que la philosophie de soins des cliniciens au chevet par une pratique factuelle. Afin d'explicitier les éléments clés et leurs relations, nous présentons un schéma qui représente un contexte de soins favorable à une pratique influencée par des données probantes.



Figure 4 Schéma sur l'impact et les liens dynamiques des éléments d'un contexte favorable pour une pratique factuelle.© Larocque,J.(2013)

D'abord, la figure 4 illustre les éléments clés qui sont ressortis de notre analyse des écrits quant aux impacts sur l'utilisation des données probantes en milieu clinique et de leurs liens dynamiques entre eux. Dans un premier temps, ce schéma met l'accent sur l'application d'un contexte favorable (leadership démocratique et charismatique, une culture d'apprenante et un contexte de soins favorable EBP) à l'implantation et l'utilisation des données probantes en milieu clinique. Ensuite, il établit l'importance d'un soutien clinique sur le transfert de connaissances (TC) et les liens avec l'application d'un contexte de soins favorable pour le TC. La mise en application et les recommandations sur une pratique factuelle seront expliquées à l'aide des trois aspects centraux : *leadership* transformationnel, culture d'apprenante et soutien clinique. En conclusion, nous aborderons les défis et les limites de l'application de nos pistes de solution.

Impacts de la mise en application d'un contexte favorable auprès d'un transfert de connaissances de données probantes en milieu clinique

Cette section présente les différents éléments dont est composée la figure 4 sur les impacts de la mise en application d'un contexte favorable auprès d'un transfert de connaissances de données probantes en milieu clinique.

Leadership transformationnel

L'application d'un style de *leadership* démocratique et charismatique a pour conséquence d'inspirer les cliniciens en donnant une vision et une culture de l'unité de soins qui sont claires et persuasives (AIIAO, 2006). Cette vision et cette culture sont communiquées par les *leaders* formels à l'aide d'échanges et de document officiel sur les exigences envers l'utilisation des données probantes et la qualité des soins. De plus, ces *leaders* transmettent

leurs passions et leurs exigences en étant engagés et motivés à travailler au quotidien pour la qualité des soins (Hutchinson et al., 2012; Wong et al., 2007). Ce style de *leadership* (transformationnel) fait en sorte que l'équipe de soins est stimulée et provoque, chez certains individus, une volonté de se dépasser professionnellement (McCormack et al., 2002). En plus d'avoir des effets positifs sur les cliniciens, ce style de *leadership* accorde une importance cruciale à la relation entre l'équipe de *leadership* et les membres de l'équipe de soins. Cette relation exige que l'accessibilité et la visibilité des *leaders* dans les unités de soins soient présentes afin de communiquer davantage avec l'équipe de soins. La relation qui s'établit provoque alors une amélioration au niveau de la qualité de la communication et du partage d'informations entre les *leaders* et les cliniciens (AIIAO, 2006; Gerrish et al., 2012; Mckillop et al., 2012; Newhouse et al., 2005; Stetler et al., 2009; Williams et al., 2011). De plus, un *leader* transformationnel voit un *leader* dans tous les membres de son équipe. Cette vision incite le *leader* à impliquer les membres de l'équipe de soins dans le processus d'application d'une pratique factuelle et à donner de la valeur à leur expérience clinique ainsi qu'à leur opinion (AIIAO, 2006; McCormack et al., 2002). Ce *leader* inspire donc tous les cliniciens à réfléchir au niveau de la qualité de soins qu'ils prodiguent et à s'investir dans les projets sur l'unité de soins qui sont des éléments essentiels à une pratique factuelle.

Culture d'une organisation d'apprenante et d'Evidence Based Practice

Un contexte de soins qui s'intègre dans une organisation possédant la culture d'une organisation apprenante conçoit le lieu de travail comme un lieu d'apprentissage. Cette organisation accorde une importance cruciale aux besoins d'épanouissement individuel de l'équipe de soins et du milieu clinique. Par conséquent, l'opportunité de formation continue est présente et la recherche de nouvelles connaissances est encouragée. La philosophie de travail se base beaucoup sur des relations mutuelles de respect et de confiance entre les collègues de travail. Ces relations apportent une facilité lors des échanges et des partages de connaissances cliniques, complexes et tacites (Aalbersa et al., 2013; Foos et al., 2005; Liu et al., 2007). Cette culture stimule la réflexion sur la pratique des cliniciens, ce qui provoque la

création de nouvelles connaissances. De plus, les cliniciens s'engagent et réfléchissent au niveau de la qualité de soins afin de donner des soins exemplaires. La culture d'une organisation apprenante influence les cliniciens en donnant une signification et une importance aux données probantes, au développement professionnel et au partage de connaissances entre les collègues de travail. (Al-Alawi et al., 2007; Chow et al., 2012; Wei et al., 2011)

Une culture d'Evidence Based Practice

Une unité de soins doit s'inspirer de la culture EBP pour implanter et maintenir une pratique de soins influencée par des données probantes (Abrahamson et al., 2012; Carlson et al., 2008; Cullen et al., 2012; Estabrook et al., 2007; Estabrook et al., 2008; Grant et al., 2012; Karjemo et al., 2010; Pavrokoff et al., 2005; Roe et al., 2012; Schlickau et al., 2012; Scott-Findlay et al., 2005; Stetler, 2003; Wallen et al., 2010). Cette culture met l'emphase sur l'importance de donner de bons soins en utilisant les données probantes et un raisonnement critique. Elle provoque, également, une réflexion constante de la part des cliniciens face à leurs soins et une recherche active pour trouver les meilleures données probantes disponibles. Tel que mentionné précédemment, une unité de soins qui s'inspire de la culture EBP accorde une importance au développement professionnel de ses membres, à une implication active des cliniciens dans le processus décisionnel et à un environnement de travail adéquat (ressources humaines et matérielles disponibles) pour l'implantation et le maintien d'une pratique factuelle. Finalement, cette culture influence, chez les cliniciens leur raisonnement clinique, leur approche aux soins prodigués ainsi que leur perception des données probantes dans le milieu clinique.

Soutien clinique

Le soutien clinique apporte au clinicien, un soutien émotionnel et intellectuel lors du processus de transfert de connaissances. Le temps, la visibilité et l'accessibilité de personnes

ressources semblent être des éléments clés pour atteindre du succès lors de l'application d'une pratique factuelle. Pour les cliniciens, un soutien clinique démontre l'importance que l'équipe de *leadership* accorde à l'innovation et contribuer à créer un milieu plus adapté pour le changement. Le soutien clinique par les infirmières en pratique avancée semble un atout important pour les unités de soins. Ces infirmières possèdent une expertise clinique ainsi que des connaissances académiques et scientifiques pour aider l'équipe de soins lors de l'application de pratique factuelle. Elles représentent le médiateur entre le monde scientifique et les cliniciens. De plus, les infirmières de pratique avancée possèdent déjà une certaine relation de confiance, ce qui aide à la transmission et au partage des connaissances (Dogherty et al., 2010; Harvey et al., 2002; Grimshaw et al., 2012; Stetler et al., 2006; Thompson et al., 2006). Pour conclure, un soutien clinique est un élément très important pour les cliniciens, car il leur permet d'être épaulés et guidés à travers le processus complexe d'un transfert de connaissances.

Recommandations sur la mise en place d'un contexte favorable pour une pratique influencée par des données probantes

Suivant la présentation d'un contexte favorable au transfert de connaissances d'une pratique factuelle, il convient maintenant d'expliquer concrètement comment mettre en pratique cette application. Cette dernière section se veut un guide pour aider les équipes de soins à atteindre un contexte de soins favorable à une pratique factuelle.

Pour commencer, nous recommandons un questionnement et une évaluation sur le style de *leadership* et de la culture ainsi que du soutien clinique de l'unité de soins. D'autres modèles sont présentés dans l'annexe 1 et 2. Le modèle de PARIHS présenté dans ce travail dirigé peut aider à évaluer le contexte. Sinon les Annexes 1 et 2 exposent d'autres modèles.

Style de leadership : Tout d'abord, nous croyons que certains individus influencent plus facilement les autres et qu'ils possèdent des traits de personnalité pour devenir un *leader*.

Cependant, une personne peut développer certaines habiletés de *leadership* et devenir un meilleur *leader*. Pour cette raison, l' introspection des membres de l'équipe de *leadership* sur le style de *leadership* qui les inspirent s'avère un point important. L'évaluation permet de mieux comprendre leur style de *leadership*, afin de s'améliorer en tant que *leader* formel (Schneider, Ehrhart & Macey, 2012).

Leadership transformationnel : une réflexion sur la vision de soins, les exigences de l'utilisation de données probantes et d'une pratique factuelle pour l'unité s'imposent afin d'élaborer un document officiel ou intégrer aux documents officiels existants. Aussi, l'équipe de *leadership* doit établir le processus d'implantation d'une pratique factuelle qui prévoit un volet soutien clinique de la part des membres de l'équipe de *leadership*.

En dernier lieu, l'équipe de *leadership* doit promouvoir la participation et l'échange d'informations entre tous les membres de l'équipe de soins (l'équipe de *leadership*, les *infirmières cliniciennes* et les professionnelles de la santé). De plus, il s'avère important de trouver un processus décisionnel qui implique l'équipe de soins lors des changements de pratique influencée et un système de communication avec l'équipe de soins dans le quotidien. L'utilisation de rencontre mensuelle, *focus group*, le groupe Facebook avec la participation active de *leaders* formels, le courriel et la boîte de recommandation sont des moyens pour communiquer, échanger et impliquer les membres de l'équipe de soins dans le processus. Également, un agenda de la disponibilité de l'infirmière gestionnaire peut aider à communiquer sa disponibilité aux membres de l'équipe de soins ce qui peut améliorer son accessibilité et la planification pour des rencontres avec elle pour échanger.

La deuxième recommandation est reliée au contexte de soins, c'est-à-dire une culture d'une organisation apprenante et un contexte de soins favorable à la pratique factuelle.

Culture de l'unité : Tel que stipulé plus haut, l'implication des infirmières cliniciennes dans le processus d'évaluation de la culture de l'unité permet de les inclure dans le processus de transfert de connaissances de données probantes en milieu clinique. Cette évaluation

permet de clarifier les exigences de l'unité de soins face à l'utilisation des données probantes en milieu clinique et de les inclure dans les documents officiels (Hauck et al., 2012).

Culture d'une organisation d'apprenante : Pour débiter, cette organisation accorde une importance cruciale aux besoins d'épanouissement individuel de l'équipe de soins et de l'organisation. Il faut promouvoir le milieu de travail comme un lieu d'apprentissage et de travail d'équipe. Nous suggérons d'inclure dans le programme de formation, des séances d'éducation pour tous les membres de l'équipe de soins. L'attribution du budget pour la formation devrait être évaluée annuellement pour d'optimiser l'utilisation des ressources financières. Ces formations donneront l'opportunité de diffuser la culture et la vision des soins influencées par des données probantes. De plus, elles sont des occasions idéales pour promouvoir l'échange, le partage de connaissances et le travail d'équipe entre les collègues à l'aide de méthodes d'enseignements interactives comme le jeu de rôle, la simulation, l'étude de cas, etc. Ensuite, les tournées médicales sont des moments idéaux pour impliquer les infirmières cliniciennes dans le processus décisionnel et pour stimuler le jugement critique et clinique de celles-ci. Également, l'unité de soins doit s'assurer d'établir un soutien clinique dédié à celle-ci selon les ressources disponibles (infirmière clinicienne éducatrice, infirmière clinicienne spécialisée, assistante infirmière-chef, *leader* local, etc.) Ce soutien clinique a pour mandat d'encourager le questionnement des membres de l'équipe de soins et de stimuler l'échange de connaissances. Il représente, également, le soutien au chevet du patient et une source d'informations pour les membres de l'équipe de soins.

Contexte de soins favorables d'Evidence Based Practice : La première étape consiste en une rencontre avec la direction des soins infirmiers qui donnerait l'opportunité d'établir une vision commune face aux soins et à l'utilisation des données probantes en milieu clinique. Lors de cette rencontre, l'évaluation des ressources financières, humaines et matérielles disponibles pour implanter la culture d'EBP ou des pratiques de soins influencées par des données probantes est nécessaire afin de répartir le budget. Par la suite, on doit s'assurer d'avoir un programme de formation et de soutien clinique pour les *leaders* formels et experts locaux sur la pratique factuelle et le changement de pratique.

Pour les unités de soins, les *leaders* peuvent communiquer clairement les exigences envers l'utilisation d'une pratique factuelle en s'assurant d'avoir des pratiques de soins influencées par des données probantes (lignes directrices de soins, protocole). De plus, ils peuvent démontrer et guider l'utilisation des données probantes lors du processus décisionnel d'une pratique factuelle (Gifford et al., 2007; Hauck et al., 2013; Newhouse et al., 2007; Stetler et al., 2009; Williams, 2011). Par la suite, ces leaders doivent promouvoir l'implication active des cliniciens dans le processus décisionnel et du transfert de connaissances d'une pratique factuelle. Cette participation, lors de changement de pratique, aide à stimuler le raisonnement clinique et critique lors de soins. De plus, un soutien clinique adéquat par des experts locaux et *leaders* formels lors de l'implantation, améliore le questionnement et le transfert de connaissances. Pour garder les cliniciens engagés et motivés envers l'EBP, il est important de mettre sur pied un processus d'évaluation systématique et une communication pour diffuser les résultats (McCormack et al., 2002). Ces évaluations doivent être attribuées à des leaders formels et à des cliniciens impliqués lors du changement de pratique influencée par des données probantes. Finalement, une évaluation constante de l'environnement de soins (l'équipement médical nécessaire, le temps alloué pour la formation au besoin, le personnel nécessaire et le soutien clinique à long terme par les *leaders* formels) est nécessaire afin de s'assurer d'avoir un contexte optimal au changement de pratique

Processus de facilitation (soutien clinique) : nous suggérons d'évaluer ou de réévaluer la définition des infirmières en pratique avancée (infirmière clinicienne éducatrice, infirmière clinicienne spécialisée, infirmière praticienne) et des *leaders* formels (infirmière gestionnaire, assistante infirmière) ainsi que leur rôle lors de l'implantation d'une pratique factuelle. Le but est d'évaluer la possibilité d'améliorer le temps et l'accessibilité des infirmières en pratique avancée et des leaders formels sur les unités de soins. Également, il est important d'évaluer et de définir l'implication de *leaders* informels (infirmière clinicienne avec une expertise clinique, préposé aux bénéficiaires et médecin) au quotidien et lors d'implantation d'une pratique factuelle. Si les *leaders* informels sont utilisés comme facilitateurs, il est nécessaire d'allouer du temps ou du personnel pour qu'ils puissent accomplir leur rôle de facilitateur.

Pour s'assurer d'avoir les ressources humaines nécessaires, il faut évaluer le processus de facilitation à l'unité de soins avant chaque implantation d'une pratique factuelle.

Conclusion

Les établissements de santé partagent, avec les professionnels de la santé, la responsabilité d'assurer des soins efficaces et de qualité. Les recherches démontrent le potentiel d'une pratique fondée sur des données probantes pour atteindre un contexte de soins efficace et sécuritaire. Cependant, les difficultés pour l'implantation et le maintien d'une pratique factuelle justifient l'intérêt que la recherche y porte. Cette analyse sur l'influence et l'impact de l'aspect humain constitue une démarche dans cette direction.

L'analyse des écrits donne un portrait global de l'état des connaissances sur l'influence de l'aspect humain lors du transfert de connaissance d'une pratique fondée sur des données probantes. Le cheminement parcouru nous permet de conclure que l'humain et ses relations lors de TC influencent significativement l'utilisation d'une pratique factuelle. Cependant, on explique peu les processus sociaux des stratégies d'interventions utilisées pour améliorer le TC d'une pratique factuelle. Les recommandations émises à l'aide du modèle de PARIHS sont des concepts reconnus dans la littérature pour améliorer le transfert de connaissances. De plus, l'addition du modèle de Nonaka permet de réfléchir et de comprendre l'importance d'un geste, d'un partage d'information ou d'interaction entre les humains. Ainsi, il serait intéressant d'analyser plus en profondeur, l'impact du soutien clinique lors de soins au niveau de la conversion, du développement et de la création de connaissances des cliniciens.

L'application de certains éléments clés dans les milieux de soins peut représenter un défi. Dans le système de la santé, on parle de plus en plus d'intégrer le *leadership* transformationnel dans les organisations. Cependant, cette transformation peut être un processus difficile pour certains *leaders* qui sont habitués à un style de leadership transactionnel. Également, il faut un engagement de la part des *leaders* en soins infirmiers pour développer une culture d'une organisation apprenante et un contexte favorable à la pratique demandée. Le soutien clinique au chevet exige du temps, de l'énergie et des ressources financières ainsi qu'une utilisation différente des ressources humaines existantes. Toutefois, les études démontrent à court terme des résultats positifs sur la qualité des soins, sur la

satisfaction au travail des infirmières ainsi qu'une hausse au niveau de la rétention. Ces dépenses doivent être perçues comme des investissements pour la qualité des soins et la sécurité des patients. La combinaison d'un *leadership* transformationnel et d'une culture positive à une pratique factuelle apporte des résultats significatifs au niveau de l'amélioration de la communication et des échanges de connaissances. Ces conditions influencent positivement le transfert de connaissances et la qualité des soins aux patients. En offrant des recommandations où l'humain et les relations interpersonnelles sont au centre des stratégies d'interventions, nous espérons améliorer le transfert d'une pratique factuelle.

Bibliographie

- Abrahamson, K.A., Fox, R.L., & Doebbeling, B.N. (2012). Facilitators and Barriers to Clinical Practice Guideline Use Among Nurses. *American Journal of Nursing* 12 (7), 26-35.
- Aalbersa, R., Dolfsma, W., & Koppius, O. (2013). Individual connectedness in innovation networks: On the role of individual motivation. *Research Policy*, 42, 624–634.
- Al-Alawi, A.I., Al-Marzooqi, N.Y. & Mohammed, Y.F. (2007). Organizational culture and knowledge sharing: critical success factors. *Journal of Knowledge Management*, 11(2), 22-42.
- Argote, L. & Ingram, P., (2000). Knowledge Transfer: A Basis for Competitive Advantage in Firms. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 82 (1), 150-169. doi:10.1006/obhd.2000.2893.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), (2002). *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), (2006). *Programme de lignes directrices pour la pratique exemplaire des soins infirmiers*. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2006). *Développement et maintien du leadership infirmier*. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (AIIC) (2002). *Prise de position de l'AIIC : Les prises de décisions fondées sur des données probantes dans la pratique infirmière*.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2003). *Prise de position de l'AIIC : Décisions sur la dotation en personne pour une prestation de soins infirmiers sécuritaires*.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada & La Faculté des sciences infirmières de l'Université de Toronto (2004) *Les infirmières et la sécurité des patients, document de travail*. Ottawa, Toronto : Association des infirmières et infirmiers du Canada, Université de Toronto- Faculté des sciences infirmière.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). *Prise de position de l'AIIC : Le leadership de la profession infirmière*.

- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2011) *Plan canadien relatif à l'obligation de rendre compte en matière de santé, Mémoire prébudgétaire présenté au Comité permanent des finances de la Chambre des communes*. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Baker R., Camosso-Stefinovic J., Gillies, C., Shaw, E.J., Cheater, F., Flottorp, S., & Robertson, N. (2010) Tailored interventions to overcome identified barriers to change : effects on professional practice and health care outcomes (Review), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. DOI : 10.1002/14651858.CD005470.pub2.
- Bate P. (1994) *Strategies for Cultural Change*. Butterworth Heinmann, Oxford.
- Bromirski, B.H., Lemieux, C., Coppin, K., Hewson, K., & Richardson, B. (2011). Evidence-Based Practice Day: An Innovative Educational Opportunity. *Western Journal of Nursing Research* 33(3) 333–344. DOI : 10.1177/0193945910379219.
- Castiglione, S.A. & Ritchie. J.A. (2012) *Moving into action :We know what practices we want to change, now what?An implementation guide for health care practitioners*. Montreal, Québec: Nursing Research – Centre for Knowledge, Innovation and Action The McGill University Health Centre.
- Carlson C.L. & Plonczynski, D.J. (2008) Has the BARRIERS Scale changed nursing practice? An integrative review. *Journal of Advanced Nursing* 63(4), 322– 333.doi : 10.1111/j.1365-2648.2008.04705.x
- Centre Cochrane français, *Pratique factuelle* [www.cochrane.fr], (consulté le 30 avril, 2012)
- Chow,I.H.S. (2012, spring) The Role of Social Network and Collaboration Culture in Knoweldge Sharing and Performance Relations. *SAM Advanced Management Journal*.
- Contandriopoulos, D., Lemire,M., Denis,J.L , & Tremblay, E. (2010). Knowledge Exchange Processes in Organizations and Policy Arenas: A Narrative Systematic Review of the Literature. *The Milbank Quarterly*, 88 (4), 444–483.
- Contandriopoulos, D. (2011). Le cycle des connaissances. Schéma présenté au cours SOI 6920 / SPU7502 Automne 2011, Montréal.
- Covell,C. (2009).Outcomes Achieved From Organizational Investment in Nursing Continuing Professional Development, *Journal of Nursing Administration* ,39 (10), 438-443.
- Covell, C.L., & Sidani, S. (2013). Nursing intellectual capital theory: operationalization and empirical validation of concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 69(8), 1785–1796. doi : 10.1111/jan.12040.
- Cullen,L. & Adams, S.A (2012). Planning for Implementation of Evidence-Based Practice. *The Journal Of Nursing Administration*, 42 (4), 222-230. DOI : 10.1097/NNA.0b013e31824ccd0a.

- Cullum, N., Ciliska, D., Haynes, R.B., & Marks, S. (2008). An introduction to evidence-based nursing. Dans Cullum, N., Ciliska, D., Haynes, R.B., & Marks, S., *Evidence-based nursing : an introduction* (p1-8). Oxford, UK : Blackwell Publishing Ltd.
- Currie, G., & White, L. (2012). Inter-professional Barriers and Knowledge Brokering in an Organizational Context: The Case of Healthcare. *Organization Studies* 33(10) 1333–1361
- Dictionnaire Larousse, *Définition* [www.larousse.fr/dictionnaires/francais], (consulté le 26 octobre, 2013).
- Dobbins, M., Hanna, S.E., Ciliska, D., Manske, S., Cameron, R., Mercer, S.L., O'Mara, L., DeCorby, K., & Robeson, P. (2009). A randomized controlled trial evaluating the impact of knowledge translation and exchange strategies. *Implementation Science*, 4 (61). doi:10.1186/1748-5908-4-61.
- Dogherty, E.J., Harrison, M.B., & Graham, I.D. (2010). Facilitation as a role and process in achieving evidence-based practice in nursing: A focused review of concept and meaning. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7 (2), 76-89.
- Dogherty, E.J., Harrison, M.B., Baker, C., & Graham, I.D. (2012). Following a natural experiment of guideline adaptation and early implementation: a mixed-methods study of facilitation. *Implementation Science*, 7, 9.
- Doran, D., & Sidani, S. (2007). Outcomes-Focused Knowledge Translation: A Framework for Knowledge Translation and Patient Outcomes Improvement. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, First Quarter*, 3-13.
- Drennan D. (1992) *Transforming Company Culture*. McGraw-Hill, London.
- Estabrooks, C.A., Floyd, J.A., Scott-Findlay, S., O'Leary, K.A., & Gushta, M. (2003) Individual determinants of research utilization : A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 506-520.
- Estabrooks, C.A., Thompson, D., Jacque, J., Lovely, E., & Hofmeyer, A. (2006). A Guide to Knowledge Translation Theory. *The Journal of Continuing Education in the Health*.
- Estabrooks, C.A., Midodzi, W.K., Cummings, G.G., & Wallin, L. (2007) Predicting Research Use in Nursing Organizations A Multilevel Analysis, *Nursing Research* ,56, (4S).
- Estabrooks, C.A., Scott, S., Squires, J.E., Stevens, B., O'Brien-Pallas, L., Watt-Watson, J., Profetto-McGrath, J., McGilton, K., Golden-Biddle, K., Lander, J., Donner, G., Boschma, G., Charles K Humphrey, C.K., & Williams, J. (2008). Patterns of research utilization on patient care unit. *Implementation Science*, 3 (31). doi:10.1186/1748-5908-3-31.

- Estabrooks, C.A. (2009) Mapping the Research Utilization Field in Nursing, *Canadian Journal of Nursing Research*, 41(1), 218–236
- Estabrooks, C.A. (2011). To what extent do nurses use research in clinical practice? A systematic review. *Implementation Science*, 6, 21-37. doi:10.1186/1748-5908-6-21
Professions, 26, 25–36.
- Everett, L.Q., & Sitterding, M.C. (2011). Transformational Leadership Required to Design and Sustain Evidence-Based Practice: A System Exemplar, *Western Journal of Nursing Research* 33 (3) 398–426. DOI : 10.1177/0193945910383056
- Faye, C., Lortie, M., & Desmarais, L. (2007). *Guide sur le transfert des connaissances : À l'intention des chercheurs en Santé et Sécurité du travail*. Québec : Réseau en recherché de santé et sécurité au travail.
- Fink, R., Thompson, C.J., & Bonnes, D. (2005). Overcoming Barriers and Promoting the Use of Research in Practice, *Journal Of Nursing Administration*, 35 (3) ,121-129.
- Fineout-Overholt, E., Williamson, K.M., Kent, B. , & Hutchinson, A.M. (2010). Teaching EBP: Strategies for Achieving Sustainable Organizational Change Toward Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. First Quarter, 51-55.
- Flodgren, G., Parmelli, E., Doumit, G., Gattellari, M., O'Brien, M.A., Grimshaw, J. & Eccles, M.P. (2007). Local opinion leaders : Effects on professional practice and health care outcomes.
- Foos, T., Schum G., & Rothenberg, S., (2006). Tacit knowledge transfer and the knowledge disconnect. *Journal of Knowledge Management*, 10 (1). 6-18.
- Gerrish, K., Guillaume, L., Kirshbaum M., McDonnell, A., Tod, A., & Nolan, M (2011) Factors influencing the contribution of advanced practice nurses to promoting evidence-based practice among front-line nurses: findings from a cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1079–1090. doi : 10.1111/j.1365-2648.2010.05560.x
- Gerrish, K., Guillaume, L., Kirshbaum M., McDonnell, A., Tod, A., & Nolan, M (2012) Factors Influencing Advanced Practice Nurses' Ability to Promote Evidence-Based Practice among Frontline Nurses, *Worldviews on Evidence-Based Nursing* , First Quarter, 30-39. doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00230.x
- Gifford, W., Davies, B., Tourangeau, A. & Lefebvre, N. (2011). Developing team leadership to facilitate guideline utilization: Planning and evaluating a 3- month intervention strategy. *Journal of Nursing Management*, 19, 121-132.
- Godin, G., Bélanger-Gravel, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2008) Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive

theories. *Implementation Science*, 3 (36).

- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W. & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26, 13–24. doi : 10.1002/chp.47
- Grant, H.S., Bonte-Eley, S., & Stuhlmacher, A. (2012) Overcoming Barriers to Research Utilization and Evidence-Based Practice Among Staff Nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*, 28 (4), 163-165.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations. *The Milbank Quarterly*, 82, 581-629.
- Grimshaw, J.M., Eccles, M.P., Walker, A. & Thomas, R.E. (2002). Changing Physicians' Behavior: What Works and Thoughts on Getting More Things to Work, *The Journal of Continuing Education in the Health Profession*, 22, 237-243.
- Grimshaw, J.M., Thomas, R.E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C.R. & Vale, L., Donaldson, C. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 8, 1-84.
- Grimshaw, J.M., Eccles, M., & Tetroe, J. (2004) Implementation Clinical Guidelines : Current Evidence and Future Implication. *The Journal of Continuing Education in Health Professions*, 24, S31-S37.
- Grimshaw, J.M., Eccles, M.P. Lavis, J.N., Hill, S.J & Janet E Squires, J.E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7 (50). <http://www.implementationscience.com/content/7/1/50>.
- Grol, R., Wensing, M., & Eccles, M. (2005). *Improving patient care: The implementation of change in clinical practice*. Philadelphia, PA : Elsevier Limited.
- Haines, A., Kuruvilla, S., & Brochert, M. (2004). Bridging the implantation gap between knowledge and action for health. *Bulletin of the World Health Organization*, 82 (10), 24-42 .
- Hamer, S., & Collinson, C. (2005) *Achieving Evidence-based Practice, A Handbook for Practitioners*, 2nd Ed : Philadelphia, Elsevier Limited
- Harvey, G., Loftus-Hills, A., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., Kitson, A., McCormack, B., Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: The role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (6), 577-588.
- Hassmiller, S. (2012) Nurses on Boards ,Competencies required for leadership, *American Journal of Nursing*, 112(3). 61-66.
- Hauck, S., Winsettt, R.P. & Kuric, J. (2013) Leadership facilitation strategies to establish

- evidence-based practice in an acute care hospital. *Journal of Advanced Nursing* 69(3), 664–674. doi : 10.1111/j.1365-2648.2012.06053.x
- Hutchinson,M., & Jackson, D. (2013). Transformational leadership in nursing : towards a more critical interpretation. *Nursing Inquiry*, 20,11–22.
- Institut National de Santé Public du Québec (INSPQ).(2008) *Animer un processus de transfert des connaissances , bilan des connaissances et outil d'animation*. Quebec, Quebec : Publication du Québec.
- Institute de Recherché en Santé du Canada .(2009). *Portefeuille de l'application des connaissance aux IRSC*. Ottawa, Canada : Gouvernement du Canada. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html>.
- Kajermo,K.N.,Boström,A.M.,Thompson,D.S.,M.,Hutchinson,A.M.,Estabrooks, C.A. and Wallin,L. (2010). The BARRIERS scale -- the barriers to research utilization scale: A systematic review, *Implementation Science*, 5 (32), 2-22
- Karkos,B., & Peters,K. (2006).A Magnet Community Hospital Fewer Barriers to Nursing Research Utilization. *The Journal of Nursing Administration*, 36 (7/8), 377-382.
- Kauth, M.R., Sullivan, G., Blevins, D., Cully, J.A., Landes, R.D., Said, Q., & Teasdale, T.A. (2010). Employing external facilitation to implement cognitive behavioral therapy in VA clinics: a pilot study. *Implementation Science*, 5 : 75.
- Khoury.C.M., Blizzard,R.,Wright Moore, L.&Hassmiller,S., (2012) Nursing Leadership From Bedside to Boardroom A Gallup National Survey of Opinion Leaders, *Journal Of Nursing Administration*, 41 (7/8), 299-305.
- Kitson, A. , Ahmed,L. B , Harvey, G. , Seers, K. & Thompson, D. R. (1996) From research to practice, one organizational model for promoting research- based practice, *Journal of Advanced Nursing* 23, 430-440.
- Kitson,A, Harvey,G.,&McCormack,B. (1998) Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework, *Quality in Health Care*, 7, 149–158.
- Kitson, A., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, B. Seers, K. & Titchen, A. (2008). Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: Theoretical and practical challenges. *Implementation Science*, 3, 1-13. doi : 10.1186/1748-5908-3-1
- Kitson, A. & Straus, S.E. (2010). The knowledge-to-action cycle: Identifying the gaps. *Canadian Medical Association Journal*, 182, E73-E77.
- Krugman,M. (2003). EVIDENCE-BASED PRACTICE The Role of Staff Development, *Journal For Nurses in Staff Development* ,19 (6), 279–285.

- KT Clearinghouse. (Accéder Juin, 2012). The knowledge-to-action cycle. *Canadian Institutes of Health Research*. Retrieved from <http://ktclearinghouse.ca/knowledgebase/knowledgetoaction>.
- Lambooy, J.G. (2010). Knowledge Transfers, Spillovers and Actors: The Role of Context and Social Capital. *European Planning Studies*, 18 (6), 873.
- Levin,R.L.,Fineout-Overholt,E. ,Mazurek Melnyk,B, Barnes,M., & Vetter, M. J. (2011). Fostering Evidence-Based Practice to Improve Nurse and Cost Outcomes in a Community Health Setting. A Pilot Test of the Advancing Research and Clinical Practice Through Close Collaboration Model, *Nursing Administration Quarterly*, 35 (1), 21–33. DOI : 10.1097/NAQ.0b013e31820320ff
- Liu, C-H., & Lin, J-Y. (2012) Social relationships and knowledge creation : the mediate of critical network position, *The Service Industries Journal*, 32 (9), 1469-1488, DOI: 10.1080/02642069.2010.531261
- Lusardi, P. (2012). So You Want to Change Practice: Recognizing Practice Issues and Channeling Those Ideas. *Critical Care Nurse* , 32 (2), 55-64. doi : <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2012899>.
- Malouin-Benoit, M.C. (2008). *Le transfert des connaissances pour prévenir les chutes chez des personnes âgées en centre hospitalier cardiovasculaire aigu*. Rapport de stage pour maîtrise. Université de Montréal.
- Manojlovich,M. (2005) The Effect of Nursing Leadership on Hospital Nurses' Professional Practice Behaviors. *Journal of Nursing Administration*, 35, (7/8), 366-374.
- Mathieu, A. (2003, été). "Les organisations apprenantes et les défusions", *L'Agora*, 10 (1).
- McCaughan D, Thompson C.A., Cullum N.A., Sheldon T.A. and Raynor P. (2005) Nurse practitioner and practice nurses' use of research information in clinical decision making: qualitative findings from a national study. *Family Practice*, 22, 490–497.
- McCormack. B., Kitson,A., Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Titchen, A. & Seers, K. (2002) *Journal of Advanced Nursing* 38(1), 94–104.
- McKillop, A., Crisp, J.,& Walsh,K. (2012) Barriers and Enablers to Implementation of a New Zealand-Wide Guideline for Assessment and Management of Cardiovascular Risk in Primary Health Care: A Template Analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, Third Quarter, 159-171.
- Mercier, D. (2007). *Le transfert informel des connaissances tacites chez les gestionnaires municipaux en situation de coordination*. Thèse de doctorat, Université de Montréal
- Milner,F.M., Estabrooks,C.A., & Humphrey,C. (2005) Clinical nurse educators as agents for change : increasing research utilization, *International Journal of Nursing Studies*, 42,

899–914.

- Meijers, J.M.M., Janssen, M.A.P., Cummings, G.G., Wallin L., Estabrooks C.A. & Halfens R.Y.G. (2006) Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: systematic literature review , *Journal of Advanced Nursing*, 55(5), 622–635.
- Morténus,H., Marklund,B.,Palm,L., Bengt Fridlund,P., & Baigi,A. (2012). The utilization of knowledge of and interest in research and development among primary care staff by means of strategic communication – a staff cohort study, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18, 768–775
- Nasser, M., Oxman, A.D., Paulsen, E., & Fedorowicz, Z. (2007). Local consensus processes: effects on professional practice and health care outcomes (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, doi: 10.1002/14651858.CD003165.pub3
- Newhouse, R., Dearholt, S., Poe,S., Pugh,L.C., & White,K.M (2005), Evidence-based Practice : A Practical Approach to Implementation. *The Journal Of Nursing Administration*, 35 (1), 35-40.
- Newhouse, R.P. (2007). Creating infrastructure supportive of evidence-based nursing practice: Leadership strategies. *Worldviews on Evidence Based Nursing* 4, 21-29.
- Nonaka,I. (1994). A Dynamic Theory of Orgnaizational Knowledge Creation. *Organization Science*, 5 (1), 14-37.
- Nonaka, I. et Takeuchi, H. (1995). *The Knowledge-Creating Company : How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*. New York : Oxford University Press.
- Nonaka, I. et Konno, N. (1998). The concept of "Ba" : Building a Foundation for Knowledge Creation. *California Management Review*, 40 (3), 1-15.
- Nonaka, I. et al. (2000a). SECI, ba and leadership: a unified model of dynamic knowledge creation. *Long Range Planning*, 33(1), 5-34.
- Pedler,M., & Attwood, M. (2011) How can action learning contribute to social capital?, *Action Learning : Research and Practice*, 8 (1), 27-39, DOI : [10.1080/14767333.2011.549323](https://doi.org/10.1080/14767333.2011.549323)
- Peroune, D.L. (2007). Tacit knowledge in the workplace: the facilitating role of peer relationships. *Journal of European Industrial Training*, 31 (4). 244 – 258 <http://dx.doi.org/10.1108/03090590710746414>.
- Phelps,C., Heidl, R., & Wadhwa, A., (2012). Knowledge, Networks, and Knowledge Networks : A Review and Research Agenda. *Journal of Management* 38 (4) : 1115-1166.
- 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*, 3 (3), 265–271

Polanyi, M. M. (1996). *The Tacit Dimension*. Garden City, NY: Doubleday.

Pravikoff, D.S., Tanner, A., & Pierce, S.T. (2005) Readiness of U.S. Nurses for Evidence-Based Practice, *American Journal of Nursing*, 105, (9), 40-51.

Prior, M., Guerin, M., & Grimmer-Somers, K. (2008). The effectiveness of clinical guideline implementation strategies – a synthesis of systematic review findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14, 888–897. doi:10.1111/j.1365-2753.2008.01014.x

Profetto-McGrath, J., Negrin, K.A., Hugo, K., Bulmer Smith, K. (2010) Clinical Nurse Specialists' Approaches in Selecting and Using Evidence to Improve Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7 (1), 36–50.

Robertson, R., & Jochelson, K. (2006). *Interventions that change clinician behaviour: mapping the literature*, Grande Bretagne: The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).

Roe, E.A., & Whyte-Marshall, M. (2012). Mentoring for Evidence-Based Practice: A Collaborative Approach. *Journal for Nurses in Staff Development*, 28 (4) 177-181. DOI : 10.1097/NND.0b013e31825dfb2a.

Roy, M., Guindon, J.C., & Fortier, L. (1995) *Transfert de connaissances- Revue de littérature et proposition d'un modèle*. Québec : Réseau en recherche de santé et sécurité au travail.

Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS framework-A framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19, 297-304.

Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B. & Titchen, A. (2004). An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 913–924.

Sackett D.L., Rosenberg W.M.C. & Gray J.A. (1996) Evidence based medicine; what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 312 (13 January), 71–72.

Sankowska, A. (2013) Relationships between organizational trust, knowledge transfer, knowledge creation, and firm's innovativeness. *The Learning Organization*, 20 (1), 85-100.

Schaffer, M.A., Kristin S.E., & Diedrick, L. (2013) Evidence-based practice models for organizational change: overview and practical applications. *Journal of Advanced Nursing* 69 (5), 1197–1209. doi : 10.1111/j.1365-2648.2012.06122.x

Schlickau, J., Ball, K., & Butler, M. (sept 2012) A day at the fair : Updating nurse competencies,

- Schoonover, H. (2009). Barriers to Research Utilization Among Registered Nurses Practicing in a Community Hospital, *Journal for Nurses in Staff Development*, 25 (4), 199–212 .
- Scott-Findlay, S., & Karen Golden-Biddle, K. (2005). Understanding How Organizational Culture Shapes Research Use. *Journal of Nursing Administration*, 35 (7/8), 359-365.
- Squires, J.E., Estabrooks, C.A., Gustavsson, P. & Wallin, L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: A systematic review update. *Implementation Science*, 6, 1-21.
- Squires, J.E., Hutchinson, A.M., Bostrom, A., O'Rourke, H.M., Cobban, S.J. & Estabrooks, C.A. (2011). To what extent do nurses use research in clinical practice? A systematic review. *Implementation Science*, 6, 21-37. doi:10.1186/1748-5908-6-21.
- Schneider, B., Ehrhart, M.G. & Macey, W.H. (2013). Organizational Climate and Culture. *The Annual Review of Psychology* 64, 361-388.
- Stetler, C.B. (2002). *Evidence-based practice and the use of research: A synopsis of basic concepts & strategies to improve care*. Amherst, MA: Nova Foundation.
- Stetler, C.B. (2003). Role of the Organization in Translating Research Into Evidence-based Practice. *Outcomes Management*, 7 (3), 97-103.
- Stetler, C.B., Legro, M.W., Rycroft-Malone, J., Bowman, C., Curran, G., Guihan, M., Hagedorn, H., Pineros, S., Wallace, C.M. (2006). Role of “external facilitation” in implementation of research findings: a qualitative evaluation of facilitation experiences in the Veterans Health Administration. *Implementation Science*, 1(23). doi : 10.1186/1748-5908-1-23.
- Stetler, C.B., Ritchie, J.A., Rycroft-Malone, J., Schultz, A.A. & Charns, M.P. (2009). Institutionalizing evidence-based practice: An organizational case study using a model of strategic change. *Implementation Science*, 4, 78- 97. doi : 10.1186/1748-5908-4-78
- Strausa, S.E, Tetroeb, J.M., & Graham, I.D (2009). Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *Journal of Clinical Epidemiology* 64 , 6-10. doi: 10.1016/j.jclinepi.2009.08.016
- Strausa, S.E, Tetroeb, J.M., & Graham, I.D (2009). Defining knowledge translation. *Canadian Medical Association Journal*, 181(3-4), 165-168.
- Strickland, R.J., & O'Leary-Kelley, C., (2009). Clinical Nurse Educators' Perceptions of Research Utilization Barriers and Facilitators to Change, *Journal for Nurses in Staff Development*, 25 (4), 164–171.

- Sudsawad, P. (2007). *Knowledge Translation, Introduction to Models, Strategies, and Measures*. Wisconsin, États-Unis : The National Center for the Dissemination of Disability Research at the Southwest Educational Development Laboratory.
- Thompson, C., Mccaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T. & Raynor, P. (2005) Barriers to evidence-based practice in primary care nursing – why viewing decision- making as context is helpful *Journal of Advanced Nursing* 52(4), 432–444.
- Thompson,C.& Stapley,S. (2011). Do educational interventions improve nurses’ clinical decision making and judgement? A systematic review, *International Journal of Nursing Studies*, 48, 881–893.
- Thompson,D.S.,Estabrooks,C.A.,Scott-Findlay,S. Moore,K., & Wallin,L. (2007). Interventions aimed at increasing research use in nursing: a systematic review. *Implementation Science*, 2 (15), 1-16. doi:10.1186/1748-5908-2-15.
- Thompson,D.S., Moore,K.N.,& Estabrooks,C.A.(2008) Increasing research use in nursing : implications for clinical educators and managers, *Evidence Based Nursing* ,11, 35-39 doi : 10.1136/ebn.11.2.35.
- Thompson, G.N., Estabrooks, C.A. & Degner L.F. (2006) Clarifying the concepts in knowledge transfer: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 53(6), 691–701.
- Tortoriello, M.,Reagans, R., & McEvily, B. (2012). Bridging the Knowledge Gap *Organization Science* 23(4), 1024–1039.
- Van Eerd,D.,Cole,D., Keown,K., Irvin,E.,Kramer,D.,Brenneman Gibson,J.,Kohn, M.K., Mahood, Q.,Slack, T., Amick III,B.C., Garcia,J.,& Morassaei,S. (2011). *Report on knowledge transfer & Exchange practice : A systematic review of the quality and types of instruments used to assess KTE implentation and impact*. Toronto : Institute for work and health.
- Wallen, G.R,Mitchell,S.A.,Melnyk,B.,Fineout-Overholt,E., Claiborne,M.D.,Yates,J. & Hastings,C. (2010) Implementing evidence-based practice : effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme. *Journal of Advanced Nursing* 66(12), 2761–2771. doi : 10.1111/j.1365-2648.2010.05442.x
- Ward, V.L.,House, A.O., &Hamer, S. (2009) Developing a framework for transferring knowledge into action : a thematic analysis of the literature. *Journal of Health Services Research & Policy*,14 (3), 156–164.
- Ward, V.L.,House, A.O., &Hamer, S. (2009) Knowledge brokering : Exploring the process of transferring knowledge into action. *BMC Health Services Research*, 9 (12). doi:10.1186/1472-6963-9-12.
- Wei,J., Zheng, W.,& Zhang, M. (2011). Social capital and knowledge transfer: A multi-level analysis. *Human relations* 64(11) 1401–1423.

William, L. (2011). Organizational readiness for innovation in health care: some lessons from the recent literature, *Health Services Management Research*, 24, 213–218.

Weston, M.J., Estrada, N.A. , & Carrington, J. (2007) Reaping Benefits From Intellectual Capital. *Nursing Administration Quarterly* , 31(1), 6–12.

Wong C and G Cummings. 2007. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review. *Journal of Nursing Management* 15 : 508–21.

Woo, S., Berta, W. & Baker, G.R. (2009). Role of champions in the implementation of patient safety practice change. *Healthcare Quarterly*, 12, 123-128.

Annexe 1

Tableau I Résumé comparatif des modèles en sciences infirmières sur l'implantation des données probantes en milieu clinique *

Modèle	Éléments/ Étapes	Stratégies Interventions	Caractéristique clé	Testé en clinique (Voir tableau X pour plus de détail)
Advancing Research and Clinical Practice Through Close Collaboration (ARCC)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluer la culture organisationnelle et la volonté organisationnelle à l'implantation 2. Identifier les forces et les barrières face EBP 3. Identifier des mentors avec l'équipe de soins pour le mentorat des cliniciens sur l'unité 4. Implantation EBP dans la pratique 5. Évaluer les résultats 	<p>Mentorat/ Leader d'opinion Consensus Local Atelier éducatif/confé- rence</p>	<p>Inspiré par thérapie cognitive comportementale pour changer le comportement des cliniciens. Étape importante : évaluation de la culture organisationnelle. Focus sur l'étape de l'implantation</p>	Oui
Iowa Model	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier la problématique 2. Déterminer si la problématique est une priorité pour l'unité de soins 3. Former une équipe pour chercher, analyser et critiquer les données probantes 4. Évaluer si suffisant de données probantes 5. Si données probantes suffisantes et que le changement est approprié. Piloter le changement de pratique. Si insuffisant explorer l'expertise 	<p>Consensus Local Expert local Atelier éducatif Matériel pédagogique/ protocol</p>	<p>Inspiré par Résolution de problème Beaucoup d'emphasis sur la recherche de la connaissance et la codification de cette connaissance. Évaluation du projet pilot</p>	Oui

	clinique 6. Évaluer les impacts du projet pilot, diffuser les résultats et implanter dans la pratique si impacts positifs			
Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Model (JHNEBP)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier la problématique à l'aide de l'équipe de soins 2. Donnée Probante : recherche de donnée probante/clinique, analyser , critiquer et produire des recommandations 3. Application des connaissances : Déterminer la possibilité de l'application dans un milieu spécifique, créer un plan d'action, implanter le changement, évaluer et diffuser les impacts 	<p>Consensus local Expert local Leader d'opinion Mentorat Atelier éducatif</p>	<p>Étapes détaillées pour les cliniciens Emphase sur l'application des connaissances</p>	Oui
Promoting Action on Research Implementation in Health Services Framework (PARSIH) Voir cadre référence	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identification de la problématique 2. Évaluation 3 éléments clés : Nature de la connaissance : Données probantes/Expertise local, expérience clinique Contexte : Culture organisationnelle, <i>leadership</i>, culture d'appréciation Processus de facilitation : facilitateur, rôle interne et externe, habileté et compétence 	<p>Concensus Local Facilitateur Mentorat, coaching</p>	<p>Emphase sur le soutien clinique à travers les étapes grâce au facilitateur. Évaluation de la culture organisationnelle et du <i>leadership</i> de l'organisation Connaissance clinique et scientifique considérée dans le processus décisionnel</p>	Oui voir cadre de référence
Stetler Model	<ol style="list-style-type: none"> 1. Préparation : établir la priorité et recherche pour données probantes, données cliniques 2. Validation : critiquer et résumer les données probantes/données cliniques 3. Évaluation et prise de décision : prendre une décision sur les données utilisées pour résoudre les besoins 	<p>Consensus Local</p>	<p>Évaluation des barrières organisationnelle et individuelle face à la pratique factuelle Utilisation du raisonnement critique des cliniciens</p>	

	<p>identifiés</p> <p>4. Application des connaissances : plan d'action et implantation</p> <p>5. Évaluation : déterminer si les objectifs sont atteints</p>			
The Knowledge to Action Cycle	<p>La création des connaissances : évaluation des 3 niveaux de connaissances dans le système de la santé et le besoin de l'unité.</p> <p>Processus d'action</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identification du problème qui a besoin d'être résolu 2. Identification, passage en revue et choix des connaissances appropriées au problème 3. Adaptation des connaissances identifiées au contexte local 4. Évaluation des barrières susceptibles d'entraver leur utilisation 5. Choix, adaptation et implantation des interventions aptes à favoriser l'utilisation de connaissances 6. Suivi de l'utilisation des connaissances 7. Évaluation des résultats obtenus suite à l'utilisation des connaissances 8. Soutien à l'utilisation continue des connaissances 	<p>Consensus Local Expert local</p>	<p>Outils détaillé pour le processus d'action (application de connaissance) Évaluation des barrières organisationnelle et individuelle face à la pratique factuelle Adaptation des interventions au contexte peu d'explication comment procéder</p>	<p>Oui</p>
RNAO Model	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier la problématique et identification de la ligne directrice pour la pratique clinique 2. Identifier les parties prenantes 3. Évaluer la préparation du lieu de 	<p>Consensus Local Leader d'opinion Champion Atelier éducatif intercatif</p>	<p>Participation active des parties prenantes Évaluation de la culture organisationnelle et des barrières individuelles Guide explicite pour les étapes du transfert de connaissances</p>	<p>Oui</p>

	travail			
	4. Choisir les stratégies de mise en place			
	5. Évaluation : plan établie			
	6. Ressources : Évaluation les besoins, ressources pour établir un budget			

Annexe 2

Tableau II Résumé comparatif des études sur des modèles d'implantation d'une pratique factuelle

Auteur, année de publication, Titre	But	Cadre théorique / Stratégie intervention	Méthode et Échantillon	Résultat	Recommandation
Cumming et al, 2007 Influence of Organizational Characteristics and Context on Research Utilization	Développer et tester un modèle théorique d'influence organisationnel qui prédit l'utilisation des données probantes par les infirmières et pour évaluer l'influence du contexte	PARSIH Aucun	Questionnaire cross-sectionnelle n = 6,526 infirmières (52.8% répondants)	Caractéristiques organisationnelles qui influencent positivement l'utilisation des données probantes : développement professionnel, possibilité d'une collaboration entre les inf, main d'œuvre disponible et soutien administratif Effet positif significative entre utilisation EBP & Culture positive, leadership fort et évaluation systématique	Le modèle PARISH peut être utilisé comme guide mais nécessite du développement
Alexander et al, 2011 Establishing an Evidence-Based Inpatient Medical Oncology Fluid Balance Measurement Policy	Décrire comment un comité clinique infirmier en médecin-oncologie a introduit un protocole sur la mesure d'une balance liquidienne influencée par des données à l'aide du modèle IOWA	modèle IOWA Session éducative	Pre et post audit implantation N = 2 unités de soins médecin-oncologie de 31 lits	Le modèle IOWA fut un bon guide pour faire un plan d'action. L'évaluation et la recherche EBP a permis d'établir un protocole basé sur des données probantes. Succès du changement de pratique documentation présente pré 12% post 84 % Amélioration l'utilisation et satisfaction des cliniciens	
Capasso et al, 2009 Outcomes of a clinical nurse specialist initiated wound care program Using the Promoting Action on Research Implementation in Health Services Framework	Assurer d'avoir une disponibilité d'infirmière 24-7 à travers l'hôpital qui possède des connaissances et habileté influencé par des données probantes de soins de plaie	PARISH Session éducative interactive ,Mentorat, coaching	Pre Post test pour connaissance fondée sur des données probantes Questionnaire question ouverte N= 380 inf	Amélioration de 8 à 20 % des connaissances scientifiques sur soins de plaie Appropriation et autonomisation de la pratique infirmier par rapport aux soins de plaie Traitement de plaie initier plus rapidement Meilleur utilisation des CNS	Avoir une journée éducative sur soins de plaie comme programme d'orientation Continue le programme pour les inf (2 jours d'atelier éducatif suivie de mentorat et coaching sur l'unité de soins avec CNS

<p>Carlan et al, 2010 Digging into construction: Social networks and their potential impact on knowledge transfer</p>	<p>Explorer la stratégie la plus efficace pour échanger et partager des idées pour diminuer les maladies musculo squelettique dans le secteur de la construction</p>	<p>PARISH Aucun</p>	<p>Entrevue N=47</p>	<p>pour plaie plus complexe Milieu de la construction complexe et diversifié 4 réseaux sociaux présent</p>	
<p>Newhouse et al,2005 <i>Evidence-based Practice Practical Approach to Implementation</i></p>	<p>Tester un projet pilote pour améliorer l'utilisation d'une pratique influencée par des données probante</p>	<p>Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Model (JHNEBP) Mentorat, Session éducative</p>	<p>Questionnaire et question ouverte N= 15 mentors et 51 infirmières</p>	<p>L'implication des inf pour cibler la problématique a permis un <i>buy-in</i> et pertinente à leur pratique La présence de mentor est cruciale et essentiel après les séances d'éducation pour aider à la réflexion et répondre aux questions. Temps à l'extérieur de l'unité doit être alloué pour les inf pour participer au TC Soutien administratif crucial car besoin de ressources humains, monétaires et matérielles La direction doit démontrer sa volonté et s'impliquer</p>	<p>Avoir des relations des universités pourrait aider au processus. Donner du temps et un programme structuré aux inf pour intégrer la pratique factuelle</p>
<p>Levin et al,2011 Fostering Evidence-Based Practice to Improve Nurse and Cost Outcomes in a Community Health Setting A Pilot Test of the Advancing Research and Clinical Practice Through Close Collaboration Mode</p>	<p>Déterminer l'effet du modèle ARCC sur les infirmières face à leurs croyances de l'EBP, leurs comportement face à l'implantation EBP, cohésion du groupe, productivité, satisfaction au travail, taux de rétention</p>	<p>Advancing Research and Clinical Practice Through Close Collaboration (ARCC) Session éducative et mentorat</p>	<p>Étude randomisée N=46</p>	<p>Effet positif significatif après semaine 4 pour croyances et comportement Diminution turn-over 11 % à 5.7% Mentor une stratégie efficace pour changer les valeurs, comportement et améliorer la satisfaction travail Infirmière en pratique avancée : bonne personne pour mentor</p>	<p>Avoir un soutien de l'administration Session d'éducation pas suffisant pour changer une pratique factuelle besoin de soutien clinique = mentorat par une inf en pratique semble une excellente stratégie dans le sys de la santé où il manque de personnel</p>
<p>Bromirski et al,2011 Evidence-Based Practice Day: An Innovative Educational Opportunity</p>	<p>Améliorer les connaissances des infirmière afin d'influencer leur pratique</p>	<p>tradition-based skills to evidence-based practice Session éducative interactive et mentorat</p>	<p>Questionnaire N=102 Audit</p>	<p>94 % croyance positive face pratique factuelle et positif à l'utiliser Amélioration de l'utilisation d'une pratique factuelle au quotidien. Diminution des problèmes de santé identifiée comme</p>	

				problématique Collaboration et rétroactions des cliniciens dans le processus TC. Permis aux CNS de mieux comprendre milieu, travailler sur les mythes des HCW, guider inf résolution de problème	
Ellis et al, 2005 From Workshop to Work Practice: An Exploration of Context and Facilitation in the Development of Evidence-Based Practice	Explorer l'influence du contexte et de la facilitation ainsi que la combinaison des deux lors du succès de l'application des connaissances Examiner des principes qui aident à la pérennité des changements individuels et organisationnels face à la pratique factuelle	PARISH Visite de sensibilisation	Entrevue semi-structuré pré séance éducative N=16 Questionnaire et entrevue semi-structuré post. N=54	Processus de facilitation semble influencé davantage que le contexte. Information influencé par la confiance, la crédibilité, l'intérêt et l'adaptation au milieu par le facilitateur Échec de l'implantation = leadership faible avec canaux de communication presque absent	Soutien central pour la création de protocole pourrait aider EBP pour hôpitaux avec moins de ressources ou ruraux
Fineout-Overholt et al, 2005 Strategies for Advancing Evidence-Based Practice in Clinical Settings	Tester le modèle ARCC sur 2 unités de soins aigus	Advancing Research and Clinical Practice Through Close Collaboration (ARCC)	Étude randomisée N= hôpital pédiatrique 700 lits et 4 unité soins aigue milieu adulte	Champion nécessaire dans tous les niveaux. Plus de succès si personne de la direction est champion Impliquer MD pour faciliter l'implantation (interdisciplinaire) Mentor doit soutenir inf clinicienne pour changer culture, croyance Inf clinicienne canal de communication pour changement ICE, ICS, IP Urgence de travailler sur la culture d'une pratique factuelle. EBP doit être faire partie du processus décisionnel au chevet	
Romp et al, 2009 Applying the Stetler Model of Research Utilization in Staff Development- Revitalizing a Preceptor Program	Démontrer comme le modèle Stetler est introduit pour obtenir du soutien et revitaliser un programme de préceptorat dans un centre métropolitain tertiaire	Stetler Model	Hôpital de 442 lit, 760 inf et 150 nouvelles engagées par année	Stetler excellent guide Amélioration de la satisfaction des inf Turn-over diminuer de 3,9 %	

STRAUS, 2008 Development of a Mentorship Strategy: A Knowledge Translation Case Study	Explorer le rôle du mentor, l'expérience de mentor et mentee ainsi le mentorship dans le but de rétention de scientifiques dans 2 universités canadiennes en Alberta	The Knowledge to Action Cycle	Entrevue semi-structurée avec 28 mentee-mentor	Bon guide pour implanter un programme de mentorship Pour avoir un mentorship efficace = bonne relation	Pas oublier l'implication des parties prenantes pour adapter au contexte
Wallen et al, 2010 Implementing evidence-based practice: effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme	Démontrer l'efficacité d'un programme multi facette structuré de mentorat pour l'implantation d'une pratique factuelle dans un milieu de recherche en soins aigüe	Advancing Research and Clinical Practice Through Close Collaboration (ARCC) Mentorat	Quasi-expérimental mixte Entrevue semi structurée (focus groupe) Questionnaire pré (N=159)- et post (N=99) intervention	La participation des membres de l'Équipe de <i>leadership</i> et cliniciens à un programme de mentorat : Amélioration de la perception que le milieu de travail est prêt Amélioration de la culture EBP organisationnelle et individuelle Participation active des membres équipe de <i>leadership</i> engendre un mouvement vers la culture EBP Mentorat effet positif à long terme sur la perception des inf face à la culture et valeurs organisationnelle et individuelle ainsi que l'implantation EBP	Développer un mentor doit être vue comme un investissement car effet positif satisfaction travail, pérennité EBP et qualité de soins. Le soutien administratif doit être une priorité pour pérennité de EBP

