

LIENS ENTRE RECHERCHE ET PRATIQUE : ÉCHANGE DES SAVOIRS, UTILISATION DES DONNÉES PROBANTES ET RENOUELEMENT DES PRATIQUES

Hélène Lefebvre, Odette Roy, Sarah Sahtali et Monique Rothan-Tondeur

Association de recherche en soins infirmiers | « [Recherche en soins infirmiers](#) »

2013/3 N° 114 | pages 31 à 45

ISSN 0297-2964

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2013-3-page-31.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers.

© Association de recherche en soins infirmiers. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

RECHERCHE

Liens entre recherche et pratique : échange des savoirs, utilisation des données probantes et renouvellement des pratiques

The Links between Research and Practice : Knowledge Transfer, the use of Evidence-Based Data and the Renewal of Practices

Hélène LEFEBVRE

Infirmière, Ph.D., professeure titulaire, Vice-doyenne à la recherche et au développement international, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, professeure visiteur à l'EHESP (Québec, Canada)

Odette ROY

Ph.D. professeure associée à la faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Adjointe à la directrice des soins infirmiers et de la prestation sécuritaire des soins et services, volet recherche et enseignement, Chercheure et responsable du Centre d'excellence en soins infirmiers Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Sarah SAHTALI

Infirmière, étudiante à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Monique ROTHAN-TONDEUR

Infirmière, Ph.D. professeur à l'EHESP, Titulaire de la chaire Recherche Infirmière AP-HP EHESP et professeure associée à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

RÉSUMÉ

Les infirmières des milieux cliniques basent encore peu leurs pratiques sur les savoirs scientifiques et n'ont que rarement le réflexe de s'inspirer des écrits en réponse aux questions qu'elles se posent ou à leurs préoccupations cliniques. L'implantation durable de projets d'utilisation des connaissances fondées sur les évidences scientifiques se présente ainsi comme un défi d'importance auquel les recherches infirmières doivent s'attaquer. Cet article a pour but d'exposer une stratégie adoptée par le Réseau infirmier et partenaires de soins (RI-PS) de l'Université de Montréal (Québec) qui vise à amener les milieux à utiliser de façon optimale et pérenne les savoirs scientifiques et à incorporer à leurs modes opératoires le recours aux meilleures pratiques fondées sur des évidences scientifiques. Un examen rapide de l'évolution de la recherche infirmière et de ses impacts sera d'abord effectué, suivi d'un état des lieux sur les facteurs de succès de l'utilisation des connaissances dans les milieux de pratiques, puis de la présentation d'un modèle, l'*Implementation Science*, sur lequel s'appuie la stratégie du RI-PS pour ses projets. Le réseau et l'une de ses activités, le Portail d'échange de savoirs et partenaires de soins (PES) seront décrits.

Mots clés : Échange des savoirs, transformation des pratiques infirmières, intégration des résultats probants, science de l'implantation, culture organisationnelle renouvelée.

Pour citer l'article :

LEFEBVRE H, ROY O, SAHTALI S, ROTHAN-TONDEUR M. Liens entre recherche et pratique : échange des savoirs, utilisation des données probantes et renouvellement des pratiques. Recherche en soins infirmiers, septembre 2013 ; 114 : 31-45.

Adresse de correspondance :

Hélène LEFEBVRE : helene.lefebvre@umontreal.ca

ABSTRACT

Nurses in clinical settings still do not fully rely on scientific knowledge to guide their practices and only rarely resort to the literature to find answers to their questions or clinical concerns. The sustainable implementation of projects that use knowledge founded on scientific evidence presents an important challenge that nursing research must address. The goal of this article is to present a strategy adopted by the *Réseau infirmier et partenaires de soins* (RI-PS) of the Université de Montréal (Québec). The strategy's aim is to promote the optimal and perennial use of scientific knowledge in clinical settings and to incorporate the use of best practices based on scientific evidence to their operating procedure. First, we will present a brief overview of the evolution of nursing research and its impacts, followed by an inventory of the success factors of the use of scientific knowledge in practical settings, and finally the presentation of a model, *Implementation Science*, on which the RI-PS strategy relies for its projects. We also outline the network and one of its developments, the knowledge transfer portal and healthcare partners (PES).

Key words : Knowledge transfer, transformation of nursing practice, integration of conclusive results, implementation science, renewed organizational culture

Remerciements

Remerciements aux membres du Réseau Infirmiers-Partenaires de soins, et à Mme Marie-Thérèse Laramée, Spécialiste de l'application de la généralisation de l'expertise, Programme lésions médullaires, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (Québec, Canada).

INTRODUCTION

La littérature scientifique foisonne de recherches infirmières produisant un savoir scientifique déterminant. Quelles que soient les approches de recherche, les théories, les paradigmes utilisés et les populations ciblées, les infirmières ont su démontrer qu'elles pouvaient contribuer de manière significative au système de santé (Meleis, 2007) [30] ; (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32] ; (Rothan-Tondeur, Eymard, 2012) [37]. La recherche infirmière s'appuie sur des méthodologies rigoureuses et s'inscrit véritablement dans un mouvement significatif amorcé par des Britanniques dans les années 1970, celui de la pratique fondée sur les résultats probants (Estabrooks, O'Leary, Ricke, Humphrey, 2003) [18] ; (Loiselle, Profetto-McGrath, 2007) [29] ; (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32]. Le Mouvement fait la promotion de pratiques infirmières appuyées sur les évidences scientifiques qui, rompant avec la prise de décisions cliniques basées essentiellement sur la tradition, l'intuition et les savoirs expérientiels, vise à y intégrer les meilleurs résultats de recherche (Loiselle, Profetto-McGrath, 2007) [29] ; (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32]. Or, les expériences cliniques et de nombreux écrits scientifiques montrent bien que les savoirs scientifiques sont encore sous-utilisés par les infirmières des milieux. Les infirmières baseraient encore peu leurs pratiques sur les savoirs scientifiques et n'auraient que rarement le réflexe de s'inspirer des écrits en réponse aux questions qu'elles se posent ou à leurs préoccupations cliniques (Baumbusch, Kirkham, Koushambhi et al., 2008) [3] ; (Chummun, Tiran, 2008) [6] ; (Cronje, Moch, 2010) [8] ; (Estabrooks, Rutakumwa, O'Leary et al., 2005) [19]. Ces constats ont été faits dès le début des années 1980 et sont toujours d'actualité. Tant dans la littérature qu'au plan clinique, il ressort que les découvertes issues de la recherche

ne sont pas appliquées à la pratique clinique : de 30 à 40 % des patients recevraient des traitements dont l'efficacité n'est pas démontrée et de 20 à 25 % des patients obtiendraient des soins dont ils n'ont pas besoin ou qui sont potentiellement dangereux (Grol, 2001) [24]. Le transfert de nouvelles connaissances à la pratique clinique fondées sur les évidences scientifiques représente ainsi un défi d'importance auquel les recherches des sciences infirmières doivent s'attaquer. Ce transfert doit pouvoir s'appuyer sur de solides stratégies, efficaces, efficientes et sécuritaires, qui amèneront les milieux à se transformer de façon à ce qu'ils incorporent à leurs modes opératoires les résultats de recherche les plus probants (Adams, Titler, 2010) [1] ; (Gurzick, Kesten, 2010) [26] ; (Purdy, Melwak, 2009) [34].

Cet article a pour but d'exposer une stratégie adoptée par le Réseau infirmier et partenaires de soins (RI-PS) de l'Université de Montréal (U de M) (Québec) visant à mettre de l'avant et à assurer l'utilisation optimale et pérenne des connaissances. Le RI-PS est né de la volonté de la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal de travailler de plus près avec les établissements de santé partenaires du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'U de M. Depuis 2009, il se préoccupe de favoriser l'avancement des connaissances, l'innovation clinique infirmière et la dissémination des résultats probants. Pour ce faire, il mise sur le développement de communautés de pratiques et la mise en place de réseaux interdisciplinaires associant recherche et clinique qui pourront agir comme catalyseurs dans les milieux cliniques. Cet article discute d'abord de l'évolution de la recherche infirmière et de ses retombées positives auprès des patients/familles, des infirmières des milieux cliniques et du système de soins. Suit une courte revue des écrits sur les facteurs de succès de l'utilisation des connaissances, puis la présentation

Liens entre recherche et pratique : échange des savoirs, utilisation des données probantes et renouvellement des pratiques

d'un modèle d'implantation multi-niveaux développé par Fixsen et collaborateurs, l'*Implementation Science*. Le modèle permet de camper la stratégie que privilégie le RI-PS pour donner une direction et une impulsion à l'implantation et la pérennisation de ses projets. Une attention particulière sera portée à une activité du Réseau, le Portail interactif d'échange des savoirs (PES) lequel vise à réunir des chercheurs, infirmières, médecins et autres professionnels de la santé, gestionnaires des milieux et patients/proches dans un espace virtuel (le Web 2.0) pour partager des savoirs scientifiques et expérimentiels et améliorer les soins.

ÉVOLUTION DE LA RECHERCHE INFIRMIÈRE, SON IMPORTANCE ET SES IMPACTS

Les recherches infirmières sont plus que jamais nécessaires pour le développement des savoirs, de la profession, pour la santé des populations et pour une pratique clinique déontologique et responsable (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32] ; (Rothan-Tondeur, Eymard, 2012) [37]. Depuis les premiers travaux de Florence Nightingale en 1850, les recherches de la discipline ont considérablement évolué. Elles sont aujourd'hui animées par un pluralisme philosophique (Ford-Gilboe, Campbell, Berman, 1995) [21] et profitent d'une diversité de choix méthodologiques, les chercheurs travaillant, plus qu'avant, avec des méthodes mixtes (Ducharme, 2000) [11] ; (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32] ; (Rothan-Tondeur, Eymard, 2012) [37]. La valeur scientifique de la recherche infirmière n'est plus à démontrer. Le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone recensait récemment au moins 356 formations doctorales en Nursing à travers le monde (Secrétariat international des infirmières et des infirmiers de l'espace francophone, 2011). Ce développement académique contribue à donner une portée toujours croissante aux soins infirmiers dans les systèmes de soins.

La recherche des sciences infirmières appartient à un grand champ de recherches dites appliquées (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32] ; (Rothan-Tondeur, Eymard, 2012) [37]. Elle trouve sa spécificité dans les relations étroites qu'elle entretient entre la recherche et la pratique et se caractérise par un intérêt marqué pour le transfert des savoirs scientifiques vers la pratique (Rothan-Tondeur, Eymard, 2012) [37]. La discipline conçoit que non seulement, les connaissances issues de la recherche sont utiles à la pratique, mais que la pratique elle-même fournit de nombreuses occasions pour étudier, explorer des situations cliniques, susciter des questionnements et jeter les bases des recherches (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32] ; (Rothan-Tondeur, Eymard, 2012) [37]. La recherche infirmière génère des savoirs qui se veulent au service de la qualité des soins et souhaitent contribuer à renouveler et à faire avancer les pratiques tout en informant les politiques de santé (Rothan-Tondeur, Eymard, 2012) [37]. Elle s'attarde à trouver des solutions à des problèmes concrets, veut

fournir des savoirs utiles au quotidien pour aider à la prise de décisions dans les différentes phases du raisonnement clinique (Loiselle, Profetto-McGrath, 2007) [29]. Elle opère dans un vaste champ d'action (Rothan-Tondeur, Eymard, 2012) [37] s'intéressant autant aux individus, aux familles, aux communautés qu'aux populations (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32] ; (Rothan-Tondeur, Eymard, 2012) [37] et concerne tous les aspects de santé dont la promotion de la santé et la prévention des maladies, les expériences de santé/maladie dans leurs diverses expressions, les soins et les interventions auprès des individus/familles dans les différents cycles de la vie et trajectoires de maladie (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32]. La recherche infirmière se veut une source importante d'informations aux patients, de soutien à la prise de décisions cliniques, à l'organisation et à la coordination des soins entre professionnels de la santé (Rothan-Tondeur, Eymard, 2012) [37]. Elle vise à explorer, décrire, expliquer, prédire, contrôler des phénomènes d'intérêt (Loiselle, Profetto-McGrath, 2007) [29] ; (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32].

Elle repose sur deux grands axes, celui de la recherche clinique, et celui de thèmes afférents préoccupants pour la profession. Dans le premier cas, les travaux s'intéressent à l'étude et/ou à l'analyse de situations de santé (problèmes de santé et état de bien-être) et d'interventions en soins infirmiers. Ces travaux visent à mieux comprendre les processus de la vie dont ceux associés au bien-être de l'individu, à son accomplissement personnel, à l'amélioration de son état de santé ou encore, portent une attention aux interventions lors de situations critiques. Dans le second cas, les travaux explorent des thèmes d'intérêt pour le déploiement de la profession, dont la formation initiale et continue, les problématiques d'organisation et de gestion des systèmes de soins infirmiers. Ils peuvent prendre la forme d'études socioprofessionnelles, historiques, ou épistémologiques avec comme objet la profession (Rothan-Tondeur, Eymard, 2012) [37]. La recherche infirmière réconcilie à la fois des préoccupations de disciplinarité et d'interdisciplinarité. S'intéressant à la complexité de l'être humain, la discipline est amenée à dialoguer avec d'autres acteurs des sciences humaines et sociales et de la santé tout en préservant sa spécificité. Elle valorise ainsi le développement de recherches qui mettent en action d'autres professionnels des soins, mais en ayant un souci constant de garantir son caractère distinct et la production de son propre domaine de connaissances. Au même titre que les autres disciplines de la santé et des sciences humaines et sociales, la recherche des sciences infirmières utilise une diversité d'approches (Loiselle, Profetto-McGrath, 2007) [29] ; (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32] ; (Rothan-Tondeur et Eymard, 2012) [37] inspirées de différentes écoles de pensées, dont le courant d'idées de McGill élaboré par Moyra Allen qui mise sur l'apprentissage des modes de vie sains et sur la participation des individus et des familles à leur santé, la conception de Parse qui situe les expériences humaines de santé au cœur du développement du savoir scientifique infirmier, l'approche du Caring de Watson ou encore, le développement d'interventions culturellement cohérentes selon la conception de Leininger (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32].

Le processus de soins infirmiers exige des infirmières qu'elles effectuent des évaluations, interviennent et fassent des suivis, ce qui nécessite la maîtrise d'une vaste gamme de compétences et d'aptitudes dans le contexte de décisions cliniques de plus en plus complexes (Cranley, Doran, 2004) [7] ; (Loiselle, Profetto-McGrath, 2007) [29] ; (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32]. Ainsi, les infirmières doivent, plus que jamais, mettre à jour leurs connaissances et renouveler leurs pratiques cliniques, d'où l'importance de mobiliser les chercheurs de la discipline pour le développement de projets structurés d'utilisation des connaissances dans les milieux. Ces projets doivent amener les infirmières à développer le réflexe d'appuyer leurs pratiques sur des résultats de recherche de pointe bien appuyés par les évidences scientifiques et à s'inscrire dans un mouvement continu de renouvellement des pratiques.

STRATÉGIES DE TRANSFERT DES RÉSULTATS PROBANTS DANS LES PRATIQUES CLINIQUES : QUE DOIT-ON PRIVILÉGIER ?

L'écart entre la production des savoirs scientifiques et leur application n'est pas un phénomène nouveau. Cet écart a été exposé, interrogé, discuté depuis plus de trente ans et donne lieu aujourd'hui à une littérature abondante qui identifie des facteurs contraignants et de succès de l'utilisation des connaissances. Ces facteurs peuvent être réunis autour de quatre grandes questions développées par Ducharme, 2002, [12] auxquelles un projet d'utilisation des connaissances doit se soucier de façon à maximiser ses impacts, soit : Les recherches permettent-elles de répondre à de véritables préoccupations cliniques ? Les résultats de recherche sont-ils suffisamment accessibles et intelligibles ? Les infirmières sont-elles suffisamment outillées pour interpréter et critiquer les résultats ? Quel type d'appui les gestionnaires des soins infirmiers consentent-ils à l'innovation clinique ?

CRÉDIBILITÉ, PERTINENCE ET UTILITÉ DES DONNÉES DE RECHERCHE POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

À plusieurs égards, l'utilisation des connaissances peut être appréhendée sous l'angle des caractéristiques de la recherche elle-même, de sa crédibilité, de sa pertinence et de son utilité du point de vue des utilisateurs. Ces aspects sont fondamentaux et mettent en jeu les jugements, les valeurs, croyances et expériences individuelles et collectives du professionnel lequel évolue dans un contexte donné. Chaque profession subit des influences particulières qui l'amène à utiliser différemment et pour des raisons différentes, les données de recherche (Dopson, FitzGerald, Ferlie et al., 2010) [9] ; (Thompson, Estabrooks, Scott-Findlay et al., 2007) [42]. Chaque profession

est amenée à définir ce qui caractérise une évidence crédible et valorise certaines sources d'évidences selon les situations de pratiques, la nature et la structure du travail (Dopson, FitzGerald, Ferlie et al., 2010) [9]. Les choix et les préférences des utilisateurs varient également en fonction de l'âge, de la formation académique, de l'attitude à l'égard de la recherche, dont l'intérêt et la motivation à réaliser des activités de recherche (Chummun, Tiran, 2008) [6] ; (Estabrooks, O'Leary, Ricke et al., 2003) [18] ; (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32] ; (Prior, Guerin, Grimmer-Somers 2008) [35]. De ce fait, de solides évidences ne sont pas seules suffisantes pour assurer la diffusion de connaissances.

La profession infirmière trouve sa spécificité dans la manière dont le résultat de recherche est accueilli, et dont la crédibilité et la priorité sont accordées à certaines sources de connaissances. Dans le cadre de deux vastes études ethnographiques, Estabrooks, Rutakumwa, O'Leary et al., 2005, [19] ont produit une taxonomie des sources de connaissances sur lesquelles se basaient le plus souvent des infirmières œuvrant dans cinq unités pédiatriques et deux unités de soins généraux pour des clientèles adultes. Les chercheurs rapportent que les sources de connaissances privilégiées par les infirmières participantes étaient surtout de type informel et interactif. Elles misaient surtout sur le partage et l'échange d'informations avec des collègues principalement, et moins avec les autres professionnels de la santé, pour répondre à des situations ou des problématiques spécifiques et incertaines qui demandent une résolution dans l'immédiat. Elles valorisaient les savoirs puisés dans l'expérience personnelle (sur ce qui fonctionne bien et moins bien dans la pratique) et sur l'intuition, et accordaient du crédit aux informations fournies par les patients et leurs familles sur une base quotidienne. Les infirmières interrogées recevaient positivement les nouvelles connaissances lorsqu'elles étaient convaincues de leurs impacts positifs sur les patients. Ces résultats trouvent appui dans les écrits (Chummun, Tiran, 2008) [6] ; (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32] ; (Prior, Guerin, Grimmer-Somers, 2008) [35] ; Solomons, Spross, 2010) [41].

La littérature générale et spécifique à la discipline infirmière permet d'identifier un certain nombre de stratégies pouvant aider à contrer ces difficultés (Tableau 1 p. 35). De façon à obtenir l'aval des milieux et le soutien des utilisateurs des connaissances, certains conçoivent en outre que le projet d'utilisation doit être réaliste et répondre à des questions importantes pour la pratique (Beyer, Trice, 1982) [4] ; (Dopson, FitzGerald, Ferlie et al., 2010) [9] ; (Ducharme, 2009) [14] ; (Estabrooks, Rutakumwa, O'Leary et al., 2005) [19] ; (Fixsen, Naoom, Blase, et al. 2005) [20] ; (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32] ; (Pipe, Cisar, Caruso et al., 2008) [33] (Tableau 1 p. 35). Le projet doit être ancré dans les préoccupations, les questionnements, les besoins des utilisateurs (Fixsen, Naoom, Blase et al. 2005) [20] et doit miser sur des stratégies favorisant les occasions d'interactions, de partages et d'échanges d'information de même que l'implication active des utilisateurs

Liens entre recherche et pratique : échange des savoirs, utilisation des données probantes et renouvellement des pratiques

Types de stratégies de transfert de savoirs	Références
Projets réalistes ancrés dans les préoccupations, questionnements et besoins des utilisateurs.	<p>DOPSON, S., FITZGERALD, L., FERLIE, E. « et al ». No Magic Targets ! Changing Clinical Practice to become more Evidence Based. <i>Health Care Management Review</i>, 2010 ; 35(1) : 2-12.</p> <p>DUCHARME, F. Knowledge Translation. Reflections from a research Program on Nursing Interventions for Family Caregivers of Seniors. <i>CJNR</i>, 2009 ; 41(4) : 91-99.</p> <p>ESTABROOKS, C.A, RUTAKUMWA, W., O'LEARY, K « et al. » Sources of Practice Knowledge Among Nurses. <i>Qualitative Health research</i>, 2005 ; 15 : 460-76.</p> <p>FIXSEN, D.L., NAOOM, S.F., BLASE, K.A. « et al. » Implementation Research : A Synthesis of the Literature. Tampa Florida : University of South Florida ; 2005.</p> <p>PÉPIN, J., KÉROUAC, S. et DUCHARME, F. La recherche au service de la pratique. Chapitre 5, dans <i>La pensée infirmière</i> (3^e éd.). Chenelière Éducation, 2010 ; 256 pages.</p>
Mécanismes favorisant les occasions d'interactions, de partages et d'échanges d'informations (entre collègues ou avec d'autres professionnels) sur les données de recherche.	<p>BEYER, J.M., TRICE, H.M. The Utilization Process : A Conceptual Framework and Synthesis of Empirical Findings. <i>Administrative Science Quarterly</i>, 1982 ; 27(4) : 591-622.</p> <p>CHUMMUM, H., TIRAN, D. Increasing Research Evidence in Practice : A Possible Role for the Consultant Nurse. <i>Journal of Nursing Management</i>, 2008 ; 16 : 327-333.</p> <p>DOPSON, S., FITZGERALD, L., FERLIE, E. « et al ». No Magic Targets ! Changing Clinical Practice to become more Evidence Based. <i>Health Care Management Review</i>, 2010 ; 35(1) : 2-12.</p> <p>ESTABROOKS, C. A, RUTAKUMWA, W., O'LEARY, K « et al. » Sources of Practice Knowledge Among Nurses. <i>Qualitative Health research</i>, 2005 ; 15 : 460-7.</p> <p>PÉPIN, J., KÉROUAC, S. et DUCHARME, F. La recherche au service de la pratique. Chapitre 5, dans <i>La pensée infirmière</i> (3^e éd.). Chenelière Éducation, 2010 ; 256 pages.</p>
Implication active des utilisateurs des connaissances dès les premières phases de l'implantation.	<p>DOPSON, S., FITZGERALD, L., FERLIE, E. « et al ». No Magic Targets ! Changing Clinical Practice to become more Evidence Based. <i>Health Care Management Review</i>, 2010 ; 35(1) : 2-12.</p> <p>DUCHARME, F. Knowledge Translation. Reflections from a research Program on Nursing Interventions for Family Caregivers of Seniors. <i>CJNR</i>, 2009 ; 41(4) : 91-99.</p> <p>FIXSEN, D.L., NAOOM, S.F., BLASE, K.A. « et al. » Implementation Research : A Synthesis of the Literature. Tampa Florida : University of South Florida ; 2005.</p> <p>PÉPIN, J., KÉROUAC, S. et DUCHARME, F. La recherche au service de la pratique. Chapitre 5, dans <i>La pensée infirmière</i> (3^e éd.). Chenelière Éducation, 2010 ; 256 pages.</p>

Tableau 1.
Stratégies de transfert associées aux caractéristiques des résultats de recherche.

Types de stratégies de transfert de savoirs	Références
Communication des résultats de recherche dans un langage facilement compréhensible, au bon moment et à partir des bons canaux.	<p>DOPSON, S., FITZGERALD, L., FERLIE, E. « et al ». No Magic Targets ! Changing Clinical Practice to become more Evidence Based. <i>Health Care Management Review</i>, 2010 ; 35(1) : 2-12.</p> <p>PÉPIN, J., KÉROUAC, S. et DUCHARME, F. La recherche au service de la pratique. Chapitre 5, dans <i>La pensée infirmière</i> (3^e éd.). Chenelière Éducation, 2010 ; 256 pages.</p> <p>SOLOMONS, N.M. et SPROSS, J.A. Evidence-Based Practice Barriers and Facilitators from a Continuous Quality Improvement Perspective : An Integrative Review, <i>Journal of Nursing Management</i>, 2011 ; 19 : 109-120.</p>
Transparence du processus de recherche et projet clairement défini.	<p>DUCHARME, F. Knowledge Translation. Reflections from a research Program on Nursing Interventions for Family Caregivers of Seniors. <i>CJNR</i>, 2009 ; 41(4) : 91-99.</p> <p>PÉPIN, J., KÉROUAC, S. et DUCHARME, F. La recherche au service de la pratique. Chapitre 5, dans <i>La pensée infirmière</i> (3^e éd.). Chenelière Éducation, 2010 ; 256 pages..</p>
Développement de liens avec les utilisateurs de connaissances afin de faciliter les échanges et les discussions le plus précocement possible.	<p>BEYER, J.M., TRICE, H.M. The Utilization Process : A Conceptual Framework and Synthesis of Empirical Findings. <i>Administrative Science Quarterly</i>, 1982 ; 27(4) : 591-622.</p> <p>FIXSEN, D.L., NAOOM, S.F., BLASE, K.A. « et al. » Implementation Research : A Synthesis of the Literature. Tampa Florida : University of South Florida ; 2005.</p>
Recours à de bons outils de communication (ex. de types interactifs, accès à des ressources documentaires au niveau local).	<p>BEYER, J.M., TRICE, H.M. The Utilization Process : A Conceptual Framework and Synthesis of Empirical Findings. <i>Administrative Science Quarterly</i>, 1982 ; 27(4) : 591-622.</p> <p>HO, K., BLOCH, R., GONDOCZ, T., « et al. » Technology Enabled Knowledge Translation : Frameworks to Promote Research and Practice. <i>Journal of Continuing Education in The Health Professions</i>, 2004 ; 24(2), 90-99.</p> <p>PÉPIN, J., KÉROUAC, S. et DUCHARME, F. La recherche au service de la pratique. Chapitre 5, dans <i>La pensée infirmière</i> (3^e éd.). Chenelière Éducation, 2010 ; 256 pages.</p> <p>PIPE, T., CISAR, N. S., CARUSO, E. « et al. » Leadership Strategies Inspiring Evidence-Based Practice at the Individual, Unit, and Organizational Levels. <i>J Nurs Care Qual</i>, 2008 ; Vol. 23, No. 3, pp. 265–271.</p> <p>ROBERTSON, R., JOCHELSON, K. Interventions that Change Clinician Behaviour : Mapping the Littérature. 2006. www.kingsfund.org.uk/.</p> <p>SABA, V.K. Nursing Informatics : Yesterday, Today and Tomorrow. <i>International Nursing Review</i>, 2001 ; 48(3), 177-187.</p>

Tableau 2.
Stratégies de transfert associées à l'accessibilité et à l'intelligibilité des résultats de recherche.

Liens entre recherche et pratique : échange des savoirs, utilisation des données probantes et renouvellement des pratiques

dès les premières phases de l'implantation (Beyer, Trice, 1982) [4] ; (Ferlie et al., 2005) [] ; (Dopson, FitzGerald, Ferlie et al., 2010) [9] ; (Ducharme, 2009) [14] ; (Fixsen, Naoom, Blase et al. 2005) [20] ; (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32] ; (Pipe, Cisar, Caruso et al., 2008) [33] ; (Saba, 2001) [39].

ACCESSIBILITÉ ET INTELLIGIBILITÉ DES RÉSULTATS DE RECHERCHE

Pour que soit maximisée l'utilisation des connaissances, deux autres dimensions doivent aussi être adressées, soit l'accessibilité et l'intelligibilité des résultats de recherche. Ces dimensions sont documentées dans les écrits généraux sur l'utilisation des connaissances et ceux particuliers à la discipline infirmière, les chercheurs se préoccupant, d'une part, de la façon dont la recherche est communiquée et d'autre part, de son accès, de sa mise à disposition (Tableau 2 p. 36). Certains conçoivent en outre qu'il est indispensable que les résultats de recherche soient communiqués dans un langage facilement compréhensible, au bon moment et à partir des bons canaux. Il est recommandé aux chercheurs de prendre l'initiative du développement des liens avec les utilisateurs de façon à faciliter les échanges et les discussions, et de se préoccuper de les impliquer le plus rapidement possible dans ces discussions. Les chercheurs doivent faire preuve de transparence dans tout ce qui entoure le processus de recherche et proposer des projets d'utilisation clairement définis (Beyer, Trice, 1982) [4] ; (Ducharme, 2009) [14] ; (Fixsen, Naoom, Blase et al. 2005) [20] ; (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32].

Ils doivent recourir à de bonnes techniques et outils de communication (Pipe, Cisar, Caruso et al., 2008) [33] et accorder de l'importance au processus informationnel (Ho, Bloch, Gondocz et al., 2004) [27] ; (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32] ; (Robertson, Jochelson, 2006) [36] ; (Saba, 2001) [39]. Certains proposent à cet effet des modes de transmission de types interactifs favorisant la participation active des utilisateurs (Robertson, Jochelson, 2006) [36] ; (Thompson, Estabrooks, Scott-Findlay et al., 2007) [42] ou encore, misent sur l'accès à des ressources documentaires au niveau local, dont Internet, Intranet, les réseaux de bibliothèques (Chummun, Tiran, 2008) [6] ; (Estabrooks, Rutakumwa, O'Leary et al., 2005) [19] ; (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32] ; (Solomons, Spross, 2011) [41].

BIEN OUTILLER LES INFIRMIÈRES À SAVOIR LIRE, CRITIQUER ET COMPOSER AVEC LES RÉSULTATS DE RECHERCHE

Les infirmières se questionneraient souvent sur la manière de lire, critiquer et composer avec les résultats de la recherche, ce qui pose un frein à l'utilisation des connaissances (Chummun, Tiran, 2008) [6] ; (Dopson, FitzGerald, Ferlie

et al., 2010) [9] ; (Estabrooks, Rutakumwa, O'Leary et al., 2005) [19]. Cette autre dimension doit être considérée et un certain nombre de stratégies sont proposées à cet effet, dont l'offre de formations destinées aux utilisateurs, la mise en place d'un soutien par des leaders experts et des activités de collaboration/partenariat dans les milieux cliniques (Tableau 3 p. 38).

La formation est considérée comme une stratégie clé permettant de maximiser l'utilisation des connaissances parce qu'elle permet, dans un cadre précis, de fournir les connaissances issues de la recherche et de discuter de leur pertinence. Elle peut aider à introduire et à saisir les composantes essentielles et le rationnel sous-jacent à l'application de nouvelles pratiques, offrir un contexte pour pratiquer de nouvelles habiletés et recevoir des rétroactions (Fixsen, Naoom, Blase et al. 2005) [20] ; (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32]. Bien qu'elle soit essentielle à l'utilisation des connaissances, l'offre de formation n'est pas par contre à elle seule suffisante. Elle doit être accompagnée d'autres types de soutien, dont ceux offerts par des leaders des milieux, des coaches, des traducteurs de connaissances. La valeur ajoutée du coaching est évoquée à répétition dans les écrits (Beyer, Trice, 1982) [4] ; (Boaz, Baeza, Fraser, 2011) [5] ; (Chummun, Tiran, 2008) [6] ; (Dopson, FitzGerald, Ferlie et al., 2010) [9] ; (Fixsen, Naoom, Blase et al. 2005) [20] ; (Prior, Guerin, Grimmer-Somers, 2008) [35] ; (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32] ; (Pipe, Cisar, Caruso et al., 2008) [33]. À titre d'exemple, Joyce et Shopwors, 2002, [28] ont rapporté des gains significatifs de l'ordre de 95 % sur le plan des apprentissages lorsque le coaching est en accompagnement avec d'autres formules d'enseignement.

Le soutien *Coaching* peut être offert par des experts des milieux en mesure d'expliquer les évidences scientifiques, de participer et de répondre aux controverses que soulèvent certaines données de recherche. Des pairs, des collègues qui ont déjà appliqué l'innovation proposée, ou qui sont en mesure de cautionner la nouvelle connaissance et de soutenir les collègues dans ce sens, peuvent tenir ce rôle. Ces leaders peuvent aider à réduire la distance ou l'écart culturel entre les chercheurs et les utilisateurs en tenant un rôle de liaison. Ils peuvent offrir un appui à la traduction, la diffusion, l'incorporation des recherches dans les programmes, fournir des avis professionnels, entreprendre eux-mêmes des recherches, donner de la formation, veiller au maintien de l'excellence clinique. Ils peuvent soutenir la formulation de questions cliniques, aller à la recherche des informations disponibles, synthétiser les résultats de recherche, et les transposer dans les pratiques administratives et cliniques (Beyer, Trice, 1982) [4] ; (Boaz, Baeza, Fraser, 2011) [5] ; (Chummun, Tiran, 2008) [6] ; (Dopson, FitzGerald, Ferlie et al., 2010) [9] ; (Fixsen, Naoom, Blase et al. 2005) [20] ; (Prior, Guerin, Grimmer-Somers, 2008) [35] ; (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32] ; (Pipe, Cisar, Caruso et al., 2008) [33].

Types de stratégies de transfert de savoirs	Références
Offre de formations destinées aux utilisateurs.	<p>FIXSEN, D.L., NAOOM, S.F., BLASE, K.A. «et al.» Implementation Research : A Synthesis of the Literature. Tampa Florida : University of South Florida ; 2005.</p> <p>PÉPIN, J., KÉROUAC, S. et DUCHARME, F. La recherche au service de la pratique. Chapitre 5, dans La pensée infirmière (3^e éd.). Chenelière Éducation, 2010 ; 256 pages.</p>
Soutien par des leaders experts ou coaches.	<p>BOAZ, A., BAEZA, J., FRASER, A. Effective Implementation of Research into Practice : An Overview of Systematic Reviews of the Health Literature. BMC Research Notes, 2011 ; 4 : 212 ; 1-8.</p> <p>CHUMMUM, H., TIRAN, D. Increasing Research Evidence in Practice : A Possible Role for the Consultant Nurse. Journal of Nursing Management, 2008 ; 16 : 327-333.</p> <p>DOPSON, S., FITZGERALD, L., FERLIE, E. « et al ». No Magic Targets ! Changing Clinical Practice to become more Evidence Based. Health Care Management Review, 2010 ; 35(1) : 2-12.</p> <p>FIXSEN, D.L., NAOOM, S.F., BLASE, K.A. «et al.» Implementation Research : A Synthesis of the Literature. Tampa Florida : University of South Florida ; 2005.</p> <p>PRIOR, M., GUERIN, M., GRIMMER-SOMER, K. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies - a synthesis of systematic review findings, Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2008 ; 14 (2008) 888–897.</p> <p>PÉPIN, J., KÉROUAC, S. et DUCHARME, F. La recherche au service de la pratique. Chapitre 5, dans La pensée infirmière (3^e éd.). Chenelière Éducation, 2010 ; 256 pages.</p> <p>PIPE, T., CISAR, N. S., CARUSO, E. « et al. » Leadership Strategies Inspiring Evidence-Based Practice at the Individual, Unit, and Organizational Levels. J Nurs Care Qual, 2008 ; Vol. 23, No. 3, pp. 265–271.</p>
Activités de collaboration/partenariats dans les milieux.	<p>DUCHARME, F., SAULNIER, D. La recherche contribue-t-elle à influencer la pratique professionnelle ? Actes du colloque La gériatrie : Une jeune tradition. Montréal : Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 1998.</p> <p>DUCHARME, F. Partnership in Research : A Tandem of Opportunities and Constraints. Canadian Journal of Nursing Leadership, 2003 ; 16(1) : 61-72.</p> <p>DUCHARME, F. Knowledge Translation. Reflections from a research Program on Nursing Interventions for Family Caregivers of Seniors. CJNR, 2009 ; 41(4) : 91-99.</p> <p>ECKERT, A., FURAL-TOTH, V., WAMBACK, I. «et al». Translation Research : Successful Partnerships Between Clinician and Researchers. Audiology Today, 2006 ; 18(6), 25-28.</p> <p>GRIMSHAW, J.M., ECCLES, M.P., WALKER, A.E. «et al.» Changing Physicians' Behavior : What Works and Thoughts on Getting More Things to Work. The Journal of Continuing Education in the Health Professions, 2002 ; Volume 22 : 237-243.</p> <p>PÉPIN, J., KÉROUAC, S. et DUCHARME, F. La recherche au service de la pratique. Chapitre 5, dans La pensée infirmière (3^e éd.). Chenelière Éducation, 2010 ; 256 pages.</p> <p>PIPE, T., CISAR, N. S., CARUSO, E. « et al. » Leadership Strategies Inspiring Evidence-Based Practice at the Individual, Unit, and Organizational Levels. J Nurs Care Qual, 2008 ; Vol. 23, No. 3, pp. 265–271.</p> <p>ZWARENSTEIN, M., REEVES, S. Knowledge Translation and Interprofessional Collaboration : Where the Rubber of Evidence-Based Care Hits the Roads of Teamwork. The Journal of Continuing Education in the Health Profession, 2006 ; 26 : 46-54.</p>

Tableau 3.
Stratégies de transfert permettant d'outiller les infirmières pour savoir lire, critiquer et composer avec les résultats de recherche.

Liens entre recherche et pratique : échange des savoirs, utilisation des données probantes et renouvellement des pratiques

L'utilisation des connaissances se déroule dans le contexte d'un système d'interactions sociales complexes (Graham, Logan, Harrison, Margaret et al., 2006) [22] et met en jeu des relations et des liens sociaux au sein d'une organisation. Des chercheurs misent donc sur le développement de collaborations, de partenariats, du travail en multidisciplinarité pour soutenir et alimenter l'utilisation des résultats de recherche (Zwarenstein, Reeves, 2006) [43]. Ces collaborations peuvent se dérouler entre collègues, et entre chercheurs et cliniciens. Elles peuvent avoir lieu dans un contexte interdisciplinaire ou intersectoriel, se dérouler dans le cadre de communautés de pratiques, de réseaux multidisciplinaires de professionnels et/ou de chercheurs (Dopson, FitzGerald, Ferlie et al., 2010) [9]. Ces collaborations offrent des occasions d'échanges, de discussions, favorisent le choc des idées sur les résultats de recherche, la décentralisation des bases de connaissances, et la déstabilisation de la pensée dominante, ce qui contribue à l'accélération de l'utilisation des connaissances. Elles doivent non seulement engager les chercheurs et les professionnels des milieux mais aussi les gestionnaires et les patients/familles partenaires des soins (Ducharme, Saulnier, 1998) [10] ; (Ducharme, 2003) [13] ; (Ducharme, 2009) [14] ; (Eckert, Fural-Toth, Wambach et al., 2006) [16] ; (Grimshaw, Eccles, Walker et al. 2002) [25] ; (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32] ; (Pipe, Cisar, Caruso et al., 2008) [33] ; (Zwarenstein, Reeves, 2006) [43].

CONTEXTE ORGANISATIONNEL ET SES CONDITIONS GAGNANTES

L'environnement est une autre dimension déterminante du succès de l'utilisation des connaissances dans la pratique. Cet environnement doit réunir les conditions gagnantes (libérer du temps de travail, aménager les lieux de travail) à tous les paliers de l'organisation pour que soit assurée, de façon satisfaisante, l'utilisation des connaissances (Estabrooks, Rutakumwa, O'Leary et al., 2005) [19] ; (Thompson, Estabrooks, Scott-Findlay et al., 2007) [42]. Le manque d'intérêt chez les gestionnaires à créer un environnement de travail qui met en valeur la recherche, encourage la participation du personnel à certaines activités de transfert (ex. conférence, formation), le manque de ressources financières pour le développement professionnel, de proximité des lieux où se tiennent certains événements propices à la transmission de nouvelles connaissances (Estabrooks, Rutakumwa, O'Leary et al., 2005) [19] ; (Roxburgh, 2006) [38] ; (Thompson, Estabrooks, Scott-Findlay et al., 2007) [42], sont autant d'aspects qui posent un frein à l'application de résultats de recherche (Tableau 4 p. 40).

Certains proposent ainsi que le projet d'utilisation des connaissances doit être valorisé par les gestionnaires. Ceux-ci doivent se préoccuper de fournir les outils et l'encadrement nécessaires à l'utilisation des résultats de recherche, soutenir les changements au niveau des infrastructures, des ressources matérielles, humaines et financières, dont des accès à des

locaux, à des publications scientifiques, à de la formation et à du coaching (Chummun, Tiran, 2008) [6] ; (Estabrooks, Rutakumwa, O'Leary et al., 2005) [19] ; (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32] ; (Solomons, Spross, 2011) [41]. Il faut qu'une culture organisationnelle ouverte au changement se manifeste à différents niveaux de l'organisation, soit au niveau de l'organisation dans son ensemble, des unités de travail et individuels (Duda, Brown, 2011) [15] ; (Pipe, Cisar, Caruso et al., 2008) [33]. L'organisation doit miser sur de bonnes relations entre professionnels, groupes de gestionnaires et groupes de professionnels (Dopson, FitzGerald, Ferlie et al., 2010) [9] ; (Pipe, Cisar, Caruso et al., 2008) [33]. Elle doit valoriser l'activité intellectuelle, formaliser les rôles et les fonctions associés à des activités de recherche, faciliter la mise en place de mécanismes qui renforcent la participation des personnes dans des activités de recherche (Edwards-Beckett, 1990) [17] ; (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32] ; (Chummun, Tiran, 2008) [6] ; (Estabrooks, O'Leary, Ricke et al., 2003) [18] ; (Solomons, Spross, 2011) [41]. Un soutien constant au niveau administratif et politique doit être présent (Dopson, FitzGerald, Ferlie et al., 2010) [9] ; (Fixsen, Naoom, Blase et al. 2005) [20]. L'implantation du projet d'utilisation suppose le recours à des approches multiples qui prennent en compte les contextes et les processus (Boaz, Baeza, Fraser, 2011) [5] ; (Prior, Guerin, Grimmer-Somers 2008) [35], lesquels ne cessent jamais d'évoluer. Ces contextes et processus doivent constamment être interrogés et renouvelés (Pipe, Cisar, Caruso et al., 2008) [33].

MODÈLE « IMPLEMENTATION SCIENCE »

Les chercheurs de la discipline infirmière peuvent maintenant s'appuyer sur de nombreux modèles d'implantation qui donnent une impulsion à l'utilisation des données de recherche, guident la planification et l'implantation des évidences scientifiques. Ces modèles ont considérablement évolué et se préoccupent désormais de rendre compte de la complexité du contexte dans lequel se déploie une innovation. Ils portent une attention aux interconnexions, aux relations et interactions multiples se manifestant au sein d'une organisation comme autant de facteurs pour appréhender l'implantation (Greenhalgh, Robert, Macfarlane et al., 2004) [23] ; (Newhouse, White, Jathleen, 2010) [31]. Fixsen, Naoom, Blase et al., 2005, [20] déplorent cependant que les études d'implantation produisent encore à ce jour des résultats partiels, se limitant essentiellement à la phase d'exploration préalable à l'implantation ou encore à son implantation initiale. À partir d'une revue et synthèse des écrits sur l'implantation couvrant la période de 1970 à 2004, les chercheurs ont développé un modèle d'implantation multi-niveaux, désigné *Implementation Science*. Le modèle veut s'attarder non seulement aux étapes exploratoires et initiales de l'implantation, mais aussi aux étapes suivant son adoption et les actions de ceux qui la mettent en pratique. Le réseau

Types de stratégies de transfert de savoirs	Références
Valorisation de la recherche par l'organisation.	<p>ESTABROOKS, C. A, RUTAKUMWA, W., O'LEARY, K «et al.» Sources of Practice Knowledge Among Nurses. <i>Qualitative Health research</i>, 2005 ; 15 : 460-76.</p> <p>THOMPSON, D.S., ESTABROOKS, C.A., SCOTT-FINDLAY, S. « et al.» Interventions Aimed at Increasing Research Use in Nursing: A Systematic Review. <i>Implementation Science</i>, 2007 ; 2: 1-16.</p>
Fourniture d'outils et d'encadrement nécessaire à l'utilisation des résultats de recherche.	<p>CHUMMUM, H., TIRAN, D. Increasing Research Evidence in Practice : A Possible Role for the Consultant Nurse. <i>Journal of Nursing Management</i>, 2008 ; 16 : 327-333.</p> <p>ESTABROOKS, C. A, RUTAKUMWA, W., O'LEARY, K «et al.» Sources of Practice Knowledge Among Nurses. <i>Qualitative Health research</i>, 2005 ; 15: 460-76.</p> <p>PÉPIN, J., KÉROUAC, S. et DUCHARME, F. La recherche au service de la pratique. Chapitre 5, dans <i>La pensée infirmière</i> (3^e éd.). Chenelière Éducation, 2010 ; 256 pages.</p> <p>SOLOMONS, N.M. et SPROSS, J.A. Evidence-Based Practice Barriers and Facilitators from a Continuous Quality Improvement Perspective : An Integrative Review, <i>Journal of Nursing Management</i>, 2011 ; 19 : 109-120.</p>
Soutien constant au niveau des infrastructures, des ressources matérielles, humaines, financières, au niveau politique.	<p>CHUMMUM, H., TIRAN, D. Increasing Research Evidence in Practice : A Possible Role for the Consultant Nurse. <i>Journal of Nursing Management</i>, 2008 ; 16 : 327-333.</p> <p>DOPSON, S., FITZGERALD, L., FERLIE, E. « et al.». No Magic Targets ! Changing Clinical Practice to become more Evidence Based. <i>Health Care Management Review</i>, 2010 ; 35(1) : 2-12.</p> <p>ESTABROOKS, C. A, RUTAKUMWA, W., O'LEARY, K «et al.» Sources of Practice Knowledge Among Nurses. <i>Qualitative Health research</i>, 2005 ; 15 : 460-76.</p> <p>PÉPIN, J., KÉROUAC, S. et DUCHARME, F. La recherche au service de la pratique. Chapitre 5, dans <i>La pensée infirmière</i> (3^e éd.). Chenelière Éducation, 2010 ; 256 pages.</p> <p>SOLOMONS, N.M. et SPROSS, J.A. Evidence-Based Practice Barriers and Facilitators from a Continuous Quality Improvement Perspective : An Integrative Review, <i>Journal of Nursing Management</i>, 2011 ; 19 : 109-120.</p>
Culture organisationnelle ouverte aux changements.	<p>DUDA, M.A., BROWN, J. Overview of Implementation Science. Site Visit Orientation. Communication dans le cadre du National Implementation Research Network. University of North Carolina Global Implementation Conference, The Science and Practice of Using Science in Practice. Washington, DC. August 15-17, 2011.</p> <p>PIPE, T., CISAR, N. S., CARUSO, E. « et al.». Leadership Strategies Inspiring Evidence-Based Practice at the Individual, Unit, and Organizational Levels. <i>J Nurs Care Qual</i>, 2008 ; Vol. 23, No. 3, pp. 265–271.</p>
Renforcement de bonnes relations entre professionnels, groupes de gestionnaires et groupes de professionnels.	<p>DOPSON, S., FITZGERALD, L., FERLIE, E. « et al.». No Magic Targets! Changing Clinical Practice to become more Evidence Based. <i>Health Care Management Review</i>, 2010 ; 35(1) : 2-12.</p> <p>PIPE, T., CISAR, N. S., CARUSO, E. « et al.». Leadership Strategies Inspiring Evidence-Based Practice at the Individual, Unit, and Organizational Levels. <i>J Nurs Care Qual</i>, 2008 ; Vol. 23, No. 3, pp. 265–271.</p> <p>FIXSEN, D.L., NAOOM, S.F., BLASE, K.A. «et al.» <i>Implementation Research : A Synthesis of the Literature</i>. Tampa Florida : University of South Florida ; 2005.</p>
Approches multiples prenant en compte les contextes et les processus.	<p>BOAZ, A., BAEZA, J., FRASER, A. Effective Implementation of Research into Practice : An Overview of Systematic Reviews of the Health Literature. <i>BMC Research Notes</i>, 2011 ; 4:212 ; 1-8.</p> <p>PRIOR, M., GUERIN, M., GRIMMER-SOMER, K. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies - a synthesis of systematic review findings, <i>Journal of Evaluation in Clinical Practice</i>, 2008 ; 14 (2008) 888–897.</p>

Tableau 4.
Stratégies de transfert associées à l'environnement et ses conditions gagnantes.

Liens entre recherche et pratique : échange des savoirs, utilisation des données probantes et renouvellement des pratiques

infirmier et partenaires de soins (RI-PS) appuie sa stratégie de transfert des connaissances sur ce modèle.

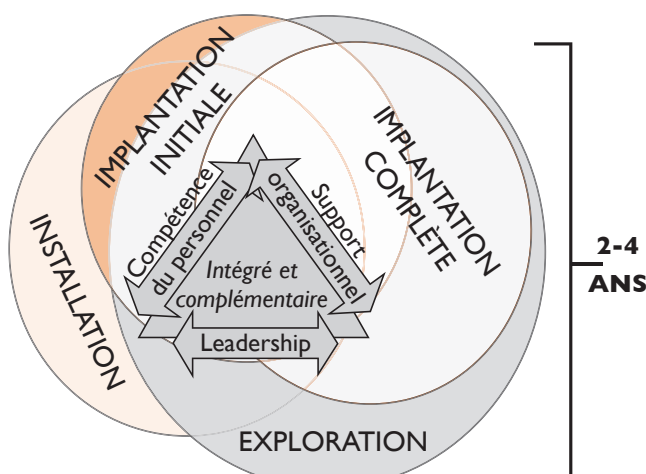
Le modèle propose d'abord une conception dynamique du processus d'implantation lequel met en jeu quatre dimensions : une source, un destinataire, des liens de communication et des mécanismes de rétroactions (Figure 1 ci-dessous). La « source » correspond à l'innovation elle-même à implanter dans le milieu et donc, fait appel au projet de changement qui est mis de l'avant. La « source » est en interaction constante avec un « destinataire » qui accueille l'innovation. Ce destinataire fait appel à des individus ciblés dans une organisation, un programme ou un établissement dans son ensemble. La source et le destinataire sont constamment en interaction et évoluent à travers des « liens et mécanismes de communication ». Ces liens sont assurés par des individus ciblés désignés « Agents de changements » ou « Consultants de programmes ». Ceux-ci ont été identifiés comme étant fortement motivés par le projet de changements et jouent un rôle charnière, donnant une impulsion et soutenant le projet. Ces individus peuvent provenir de l'interne ou être des représentants d'une organisation ou d'un regroupement d'organisations externe. Ils voient à ce que le projet d'implantation demeure toujours dans la bonne direction, identifient les facilitateurs de l'implantation dans le milieu et les mettent en place de façon durable, mobilisent les individus intéressés à s'engager dans le projet de changement, prennent part aux décisions tout au long de l'implantation. Fixsen, Naoom, Blase et al., 2005, [20] insistent sur le rôle clé que tiennent ces agents de changements. Dans l'optique

d'une implantation durable et à long terme de projets, ces individus sont en mesure de développer progressivement de solides expertises, tant sur le plan de l'implantation de projets que sur les contenus à promouvoir au sein de l'organisation. Forts de leurs expériences, ils ont la capacité de reconnaître rapidement les problèmes qui se posent et d'aider à leur résolution rapide et efficace. Qu'ils soient de l'interne ou de l'externe, ces « agents de changements » assurent les liens de communication indispensables au processus d'implantation et à sa viabilité à long terme. Fixsen, Naoom, Blase et al., 2005, [20] ajoutent à ce portrait les « mécanismes de rétroaction ». Ces mécanismes correspondent à l'ensemble des dispositifs mis en place afin d'assurer la circulation continue de l'information à propos des performances au niveau individuel, des équipes et de l'organisation. Ces quatre dimensions s'influencent mutuellement et interviennent à toutes les étapes de l'implantation. Elles sont en interactions constantes sous l'influence de facteurs économiques, politiques, sociaux, historiques, psychologiques, structurels. Les propriétés de chacune d'elles prennent de l'épaisseur au fur et à mesure du déroulement de l'implantation, de nouvelles données s'ajoutant progressivement et des ajustements étant effectués au besoin.

Pour qu'il soit pleinement efficace, ce processus d'implantation doit néanmoins être soutenu par des moteurs d'implantation (*Implementation Drivers*). Ceux-ci assurent un rendement optimal à l'implantation, sont actifs à toutes ses étapes et applicables à tous les niveaux souhaités de l'organisation. Ce sont le niveau de clarté et de précision du programme ou de l'innovation proposée, la sélection attentive des acteurs du milieu impliqués dans le changement, l'offre de formation et le soutien d'un coaching, la mise en place de mécanismes d'évaluation, d'un soutien politique, administratif et financier et l'établissement de stratégies pour assurer la viabilité à plus long terme de l'implantation. Ces moteurs d'implantation ne peuvent fonctionner à pleine capacité de façon isolée. Ils évoluent ensemble et se transforment dans un contexte organisationnel à toutes les étapes de l'implantation.

Fixsen, Naoom, Blase et al., 2005, [20] proposent enfin une déclinaison du déroulement de l'implantation en cinq étapes, allant de l'étape exploratoire et d'adoption à la viabilité à long terme de l'implantation (Figure 1). L'étape « d'exploration et d'adoption » a pour but de s'assurer de la correspondance entre les besoins du milieu visé par le changement, l'innovation proposée, les besoins du projet d'implantation lui-même et les ressources disponibles. Pour ce faire, un maximum d'informations est recueilli de façon à obtenir une bonne compréhension du contexte local dans lequel se déroule l'implantation. Des discussions ont lieu avec l'ensemble des parties prenantes du changement afin de les amener à s'investir dans le processus. Un examen attentif est porté à l'ensemble des options disponibles dans

Étapes d'implantation
Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, &
Wallace, 2005



Laramée M.T, Leclair K, Brunet N, Gauthier, J, Soyons S.A.G.E. ! Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal 2012.

Figure 1.
Les cinq étapes du déroulement de l'implantation.

Favoriser la mise en œuvre de projets en partenariat.
Travailler au développement d'une masse critique d'activités partagées dans différents domaines des soins infirmiers.
Affirmer et renforcer le sentiment d'appartenance au réseau U de M en sciences infirmières.
Rendre visibles les réalisations qui émergent du partenariat par le biais d'activités de partage des connaissances.
Prendre part aux débats sur le développement des sciences infirmières au Québec et à son positionnement dans la société.

Tableau 5.
Objectifs visés par le Réseau infirmier et partenaire de soins (RI-PS) de l'Université de Montréal.

le milieu pour assurer une implantation efficace. À terme, le projet d'implantation proposé est guidé par des buts définis, un plan détaillé et des échéanciers. La faisabilité du projet de changement est démontrée. Cette étape préparatoire à celle de l'installation de l'implantation vise à obtenir des consensus, l'aval et des soutiens au niveau politique, financier et des ressources humaines.

L'étape de « l'installation du projet de changement » se préoccupe par la suite de la mise en place des soutiens structurels indispensables à l'implantation. Des discussions ont alors lieu avec les parties prenantes des milieux et avec les soutiens externes, si tel est le cas, afin d'assurer la mise à disponibilité du financement et des ressources humaines nécessaires. Des modifications sont apportées au projet en fonction de nouvelles informations obtenues. C'est à cette étape que sont mis en place les moteurs d'implantation et que sont établis des mécanismes qui permettront d'évaluer le rendement de l'implantation et sa performance. L'étape de « l'implantation initiale » peut, par conséquent, être amorcée. Cette étape commande des modifications au niveau de l'environnement dans son ensemble, ce qui demande du temps. Les formations sont développées. Les coaches ont été identifiés et les équipes de travail ont été formées et mises en action soutenues par les coaches. Ces équipes assurent les liens de communication à l'interne et à l'externe, s'il y a lieu. Elles voient, en collaboration étroite avec les coaches, au bon déroulement des opérations et agissent comme motivateurs. Des procédures sont mises en place à cette étape de façon à ce que chaque participant actif puisse évaluer son propre cheminement. Un soutien administratif est établi pour veiller au bon déroulement de l'implantation dans son entièreté et des mécanismes veillent au maintien du financement, des ressources organisationnelles et humaines. L'étape de la « complétion de l'implantation » survient lorsque le projet de changement est intégré par l'ensemble des acteurs clés de l'organisation de même qu'au niveau de ses politiques et de ses procédures. À cette étape, l'innovation est complètement opérationnelle et devient peu à peu une pratique acceptée. Pour assurer la « viabilité à long terme de l'implantation », les leaders et les décideurs de l'organisation sont amenés à mettre en place des mécanismes de pérennisation qui feront partie intégrante de la culture de l'organisation, des politiques de l'établissement et des protocoles cliniques.

RÉSEAU INFIRMIER ET PARTENAIRE DE SOINS (RI-PS) EN TANT QU'AGENT DE CHANGEMENT

Le réseau infirmier et partenaire de soins (RI-PS) de l'U de M peut être envisagé comme un « Agent de changement » dans le vaste champ du transfert des connaissances dans les milieux de pratiques. Le réseau se fixe l'objectif (Tableau 5 ci-dessus) de favoriser l'utilisation des données probantes et des meilleures pratiques infirmières par le développement de projets structurés d'utilisation des connaissances dans les établissements de santé.

Le RI-PS est composé de chercheurs de la Faculté des sciences infirmières (FSI) et de la Faculté de médecine, de représentants du Bureau du patient partenaire de l'U de M, de milieux cliniques partenaires de la FSI (CHUM, CH Ste-Justine, CSS Lanaudière Nord, LHL, CSSS Laval, HMR) et de membres d'équipes de soins (ex. infirmières, médecins, travailleurs sociaux). Des patients partenaires ayant une maladie chronique font aussi partie du réseau. Le réseau travaille à favoriser l'émergence de communautés de pratiques entre des infirmières, des chercheurs et leurs partenaires, des professionnels de la santé, des médecins et des patients partenaires des soins. Il veut offrir aux établissements un soutien constant afin de faire progresser les pratiques cliniques et de pérenniser les changements en appui avec les évidences scientifiques. Les projets de recherche du réseau misent, pour ce faire, sur le travail en collaboration, sur l'implication active de leaders champions ou coaches dans les milieux de façon à maximiser l'utilisation des connaissances. Il s'appuie sur les mêmes prémisses que celles proposées par Fixsen, Naoom, Blase et al., 2005, [20]. Dans le cadre de ses projets d'implantation, le réseau accorde ainsi de l'importance à la sélection des acteurs des milieux et vise leur engagement actif et précoce dans ses projets. Il voit à former ces acteurs et à leur associer un soutien *coaching* afin d'assurer l'utilisation la plus optimale possible des connaissances et la transformation des pratiques. Le RI-PS s'assure de l'évaluation des activités de ses projets et des performances, du soutien organisationnel, politique, financier.

Liens entre recherche et pratique : échange des savoirs, utilisation des données probantes et renouvellement des pratiques

PORTAIL INFORMATIQUE D'ÉCHANGES DE SAVOIRS ET PARTENAIRES DE SOINS

Parmi un ensemble de stratégies mises en place par le RI-PS pour optimiser l'utilisation des connaissances, le RI-PS développe actuellement une innovation clinique interactive Web 2.0, le Portail informatique d'échange de savoirs (PES). L'idée du portail a émergé de consultations des partenaires du réseau, d'une recension des écrits sur le transfert des connaissances en santé et d'un sondage auprès de 156 utilisateurs potentiels du PES. Sa pertinence repose sur trois éléments : la création d'une plateforme interactive unique d'échanges et de diffusion des savoirs, un accès rapide aux données probantes et aux meilleures pratiques cliniques afin d'offrir des soins optimaux aux patients et l'amélioration du continuum de soins aux patients par l'implication des différents professionnels de la santé impliqués. Le RI-PS développe des projets d'utilisation du PES dans les milieux cliniques avec l'appui d'équipes de champions pour l'implantation et l'appropriation des pratiques professionnelles exemplaires. Il prépare un projet pilote visant l'amélioration des pratiques de soins lors de la planification de congé en oncologie à travers le recours au PES. Ce thème est retenu parce qu'il représente un des plus grands défis actuels des réseaux de santé au Québec en raison du vieillissement des populations et de l'augmentation exponentielle des maladies chroniques. D'autres thématiques d'importance en santé suivront cette première initiative, toujours avec l'appui du portail interactif PES. Le RI-PS mise sur le portail informatique pour faciliter la diffusion d'informations et de connaissances pertinentes et utiles aux professionnels des milieux et pour favoriser des liens entre professionnels, gestionnaires, chercheurs, établissements, entre régions, tant au niveau national qu'international. Les activités du Portail sont soutenues par un « Comité avisé » dont le mandat est de chapeauter son implantation et son développement dans les milieux cliniques. Ce comité est formé de membres du Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire (BFEP) de la Faculté de médecine de l'U de M qui veille à optimiser les activités entourant l'utilisation du PES à toutes les étapes de son développement. Il réunit également des directrices de soins infirmiers de différents milieux cliniques afin de s'assurer que les contenus, le fonctionnement du PES répondent à de réelles préoccupations. Ce comité développe aussi les orientations stratégiques du PES et assure la synergie entre les réseaux d'utilisateurs. Le RI-PS développe actuellement des partenariats internationaux pour participer au développement de projets de transfert des connaissances dont certains s'appuient sur l'utilisation du portail informatique, PES.

EN GUISE DE CONCLUSION

La stratégie mise en place par le Réseau infirmier et partenaires de soins (RI-PS) de l'Université de Montréal vise à faciliter l'utilisation optimale et pérenne des meilleures

pratiques fondées sur les évidences scientifiques. Dans le contexte de rareté des ressources en santé, le recours aux meilleures pratiques fondées sur des résultats probants est indispensable (Meleis, 2007) [30] et doit profiter aux soins de santé (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010) [32]. La stratégie du RI-PS repose sur l'ensemble des facteurs de succès de l'utilisation des connaissances identifiés dans les écrits tels les communautés de pratique, les champions ou leader et actualise le modèle d'implantation multi-niveaux, *Implementation Science* développé par Fixsen, Naoom, Blase et al., 2005, [20]. Le réseau veut mettre de l'avant une stratégie d'implantation de projets d'utilisation se voulant solide, pertinente et utile aux milieux cliniques, bien appuyés par les évidences scientifiques. Il compte, pour ce faire, sur un leadership infirmier dans les milieux cliniques et sur le développement de collaborations étroites avec les autres professionnels de la santé, les gestionnaires, les patients/familles de même que sur un soutien politique, administratif et financier.

Le réseau mise sur l'implantation de projets structurés d'utilisation des connaissances pour répondre à un certain nombre de défis auxquels les systèmes de soins doivent désormais s'attaquer. Il veut en outre contribuer à l'amélioration des pratiques infirmières alors que les demandes et les besoins en soins infirmiers se transforment et se complexifient (Rothan-Tondeur, Eymard, 2012) [37] ; (Secrétariat international des infirmières et des infirmiers de l'espace francophone, 2011) [40]. Conscient que les pratiques cliniques sont difficiles à changer et que ces changements se butent bien souvent à de nombreux obstacles et à de fortes résistances (au niveau personnel, professionnel, structurel ou organisationnel), le réseau mise, d'une part, sur le partenariat entre chercheurs et professionnels des milieux pour agir comme catalyseurs de changements dans les milieux de pratiques et assurer leur viabilité à long terme (Dopson, FitzGerald, Ferlie et al., 2010) [9], et d'autre part sur le recours aux nouvelles technologies. L'utilisation toujours croissante du Web comme outil de communication et d'information par les professionnels de la santé dont les infirmières, milite en faveur du recours à ces technologies. Les données récentes mettent bien en évidence que les professionnels sont de plus en plus enclins à utiliser ces types de supports pour mettre à jour leurs connaissances et améliorer les services qu'ils offrent à leurs clientèles (Bakken, Stone, Larson, 2008) [2]. Le Réseau conçoit le PES comme un outil puissant pour assurer un transfert des connaissances efficaces entre infirmières et autres professionnels de la santé, gestionnaires, chercheurs et patients. Son principal attrait est de favoriser la fluidité des interactions, ce qui est au cœur du partage et de la diffusion des nouvelles connaissances. Le PES permet d'augmenter l'accessibilité aux résultats probants et aux innovations cliniques afin de soutenir l'amélioration des pratiques cliniques et d'assurer une meilleure qualité de soins directs aux patients. Le RI-PS se veut un moteur de développement d'activités infirmières et un véhicule de partenariats entre chercheurs et professionnels de la santé, nationaux et internationaux. Par ses actions, il apporte une

contribution infirmière majeure à l'excellence des soins et des services de santé et au positionnement sociopolitique des infirmières.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont aux Instituts de recherche en Santé du Canada qui ont accordé une bourse de stagiaire d'été à Madame Sarah Sahtali (2012).

Références bibliographiques

- ADAMS, S., TITLER, M.G. Building a Learning Collaborative. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2010 ; 7(3) : 165-173.
- BAKKEN, S., STONE P.W., LARSON, E. A nursing Informatics Research Agenda for 2008–18 : Contextual Influences and Key Components. *Nursing Outlook*, 2008 ; 56(5) : 206-214.
- BAUMBUSCH, J.L., KIRKHAM, S.R., KHAN, K.B. « et al ». Pursuing Common Agendas : A Collaborative Model for Knowledge Translation between Research and Practices in Clinical Settings. *Research in Nursing & Health*, 2008 ; 31 : 130-140.
- BEYER, J.M., TRICE, H.M. The Utilization Process : A Conceptual Framework and Synthesis of Empirical Findings. *Administrative Science Quarterly*, 1982 ; 27(4) : 591-622.
- BOAZ, A., BAEZA, J., FRASER, A. Effective Implementation of Research into Practice : An Overview of Systematic Reviews of the Health Literature. *BMC Research Notes*, 2011 ; 4:212 ; 1-8.
- CHUMMUM, H., TIRAN, D. Increasing Research Evidence in Practice : A Possible Role for the Consultant Nurse. *Journal of Nursing Management*, 2008 ; 16 : 327-333.
- CRANLEY, L., DORAN, D.M. Nurses' Integration of Outcomes Assessment Data into Practice. *Outcomes Management*, 2004 ; 8(1) : 13-18.
- CRONJE, R.J. et MOCH, S.D. Part III. Reenvisioning Undergraduate Nursing Students as Opinion Leaders to Diffuse Evidence-Based Practice in Clinical Settings. *Journal of Professional Nursing*, 2010 ; 26(1) : 23-28.
- DOPSON, S., FITZGERALD, L., FERLIE, E. « et al ». No Magic Targets! Changing Clinical Practice to become more Evidence Based. *Health Care Management Review*, 2010 ; 35(1) : 2-12.
- DUCHARME, F., SAULNIER, D. La recherche contribue-t-elle à influencer la pratique professionnelle ? Actes du colloque La gériatrie : Une jeune tradition. Montréal : Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 1998.
- DUCHARME, F. La recherche... pour le développement des connaissances sur le soin, *Recherche en soins infirmiers*. 2000 ; 63 : 19-25.
- DUCHARME, F. Les soins infirmiers et la recherche : Perspectives au seuil du troisième millénaire. Dans *Les soins infirmiers : Vers de nouvelles perspectives*, Goulet O. et Dallaire, C. (Dir.), Montréal : Gaëtan Morin, 2002 ; 383-402.
- DUCHARME, F. Partnership in Research : A Tandem of Opportunities and Constraints. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 2003 ; 16(1) : 61-72.
- DUCHARME, F. Knowledge Translation. Reflections from a research Program on Nursing Interventions for Family Caregivers of Seniors. *CJNR*, 2009 ; 41(4) : 91-99.
- DUDA, M.A., BROWN, J. Overview of Implementation Science. Site Visit Orientation. Communication dans le cadre du National Implementation Research Network. University of North Carolina Global Implementation Conference, The Science and Practice of Using Science in Practice. Washington, DC. August 15-17, 2011.
- ECKERT, A., FURAL-TOTH, V., WAMBACK, I. « et al ». Translation Research : Successful Partnerships Between Clinician and Researchers. *Audiology Today*, 2006 ; 18(6), 25-28.
- EDWARDS-BECKETT, J. Nursing Research Utilization Techniques. *Journal of Nursing Administration*, 1990 ; 20(11), 25-30.
- ESTABROOKS, C. A, O'LEARY, K. A., RICKE, K. L. « et al ». The Internet and Access of Evidence : How are Nurses Positioned ? *Journal of Advanced Nursing*, 2003 ; 42(1) : 73-81.
- ESTABROOKS, C. A, RUTAKUMWA, W., O'LEARY, K « et al. » Sources of Practice Knowledge Among Nurses. *Qualitative Health research*, 2005 ; 15 : 460-76.
- FIXSEN, D.L., NAOOM, S.F., BLASE, K.A. « et al. » Implementation Research : A Synthesis of the Literature. Tampa Florida : University of South Florida ; 2005.
- FORD-GILBOE, M., CAMPBELL, J., BERMAN, H. Stories and Numbers : Coexistence Without Compromise. *Advances in Nursing Sciences*, 1995 ; 18(1), 14-26.
- GRAHAM, I.D., LOGAN, J., HARRISON, M.B. « et al. » Lost in Knowledge Translation : Tome for a Map ? *The Journal of Continuing Education in the Health Profession*, 2006 ; 26(1) : 13-24.
- GREENHALGH, T., ROBERT, G., MACFARLANE, F. « et al. » Diffusion of Innovations in Service Organizations : Systematic Review and Recommendations. *Milbanq Quarterly*, 2004 ; 82(4) : 581-629.
- GROL, R. Improving the Quality of Medical Care Building Bridges Among Professional Pride, Payer Profit, and Patient Satisfaction. *JAMA*, 2001 ; 286(20) : 2578-2585.
- GRIMSHAW, J.M., ECCLES, M.P., WALKER, A.E. « et al. » Changing Physicians' Behavior : What Works and Thoughts on Getting More Things to Work. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2002 ; Volume 22 : 237-243.
- GURZICK, M., KESTEN, K.S. The Impact of Clinical Nurse Specialists on Clinical Pathways in the Application of Evidence-based Practice. *Journal of Professional Nursing*, 2010 ; 26(1) : 42-48.
- HO, K., BLOCH, R., GONDOZ, T., « et al. » Technology Enabled Knowledge Translation : Frameworks to Promote Research and Practice. *Journal of Continuing Education in The Health Professions*, 2004 ; 24(2), 90-99.
- JOYCE, B., SHOPWERS, B. Student Achievement Through Staff Development (3rd) dans ALEXANDRIA, V.A. : Association for Supervision and Curriculum Development, 2002.
- LOISELLE, C.G. et PROFETTO-MACGRATH, J. Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives (Adaptation française, Carmen G. Loisel). Bibliothèque et Archives nationales du Québec. 2007.
- MELEIS, A. I. *Theoretical Nursing : Development and Progress* (4^e éd.). Philadelphia : Lippincott. 2007.
- NEWHOUSE, R. P., WHITE, J. M. Guiding Implementation. Frameworks and Resources for Evidence Translation. *JONA*, 2010 ; 41(12) : 513-16.

Liens entre recherche et pratique : échange des savoirs, utilisation des données probantes et renouvellement des pratiques

32. PÉPIN, J., KÉROUAC, S. et DUCHARME, F. La recherche au service de la pratique. Chapitre 5, dans *La pensée infirmière* (3^e éd.). Chenelière Éducation, 2010.
33. PIPE, T., CISAR, N.S., CARUSO, E. « et al. » Leadership Strategies Inspiring Evidence-Based Practice at the Individual, Unit, and Organizational Levels. *J Nurs Care Qual*, 2008 ; Vol. 23, No. 3, pp. 265-271.
34. PURDY, I.B. et MELWAK, M.A. Implementing Evidence-Based Practice. A Mantra for Clinical Change. *Journal of Perinatal Neonatal Nursing*, 2009 ; 23(3) : 263-9.
35. PRIOR, M., GUERIN, M., GRIMMER-SOMER, K. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies – a synthesis of systematic review findings, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2008 ; 14(10) 888-897.
36. ROBERTSON, R., JOCHELSON, K. Interventions that Change Clinician Behaviour : Mapping the Littérature. 2006. www.kingsfund.org.uk/
37. ROTHAN-TONDEUR, E., EYMARD, C. Création d'une UMR. Laboratoire de recherche infirmière, Document de travail, Aix Marseille, 2012.
38. ROXBURGH, M. An Exploration of Factors which Constraint Nurses from Research Participation. *Journal of Clinical Nursing*, 2006 ; 15(5), 535-545.
39. SABA, V.K. Nursing Informatics : Yesterday, Today and Tomorrow. *International Nursing Review*, 2001 ; 48(3), 177-187.
40. Secrétariat international des infirmières et des infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF). La formation universitaire des infirmières et des infirmiers. Une réponse aux défis des systèmes de santé. Bibliothèque et Archives Canada. Mémoire présenté le 26 mai 2011.
41. SOLOMONS, N.M. et SPROSS, J.A. Evidence-Based Practice Barriers and Facilitators from a Continuous Quality Improvement Perspective : An Integrative Review, *Journal of Nursing Management*, 2011 ; 19 : 109-120.
42. THOMPSON, D.S., ESTABROOKS, C.A., SCOPPT-FINDLAY, S. « et al. » Interventions Aimed at Increasing Research Use in Nursing: A Systematic Review. *Implementation Science*, 2007 ; 2 : 1-16.
43. ZWARENSTEIN, M., REEVES, S. Knowledge Translation and Interprofessional Collaboration : Where the Rubber of Evidence-Based Care Hits the Roads of Teamwork. *The Journal of Continuing Education in the Health Profession*, 2006 ; 26 : 46-54.