

Outil de sélection de stratégies de transfert des connaissances pour favoriser le changement des pratiques en santé et leur pérennité



Table des matières

PRÉAMBULE.....	3
GLOSSAIRE	4
1. IDENTIFIER LES BARRIÈRES ET LES FACILITATEURS AU CHANGEMENT DE PRATIQUE	5
1.1. IDENTIFIER LES BARRIÈRES ET LES FACILITATEURS AU CHANGEMENT DE PRATIQUE DANS UN MILIEU OU CONTEXTE SPÉCIFIQUE	5
1.2. UTILISER LE CADRE <i>THEORETICAL DOMAINS FRAMEWORK</i> (TDF) POUR CATÉGORISER LES BARRIÈRES ET LES FACILITATEURS.....	5
2. IDENTIFIER LES INTERVENTIONS DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES À PRIORISER.....	9
2.1. APPLIQUER LE MODÈLE <i>CAPACITY, OPPORTUNITY, MOTIVATION AND BEHAVIOR</i> (COM-B) POUR IDENTIFIER LES INTERVENTIONS DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES LES PLUS PERTINENTES.....	9
3. SÉLECTIONNER ET OPÉRATIONNALISER DES STRATÉGIES DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES PERTINENTES ET ADAPTÉES À METTRE EN ŒUVRE	13
3.1. S'INSPIRER DE LA TAXONOMIE <i>EFFECTIVE PRACTICE AND ORGANIZATION OF CARE</i> (EPOC) POUR SÉLECTIONNER DES STRATÉGIES DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES	13
3.2. OPÉRATIONNALISER LES STRATÉGIES DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES SÉLECTIONNÉES.	20
4. PLANIFIER LA PÉRENNITÉ DE VOTRE PROJET DE CHANGEMENT DE PRATIQUE	22
RÉFÉRENCES.....	24

Préambule

Le transfert des connaissances a pour but de **sensibiliser** davantage les utilisateurs de connaissances (défini plus loin) aux conclusions des recherches et de **faciliter l'utilisation** de ces conclusions [1]. À titre d'exemple, les recherches ont mis en lumière que sans l'utilisation (ou la mise en œuvre) de stratégies efficaces (p.ex., formation, modèles de rôle, leaders d'influence, retour sur l'information¹) pour favoriser ou optimiser l'utilisation des données probantes dans la pratique, il peut falloir **jusqu'à 17 ans** avant que de nouvelles connaissances soient pleinement intégrées aux pratiques courantes (c.-à-d., institutionnalisation ou routinisation) [2]. Il y a lieu de non seulement renforcer la capacité à **diffuser les résultats de la recherche** auprès des utilisateurs de connaissances, mais aussi de développer et mettre en place **des plans stratégiques de transfert des connaissances** qui soient adaptés aux milieux visés dans le but de soutenir le changement des pratiques en santé.

Considérant les ressources disponibles limitées en matière d'utilisation des stratégies (ou méthodes) de transfert des connaissances pour mettre en œuvre et assurer la pérennité des pratiques fondées sur les données probantes, ce document a été créé à partir d'un outil existant² visant à outiller les gestionnaires de projets, les décideurs ou les prestataires de soins de santé (ou tout autre utilisateur des connaissances) à développer et mettre en place leur **plan personnalisé de transfert des connaissances**. Celui-ci permet d'utiliser des modèles et des cadres conceptuels issus des recherches en transfert des connaissances pour identifier et opérationnaliser des stratégies efficaces pouvant soutenir le changement des pratiques en santé. Globalement, ce document présenté en trois étapes principales peut servir de guide pour (1) identifier **les barrières et facilitateurs** au changement des pratiques dans un milieu ou contexte spécifique, (2) pour sélectionner des **stratégies de transfert des connaissances** qui pourront être adaptées et opérationnalisées en fonction des besoins des individus ou organisations visés par le changement.

¹ Souvent nommé « audit et feedback ».

² Knowledge Translation Program (KTP), Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital, Unity Health Toronto. (2019). *The Select Tool*. <https://knowledgetranslation.net/the-select-tool/>

Glossaire³

Selon les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) [1], le transfert des connaissances se définit comme un **processus dynamique** et **itératif** lié à la production et à l'utilisation des résultats de recherche dans les pratiques et les politiques en favorisant l'accès à l'information.

Le transfert des connaissances englobe un **éventail d'activités** incluant la création des connaissances, la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application conforme à l'éthique des connaissances. Ultimement, le transfert des connaissances vise à mettre à profit les données issues de la recherche pour améliorer la **santé** des populations, offrir de **meilleurs soins et services de santé** et **renforcer le système de santé**. Ce processus s'insère dans un réseau complexe d'interactions entre les chercheurs et les utilisateurs des connaissances, dont l'intensité, la complexité et le degré d'engagement peuvent varier en fonction de la nature de la recherche et des résultats ainsi que des besoins particuliers de chaque utilisateur des connaissances.

Dans la littérature scientifique ou la pratique courante, d'autres **termes ou expressions** faisant référence au transfert des connaissances sont aussi employés tels que la mobilisation, l'application et le partage des connaissances ou encore, la mise en œuvre ou l'implantation des données probantes dans la pratique.

Synthèse de connaissances

Mise en contexte et intégration d'études de recherche dans l'ensemble des connaissances sur le sujet.

Dissémination

Communication des résultats de recherche, c'est-à-dire détermination de l'auditoire auquel sont destinés les résultats de la recherche ainsi qu'adaptation du message et du moyen de communication à cet auditoire.

Échange de connaissances

Interactions entre les utilisateurs des connaissances et les chercheurs conduisant à un apprentissage mutuel.

Application des connaissances conforme à l'éthique

Processus itératif par lequel les connaissances sont étudiées, mises en pratique ou utilisées pour améliorer la santé et le système de santé. Ces activités doivent être conformes aux principes et aux normes de l'éthique, aux valeurs sociales ainsi qu'au cadre juridique et aux autres cadres réglementaires.

Utilisateur des connaissances

Les IRSC définissent un utilisateur des connaissances comme une personne susceptible d'utiliser les résultats de la recherche pour prendre des décisions éclairées au sujet de politiques, de programmes ou de pratiques en matière de santé. Le degré de participation d'un utilisateur des connaissances au processus de recherche peut varier en intensité et en complexité selon la nature de la recherche et ses besoins en information. Un utilisateur des connaissances peut être, entre autres, un praticien, un responsable de politiques, un éducateur, un décideur, un administrateur des soins de santé ou un dirigeant communautaire, ou encore une personne d'un organisme de bienfaisance dans le domaine de la santé, d'un groupe de patients, d'un organisme du secteur privé ou des médias.

³ Les définitions utilisées dans le présent document sont issues des termes et définitions proposés par les IRSC dans son « Cadre et plan stratégique pour la mobilisation des connaissances » [1].

1. Identifier les barrières et les facilitateurs au changement de pratique

1.1. Identifier les barrières et les facilitateurs au changement de pratique dans un milieu ou contexte spécifique

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la réticence des individus ou des organisations au changement des pratiques ou, au contraire, faciliter ce changement. Ces facteurs contraignant ou facilitant sont souvent appelés barrières et facilitateurs au changement des pratiques. Afin de mettre à profit des stratégies de transfert des connaissances qui favoriseront et soutiendront à long terme le changement des pratiques, il importe que les stratégies sélectionnées soient adaptées aux barrières et facilitateurs spécifiques du milieu ou du contexte dans lequel ces stratégies seront mises en œuvre. Il existe plusieurs méthodes et sources de données permettant d'identifier les barrières et les facilitateurs au changement des pratiques dans un milieu ou un contexte donné :

- Regarder dans la littérature scientifique pour connaître les barrières et facilitateurs propres à un milieu ou un contexte spécifique;
- Discuter de manière informelle avec des parties prenantes jouant un rôle clé dans le projet d'implantation ou de changement des pratiques;
- Observer les personnes visées par le changement de pratique à même le contexte dont ils font partie;
- Distribuer des questionnaires pour collecter des données sur les barrières et facilitateurs auprès des personnes concernées par le changement de pratique et/ou des parties prenantes;
- Mener des entrevues ou des groupes de discussion pour collecter des données sur les barrières et facilitateurs auprès des personnes concernées par le changement de pratique et/ou des parties prenantes.

1.2. Utiliser le cadre *Theoretical Domains Framework* (TDF) pour catégoriser les barrières et les facilitateurs

Le TDF [3, 4] est un cadre de référence fréquemment utilisé en transfert des connaissances qui permet de répertorier et catégoriser des barrières et/ou facilitateurs au changement de pratique. Le cadre TDF comprend 16 domaines, lesquels représentent 16 grandes catégories d'influence au changement de comportements individuels qui ont été développées théoriquement (c.-à-d., à l'aide des résultats de recherche et de synthèses de connaissances, des catégories « théoriquement » possibles d'influences comportementales ont été proposées au sein d'un même cadre).

Il est important de savoir que le cadre TDF permet d'identifier des barrières et facilitateurs au changement de pratique à un niveau individuel (c.-à-d. ce qui peut influencer les comportements des individus). En revanche, des barrières et facilitateurs contextuels (p.ex., au niveau social, culturel, organisationnel ou politique) peuvent aussi avoir une influence sur le changement des pratiques. À cet effet, il existe d'autres cadres de référence permettant d'identifier ces barrières et facilitateurs dont le cadre *Consolidated Framework for Implementing Research* (CFIR) [5, 6].

Une fois que vous aurez identifié les barrières et facilitateurs au changement de pratique dans votre milieu ou contexte, vous pouvez utiliser le **Tableau 1** ci-dessous pour les catégoriser en fonction des 16 domaines du cadre TDF. Chacun des domaines est défini au sein du **Tableau 1**, afin de faciliter l'utilisation du cadre TDF. Cette première étape constituera la base du travail pour ensuite sélectionner et opérationnaliser des stratégies de transfert des connaissances adaptées et pertinentes à votre milieu ou votre contexte. L'**Exemple 1** présenté ci-dessous montre comment il est possible d'utiliser le cadre TDF pour catégoriser les barrières et facilitateurs au changement de pratique dans le cadre d'un projet d'amélioration.

Exemple 1:

Vous souhaitez améliorer la collaboration interprofessionnelle entre les différentes équipes de soins en oncologie (p.ex., unité d'hospitalisation, urgence, groupe de médecine familiale) d'un Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) du Québec, puisqu'il s'agit d'une pratique fondée sur les données probantes permettant d'améliorer les transitions des soins et la qualité des services offerts aux patients ayant des besoins complexes. Vous décidez de mener des entrevues de groupe avec plusieurs acteurs concernés (p.ex., patients, membres de la famille, professionnels de la santé, gestionnaires), afin d'identifier les barrières et facilitateurs à la collaboration interprofessionnelle entre les différents équipes de soins et milieux. Au terme des entrevues que vous avez réalisées, vous constatez certaines récurrences dans les informations qui vous sont fournies, dont le fait que les professionnels de la santé : (1) ne savent pas ce qu'ils devraient transmettre comme information aux patients, aux collègues ou aux autres équipes soignantes pour faciliter les transitions des soins (barrière); (2) ont de la difficulté à déterminer les rôles de chacun des différents professionnels de l'équipe interdisciplinaire en ce qui a trait à la collaboration interprofessionnelle (barrière); et (3) perçoivent qu'une meilleure collaboration entre les équipes de soins facilite les transitions des soins et améliore la qualité des soins offerts aux patients (facilitateur). À l'aide du Tableau 1 ci-dessous, il est possible de catégoriser les barrières et facilitateurs à la collaboration interprofessionnelle identifiés lors des entrevues selon les trois domaines suivant du cadre TDF, respectivement : (1) Connaissances (barrière); (2) Rôle professionnel/social (barrière); et (3) Croyances à l'égard des conséquences (facilitateur).

Tableau 1. Liste et définitions des 16 domaines du cadre TDF pour catégoriser les barrières et facilitateur au changement de pratique.

Domaine du cadre TDF		Définition	Barrières	Facilitateurs
Connaissances		Une prise de conscience de l'existence de quelque chose.		
Habiletés cognitives et interpersonnelles		Une capacité à effectuer diverses activités mentales associées à l'apprentissage et à la résolution de problèmes, ainsi que des tactiques utilisées pour interagir efficacement avec les autres (tenir compte des croyances et du contexte social qui influencent ce qui est considéré comme des capacités « normales »).		
Habiletés physiques		Une capacité ou une compétence physique influencée par l'accessibilité de l'environnement entourant l'individu.		
Mémoire, attention et processus décisionnel		La capacité à retenir des informations, à se concentrer de manière sélective sur des aspects de l'environnement et à choisir entre deux ou plusieurs alternatives (tenir compte des croyances et du contexte social qui influencent ce qui est considéré comme des habiletés et des processus « normaux »).		

Régulation comportementale	Tout ce qui vise à gérer ou à modifier des actions objectivement observées ou mesurables. Il peut s'agir de traditions ou de pratiques individuelles ou collectives qui contribuent à créer ou à renforcer des habitudes ou routines comportementales (p.ex., développer une routine pour se rappeler de se laver les mains avant chaque interaction patient/soignant).		
Rôle professionnel/social	Ensemble cohérent de comportements et de qualités personnelles affichées par un individu dans un contexte social ou professionnel (p.ex., le rôle d'un physiothérapeute).		
Identité	L'identité englobe l'expérience vécue, les souvenirs, les relations et les valeurs qui créent le sentiment de soi. Cette fusion crée un sentiment constant de qui l'on est au fil du temps, même si de nouvelles facettes sont développées et incorporées à l'identité de l'individu. L'expérience vécue d'une personne interagit également avec des systèmes et des structures de pouvoir plus larges (p.ex., les médias).		
Croyances à l'égard des capacités	Acceptation de la vérité, de la réalité ou de la validité d'une capacité, d'un talent ou d'une compétence qu'une personne peut utiliser de manière constructive. Les croyances sur ses propres capacités sont influencées par des structures et des systèmes externes (p.ex., le système éducatif, les normes de genre).		
Optimisme	La confiance que les choses se dérouleront pour le mieux ou que les objectifs souhaités seront atteints. L'optimisme est influencé par le contexte culturel.		
Intentions	Une décision consciente d'adopter un comportement ou une résolution d'agir d'une certaine manière dans le but d'atteindre un objectif spécifique.		
Buts	Représentations mentales des résultats ou de l'état final qu'un individu souhaite atteindre.		
Croyances à l'égard des conséquences	Acceptation de la vérité, de la réalité ou de la validité des résultats ou répercussions d'un comportement dans une situation donnée. Ces croyances sont influencées par des facteurs extérieurs à l'individu (p.ex., normes sociales).		
Renforcement	Augmenter la probabilité d'une réponse en établissant une relation de dépendance ou de contingence (c.-à-d., possibilité, éventualité) entre la réponse et un stimulus donné. Différents individus donneront la priorité à		

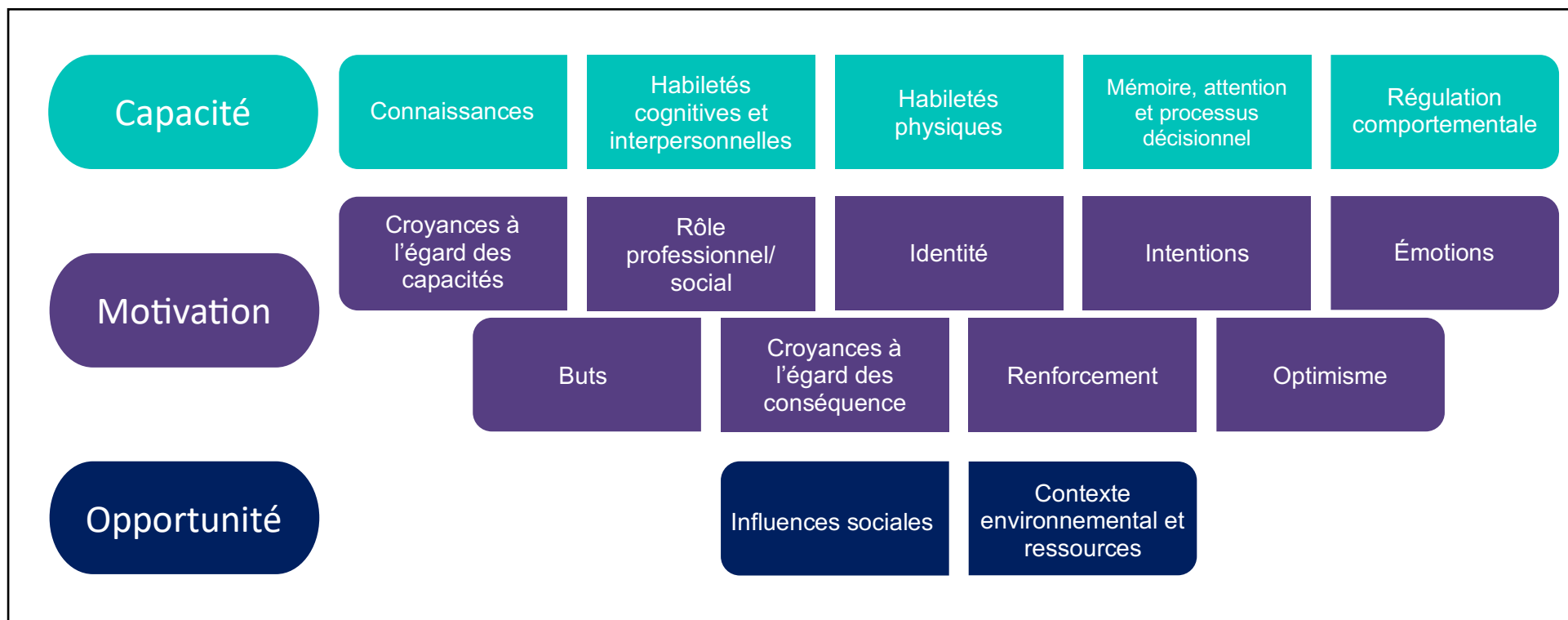
	différentes récompenses ou renforcements par rapport à d'autres.		
Émotions	Un modèle de réactions complexes, impliquant des éléments expérientiels, comportementaux et physiologiques par lesquels l'individu tente de faire face à un problème ou à un événement personnellement significatif.		
Contexte environnemental et ressources	Toute circonstance de la situation ou de l'environnement d'une personne qui décourage ou encourage le développement de compétences et d'aptitudes, l'indépendance, la compétence sociale et le comportement adaptatif. L'appartenance à un groupe (réel ou perçu) influence les avantages, les privilèges, les désavantages et les oppressions spécifiques que la personne subit à l'intérieur et à l'extérieur de son contexte (e.g., lieu de travail).		
Influences sociales	Des processus interpersonnels pouvant amener les individus à modifier leurs pensées, leurs sentiments ou leurs comportements. Les processus sociaux peuvent être réels ou perçus. Ils peuvent provenir d'un niveau individuel (p.ex., influence d'un gestionnaire), d'un niveau de groupe (p.ex., une équipe de soins) ou d'un niveau sociétal (p.ex., le racisme intériorisé).		

2. Identifier les interventions de transfert des connaissances à prioriser

2.1. Appliquer le modèle *Capacity, Opportunity, Motivation and Behavior* (COM-B) pour identifier les interventions de transfert des connaissances les plus pertinentes

Le modèle COM-B [7, 8] est un modèle issu des sciences comportementales couramment utilisé en transfert des connaissances. Le COM-B stipule que les comportements des individus se manifestent par l'interaction entre trois conditions nécessaires : (1) la capacité (habileté physique ou psychologique de faire le comportement); (2) l'opportunité (environnement physique et/ou social permettant la manifestation du comportement); et (3) la motivation (processus réflexifs et mécanismes automatiques qui activent ou inhibent le comportement). Ainsi, le modèle COM-B décrit que pour que les personnes changent leurs comportements, elles doivent être capables de changer, avoir la possibilité de changer et être motivées à changer. Le modèle COM-B et le cadre TDF ont été développés conjointement : chaque domaine du cadre TDF décrivant des barrières et facilitateurs que les individus peuvent rencontrer correspond à l'une des conditions du COM-B. La **Figure 1** illustre cette jonction entre le modèle COM-B et le cadre TDF.

Figure 1. Combinaison du cadre TDF et du modèle COM-B.



Concrètement, le COM-B permet de lier des influences comportementales (c.-à-d. les domaines du cadre TDF correspondants aux barrières et facilitateurs que vous avez identifié dans votre milieu ou contexte) avec des catégories ou types d'intervention adressant spécifiquement ces influences comportementales. Par exemple, si vous avez identifié le domaine du cadre TDF « Connaissances » comme étant une barrière au changement de pratique dans votre milieu ou contexte, alors trois catégories d'intervention du modèle COM-B (dans la condition du COM-B « Capacité ») permettront d'adresser spécifiquement cette barrière, soit l'apprentissage, l'habilitation ou la formation (voir **Tableau 2** ci-dessous).

Pour appliquer le modèle COM-B, voici les étapes à suivre :

- 1) Pour chacun des domaines du cadre TDF identifiés précédemment, surlignez la ligne correspondante dans le **Tableau 2** ci-dessous. Vous noterez que chaque ligne de domaine du cadre TDF comprend les types ou catégories d'intervention s'y appliquant indiquées à l'aide d'un « X »;
- 2) Pour chacune des lignes de domaine du cadre TDF que vous aurez surlignée, additionnez le nombre de « X » surligné sous chaque colonne de types d'intervention et entrez ce numéro dans la dernière ligne du tableau (ligne « Total »). Cela vous permettra de prioriser/hierarchiser les interventions qui adresseront spécifiquement les barrières et facilitateurs que vous avez identifié dans votre milieu ou contexte;
- 3) Les interventions avec les nombres totaux les plus élevés sont celles que vous devriez considérer à mettre en œuvre pour votre projet d'implantation ou de changement de pratique. Gardez en tête que bien souvent, une catégorie d'intervention peut adresser plusieurs barrières simultanément (p.ex., utilisation d'une intervention visant l'apprentissage pour améliorer les connaissances, renforcer les habiletés et l'optimisme envers le projet/changement de pratique).

Le **Tableau 2** pourra vous servir de gabarit pour appliquer le modèle COM-B à votre projet et le **Tableau 3** qui suit présente un exemple d'application du modèle COM-B à partir des trois domaines du cadre TDF identifiés à l'**Exemple 1** (p.6), soit « Connaissances », « Rôle professionnel/social » et « Croyances à l'égard des conséquences ».

Tableau 2. Catégories d'intervention selon le modèle COM-B, en fonction des domaines du cadre TDF.

Domaines du cadre TDF	Catégories d'intervention selon le modèle COM-B								
	Coercition	Apprentissage	Habilitation	Restructuration environnementale	Incitation	Modèle de rôle	Persuasion	Restriction	Formation
Connaissances		X	X						X
Habiletés cognitives et interpersonnelles		X	X						X
Habiletés physiques			X						X
Mémoire, attention et processus décisionnel		X	X						X
Régulation comportementale		X	X						X
Rôle professionnel/social	X	X	X	X	X	X	X		

Identité	X	X	X	X	X	X	X		
Croyances à l'égard des capacités	X	X			X		X		
Optimisme	X	X	X	X	X	X	X		
Intentions	X				X		X		
Buts	X	X			X		X		
Croyances à l'égard des conséquences	X	X			X		X		
Renforcement	X		X	X	X	X	X		
Émotions	X		X	X	X	X	X		
Contexte environnemental et ressources			X	X				X	
Influences sociales			X	X				X	
Total (catégories d'intervention sélectionnées)									

Tableau 3. Exemple d'application du modèle COM-B avec les trois domaines du cadre TDF identifiés à l'**Exemple 1** (c.-à-d., « Connaissances », « Rôle professionnel/social » et « Croyances à l'égard des conséquences »).

Domaines du cadre TDF	Catégories d'intervention selon le modèle COM-B								
	Coercition	Apprentissage	Habilitation	Restructuration environnementale	Incitation	Modèle de rôle	Persuasion	Restriction	Formation
Connaissances		X	X						X
Habiletés cognitives et interpersonnelles		X	X						X
Habiletés physiques			X						X
Mémoire, attention et processus décisionnel		X	X						X
Régulation comportementale		X	X						X
Rôle professionnel/social	X	X	X	X	X	X	X		
Identité	X	X	X	X	X	X	X		
Croyances à l'égard des capacités	X	X			X		X		

Optimisme	X	X	X	X	X	X	X		
Intentions	X				X		X		
Buts	X	X			X		X		
Croyances à l'égard des conséquences	X	X			X		X		
Renforcement	X		X	X	X	X	X		
Émotions	X		X	X	X	X	X		
Contexte environnemental et ressources			X	X				X	
Influences sociales			X	X				X	
Total (catégories d'intervention sélectionnées)	2	3	2	1	2	1	2		1

Dans cet exemple, une intervention de transfert des connaissances visant l'apprentissage serait la plus appropriée au milieu/contexte de l'**Exemple 1**, puisqu'elle permettrait d'adresser simultanément les barrières et facilitateurs identifiées précédemment qui étaient liés aux connaissances, au rôle professionnel/social et aux croyances à l'égard des conséquences.

3. Sélectionner et opérationnaliser des stratégies de transfert des connaissances pertinentes et adaptées à mettre en œuvre

3.1. S'inspirer de la taxonomie *Effective Practice and Organization of Care* (EPOC) pour sélectionner des stratégies de transfert des connaissances

Après avoir priorisé les interventions les plus pertinentes pour adresser les barrières et facilitateurs spécifiques à votre milieu ou contexte, vous pourrez utiliser ces informations pour sélectionner des stratégies à mettre en œuvre pour soutenir le changement des pratiques. Les stratégies de transfert des connaissances correspondent aux éléments plus fins ou spécifiques de votre intervention [9]. Par exemple, si vous identifiez la nécessité de mettre en œuvre une intervention ayant pour fonction l'apprentissage, alors les stratégies de transfert des connaissances à sélectionner donneront des détails plus précis sur ce à quoi pourrait ressembler cette intervention éducative. Cette approche systématique de sélection et de mise en œuvre des stratégies de transfert des connaissances garantit l'utilisation d'une approche fondée sur les données probantes pour apporter le changement de comportement souhaité dans la pratique.

Le **Tableau 4** ci-dessous présente un répertoire de stratégies de transfert des connaissances (ou stratégies de mise en œuvre) selon la taxonomie *Effective Practice and Organization of Care* (EPOC). Utilisez le **Tableau 4** ci-dessous pour sélectionner les stratégies de transfert des connaissances les plus appropriées pour les interventions que vous avez priorisées à l'étape précédente. Les catégories d'intervention selon le modèle COM-B sont notées dans la première colonne du **Tableau 4**. Parcourez cette colonne pour trouver les interventions que vous avez priorisées à l'étape précédente.

Avec votre équipe ou d'autres parties prenantes, réfléchissez de manière stratégique aux stratégies qui seraient les plus appropriées, faisables et susceptibles d'adresser les barrières et facilitateurs spécifiques à votre milieu ou contexte. Vous n'êtes pas obligé de sélectionner toutes les stratégies qui correspondent à vos interventions prioritaires. N'oubliez pas de vous concentrer uniquement sur les stratégies les plus susceptibles d'adresser les barrières et facilitateurs identifiés par votre équipe et qui sont réalisables dans votre milieu ou contexte.

Il est à noter qu'il existe d'autres listes, glossaires ou taxonomies auxquels vous pouvez vous référer pour identifier et sélectionner des stratégies de transfert des connaissances adaptées à votre projet de changement de pratique, notamment la compilation ou taxonomie *Expert Recommendations for Implementing Change* (ERIC) [10] qui est tout aussi utilisée et pertinente que la taxonomie EPOC.

Tableau 4. Répertoire des stratégies de transfert des connaissances selon la taxonomie EPOC, regroupées par catégorie d'intervention du modèle COM-B.

Catégorie d'intervention	Stratégie de transfert des connaissances	Définition	Niveau d'application (les stratégies peuvent s'appliquer au niveau des système, des organisations, des communautés ou des individus)	Utilisation de la stratégie (oui/non)	Groupe(s) d'utilisateurs des connaissances visé(s) (p.ex., patients, membres de la famille, infirmières, médecins, gestionnaires)
Coercition	Non-applicable ⁴	Créer une attente de punition ou de coûts (<i>p.ex., augmenter les coûts financiers</i>) ou prendre des dispositions pour mettre fin à la récompense conditionnelle après l'exécution du comportement indésirable.	Patient Professionnel de la santé/ intervenant		
Apprentissage	Organiser des rencontres éducatives	Organiser des réunions impliquant les personnes ciblées par le programme ou le projet (<i>p.ex., les prestataires de soins, les administrateurs, les autres parties prenantes de l'organisation et/ou de la communauté, les patients et les membres de la famille</i>) pour améliorer les connaissances sur la pratique (ou le comportement) idéale.	Patient Professionnel de la santé/ intervenant Organisation		
Apprentissage	Distribuer du matériel éducatif	Distribuer du matériel éducatif (<i>p.ex., des lignes directrices sur les meilleures pratiques, des guides cliniques, des manuels, des boîtes à outils</i>) en personne, par courriel ou le rendre accessible en ligne pour améliorer les connaissances sur la pratique idéale.	Patient Professionnel de la santé/ intervenant		

⁴ La taxonomie EPOC ne précise pas de stratégie de transferts des connaissances pour cette catégorie d'intervention.

Habilitation	Collaborer avec des champions ⁵	Identifier et préparer les individus à se consacrer au soutien, à la promotion et à faire face à l'indifférence ou à la résistance liée à la mise en œuvre de la pratique idéale.	Organisation Professionnel de la santé/ intervenant		
Habilitation	Mettre en place une communauté d'apprentissage collaborative ou communauté de pratique	Faciliter la formation de groupes de prestataires de soins ou d'organisations et favoriser un environnement d'apprentissage collaboratif pour améliorer la mise en œuvre de la pratique idéale (<i>p.ex., une communauté de pratique où des groupes de personnes ayant un intérêt commun approfondissent leurs connaissances et leur expertise dans ce domaine en interagissant de manière continue</i>).	Système Organisation Professionnel de la santé/ intervenant		
Habilitation	Préparer les patients/clients/ usagers à être actifs	Préparer les patients et les membres de la famille à être actifs dans les soins (<i>p.ex., poser des questions sur la pratique idéale et les preuves qui la sous-tendent</i>).	Patient Professionnel de la santé/ intervenant		
Habilitation	Financement public et contractualisation	Établir les priorités du système pour encourager la mise en œuvre de la pratique idéale en établissant des formules de financement des services par le gouvernement, des contrats et des propositions de budget/demande financière	Système		
Habilitation	Altérer les rémunérations octroyés aux professionnels de la santé	Changer la manière dont les prestataires de soins sont rémunérés pour la pratique idéale.	Système		
Restructuration environnementale	Rappels	Développer des systèmes de rappel pour aider les prestataires	Professionnel de la santé/ intervenant		

⁵ Les champions sont des membres de l'organisation qui adhèrent aux connaissances à transférer, qui les appliquent dans leur pratique quotidienne et qui les font connaître à leurs collègues.

		de soins à se souvenir des informations et/ou à inciter à la mise en œuvre de la pratique idéale.			
Restructuration environnementale	Révision des rôles professionnels	Modifier et réviser les rôles des prestataires de soins et repenser les caractéristiques des emplois pour promouvoir l'adoption de la pratique idéale.	Système Organisation Professionnel de la santé/ intervenant		
Restructuration environnementale	Changement des systèmes de gestions des données/informations sur le patient	Modifier les systèmes de gestion des données pour permettre une meilleure saisie des informations sur les patients et une meilleure évaluation de l'implantation de la pratique idéale et de ses retombées cliniques (<i>p.ex., les dossiers médicaux électroniques ou les systèmes de rappel pour les patients pour un suivi médical, un traitement ou à titre de mesure préventive telle que les rappels pour la vaccination annuelle</i>).	Système Organisation		
Restructuration environnementale	Changement du milieu/site	Changer le cadre ou l'environnement dans lequel la pratique idéale est fournie (<i>p.ex., à domicile ou dans un établissement de santé, en milieu hospitalier ou en milieu de soins ambulatoire, dans un établissement spécialisé ou non spécialisé, dans des cliniques sans rendez-vous, dans un hôpital de jour, dans des unités mobiles</i>).	Système Organisation		
Restructuration environnementale	Créer de nouvelles équipes cliniques (ou équipe de soins)	Changer la composition de l'équipe clinique en intégrant des individus avec des disciplines et des compétences différentes pour augmenter la probabilité que la pratique idéale soit mise en œuvre ou qu'elle soit mise en œuvre avec plus de succès.	Système Organisation		

Incitation	Modifier les structures d'incitation	Travailler pour inciter l'adoption et l'implantation de la pratique idéale (ou dissuader la mise en œuvre de pratiques ou comportements à ne pas utiliser/faire).	Système Organisation		
Incitation	Modifier les exigences d'accréditation ou d'adhésion	S'efforcer d'ajuster les normes d'accréditation afin qu'elles exigent ou encouragent l'utilisation de la pratique idéale. Travailler à ajuster les exigences des organisations membres ou partenaires afin que ceux qui souhaitent intégrer (ou s'affilier à) l'organisation soient encouragés ou obligés d'utiliser la pratique idéale.	Système Organisation		
Modèle de rôle	Modéliser et simuler le changement	Demander à des experts, des décideurs ou des collègues respectés de modéliser ou de simuler la pratique idéale.	Organisation Professionnel de la santé/ intervenant		
Modèle de rôle	Visiter d'autres milieux ou sites	Visitez les milieux ou les sites qui ont réussi à mettre en œuvre la pratique idéale pour s'en inspirer.	Professionnel de la santé/ intervenant		
Modèle de rôle	Observez d'autres experts	Fournir des moyens permettant aux personnes ciblées ainsi qu'aux parties prenantes d'observer directement d'autres personnes expérimentées mettre en œuvre la pratique idéale.	Professionnel de la santé/ intervenant		
Persuasion	Identifier et mettre à profit l'opinion de leaders locaux	Informar les prestataires de soins identifiés par des collègues comme étant des leaders d'opinion ou des personnes d'influence (sur le plan du transfert des connaissances, de la pratique ou de la formation) de la pratique idéale dans l'espoir qu'ils influenceront leurs collègues à l'adopter.	Professionnel de la santé/ intervenant		
Persuasion	Utiliser les médias sociaux	Utiliser les médias pour atteindre un grand nombre de personnes afin de faire connaître la pratique idéale.	Système Organisation Professionnel de la santé/ intervenant		

			Patient		
Persuasion	Mener des discussions visant un consensus au niveau local	Engager les prestataires locaux et les autres parties prenantes dans des discussions sur l'importance du problème ciblé et sur la pertinence de la pratique idéale pour le résoudre (<i>p.ex., convenir d'un protocole clinique pour prendre en charge une clientèle de patients ayant des besoins particuliers ou adapter une ligne directrice pour un milieu de soins spécifique</i>).	Organisation Professionnel de la santé/ intervenant Patient		
Persuasion	Retour sur l'information	Collecter et faire une synthèse des données de performance liées à la pratique idéale sur une période donnée et les transmettre aux prestataires de soins, aux administrateurs et/ou aux gestionnaires ciblés afin de faire le suivi, évaluer et modifier le comportement.	Professionnel de la santé/ intervenant		
Persuasion	Modification et priorisation du mandat	Demander aux décideurs/dirigeants de déclarer la priorité et l'importance de la pratique idéale, ainsi que leur engagement à la voir mise en œuvre au sein de l'organisation.	Système Organisation		
Restriction	Créer ou modifier les normes d'accréditation et/ou d'autorisation d'exercer	Créer ou modifier des normes d'accréditation et/ou de licence liées à la pratique idéale.	Système		
Restriction	Développer ou altérer l'étendue de pratique standard	Élaborer des politiques fondées sur des données probantes qui réglementent ce que les prestataires de soins sont en mesure de faire dans le cadre de leur rôle ou modifier les normes existantes de champ de pratique pour inclure la pratique idéale.	Système		

Formation	Collaborer avec les institutions d'enseignement ou de formation	Encourager les établissements d'enseignement ou de formation à former les prestataires de soins aux pratiques idéales.	Système Organisation		
Formation	Utiliser des stratégies de formation des formateurs	Former les prestataires de soins ou organismes désignés afin qu'ils puissent former d'autres personnes à la pratique idéale.	Organisation Professionnel de la santé/ intervenant		
Formation	Effectuer des visites de sensibilisation éducative	Demander à une personne formée (externe au milieu ou à l'organisation) de rencontrer les prestataires de soins dans leur milieu de pratique afin de les former sur la manière de mettre en œuvre la pratique idéale.	Professionnel de la santé/ intervenant		
Formation	Dispenser une formation	Former les prestataires de formation sur la manière de mettre en œuvre la pratique idéale de manière « pratique » (<i>c.-à-d., faire ou pratiquer le comportement plutôt que de donner de l'information verbale sur comment faire le comportement par le biais de matériel éducatif ou de rencontres éducatives</i>).	Professionnel de la santé/ intervenant		
Formation	Offrir de la supervision clinique	Offrir aux cliniciens une supervision continue axée sur la pratique idéale. Les superviseurs cliniques qui supervisent les prestataires de soins doivent également être formés à la pratique idéale.	Professionnel de la santé/ intervenant		

3.2. Opérationnaliser les stratégies de transfert des connaissances sélectionnées

Maintenant que vous avez sélectionné des stratégies de transfert des connaissances qui adressent les barrières et les facilitateurs au changement spécifiques à votre milieu ou contexte, vous pouvez planifier stratégiquement la manière dont vous allez opérationnaliser ces stratégies pour atteindre le résultat souhaité. L'opérationnalisation fournit les détails spécifiques de la manière dont vous allez mettre en œuvre la stratégie. Il est important de garder une trace de ces détails, afin que vous puissiez évaluer plus tard pourquoi une stratégie a fonctionné ou non. Par exemple, est-ce que la stratégie que vous avez sélectionnée n'a pas été efficace ou n'a-t-elle tout simplement pas été mise en œuvre correctement? Il est également très important de garder une trace de ces détails dans le cas où une stratégie fonctionne ou apporte les effets recherchés. Cela vous permettra de fournir aux autres (p.ex., d'autres centres de soins et services) la « recette » que vous avez utilisée pour réussir, qu'ils pourront alors ensuite adapter à leur milieu ou contexte.

Une fois de plus, nous voyons à quel point il est important de penser à l'évaluation tout au long du processus de mise en œuvre et de pérennité! L'évaluation de ces processus nous permettra de débiller la « boîte noire » des raisons pour lesquelles les résultats ont été ou non observés.

Utilisez le **Tableau 5** ci-dessous pour décrire en détail la manière dont vous allez opérationnaliser chaque stratégie sélectionnée à l'étape précédente [11]. Des exemples⁶ sont présentés à titre illustratif dans la colonne de droite du **Tableau 5**.

Tableau 5. Outil de travail pour opérationnaliser des stratégies de transfert des connaissances visant à favoriser le changement des pratiques.

Nom de la stratégie de transfert des connaissances		Exemple: <i>Programme MOVE (Mobilization of Vulnerable Elders)</i>
Définir la stratégie en fonction de votre milieu ou contexte d'implantation		Exemple: <i>Demander à des experts, dirigeants ou collègues respectés de modéliser ou de simuler la pratique idéale.</i>
Spécifier : • Le(s) acteur(s) visé(s) • La(es) action(s) • L'objectif ou le but visé par la(es) action(s)		Exemple: <i>Le chef d'unité (ou l'assisant-en-chef) effectuera des tournées une fois par semaine pendant trois semaines pour évaluer et mobiliser les patients âgés afin que les cliniciens, les bénévoles et les autres membres du personnel de l'hôpital puissent voir à quoi ressemblent les pratiques MOVE et qu'elles constituent une priorité pour l'organisation.</i>
Temps <i>À quelle fréquence? (e.g., à chaque semaine, à chaque mois)</i>		Exemple: <i>Une fois par semaine pendant 3 semaines consécutives au mois #1; une fois par semaine pendant 3 semaines consécutives au mois #2.</i>

⁶ Les exemples utilisés pour chacune des lignes du **Tableau 5** s'inspirent du programme « Mobilization of Vulnerable Elders (MOVE) » (<https://www.movescanada.ca>), une initiative de transfert des connaissances mise en œuvre dans plusieurs centres hospitaliers à travers le Canada pour promouvoir les pratiques de mobilisation précoce chez les personnes âgées vulnérables à l'hôpital.

Dose <i>Combien ou dans quelle mesure? (p.ex., combien de mesures allez-vous considérer dans votre évaluation de l'implantation de la stratégie)</i>		Exemple: <i>Indiquer les unités que le chef d'unité (ou l'assisant-en-chef) aura visitées à chaque fois et combien de membres du personnel l'auront observé effectuer les pratiques MOVE.</i>
Matériel, ressources ou autres formes de soutien requis <i>(p.ex., matériel éducatif, réorganisation des lieux de travail)</i>		Exemple: <i>Infographie d'une page sur MOVE à partager avec les cliniciens, le personnel hospitalier et les bénévoles; fiches de surveillance et personnel dédié au suivi du dosage des pratiques MOVE (dose, fréquence).</i>
Impacts ou retombées anticipées <i>En implantant cette stratégie, que souhaitez-vous atteindre et comment allez-vous mesurer l'atteinte de ces objectifs?</i> <i>(p.ex., performance des soins, santé des patients)</i>		Exemple: <i>Cette stratégie vise à améliorer la sensibilisation du personnel à MOVE et aux pratiques MOVE ainsi que l'auto-efficacité du personnel pour mobiliser les patients. De plus, cette stratégie vise à accroître l'adhésion au programme MOVE du personnel hospitalier qui est censé mettre en œuvre les pratiques MOVE.</i>

4. Planifier la pérennité de votre projet de changement de pratique

La **pérennité** se définit comme:

- Après une période de temps définie, un programme/pratique ou des stratégies de transfert des connaissances continuent d'être mis en œuvre;
- Le changement de comportement aligné sur la pratique fondée sur des données probantes est maintenu;
- Les stratégies de transfert des connaissances et la pratique fondée sur des données probantes peuvent évoluer ou s'adapter;
- Tout en continuant à produire des avantages pour les individus/systèmes.

En réfléchissant à cette définition en lien avec votre projet ou initiative de changement de pratique, utilisez le **Tableau 6** ci-dessous pour identifier les facteurs potentiels pouvant faciliter ou contraindre la pérennité de votre projet. Utilisez les exemples⁷ de la colonne de droite pour vous aider à compléter le **Tableau 6**.

Tableau 6. Facteurs pouvant faciliter ou contraindre la pérennité du changement de pratique.

Catégorie de facteur	Facteurs facilitant	Facteurs contraignant	Exemple
Facteurs systémiques Comment l'environnement extérieur au contexte dans lequel le programme/pratique est mis en œuvre pourrait-il influencer la pérennité du programme (p.ex., l'environnement politique)?			<i>Facteur contraignant : Les décideurs ont élaboré de nouvelles politiques en matière de santé en concurrence avec le programme MOVE qui pourrait ne plus être considéré comme une priorité.</i>
Facteurs organisationnels/communautaires Comment l'environnement au sein de l'organisation/communauté où le programme/pratique est mis en œuvre pourrait-il influencer la pérennité du programme/pratique (p.ex., la culture de résolution de problèmes, le soutien de la direction)?			<i>Facteur contraignant : Des initiatives concurrentes d'amélioration de la qualité des soins ou d'autres projets de changement de pratique dans les mêmes milieux ou contextes pourraient réduire l'adhésion au programme MOVE.</i>

⁷ Les exemples utilisés pour chacune des lignes du **Tableau 5** s'inspirent du programme « Mobilization of Vulnerable Elders (MOVE) » (<https://www.movescanada.ca>), une initiative de transfert des connaissances mise en œuvre dans plusieurs centres hospitaliers à travers le Canada pour promouvoir les pratiques de mobilisation précoce chez les personnes âgées vulnérables à l'hôpital.

Facteurs individuels Comment le personnel, les bénéficiaires du programme/pratique ou les patients qui utilisent ou mettent en œuvre le programme/pratique pourraient-ils influencer la pérennité du programme (<i>p.ex., les valeurs correspondantes au programme ou à la pratique fondée sur des données probantes</i>)?			<i>Facteur facilitant ou contraignant selon le groupe de personnes ciblé : Les individus ciblés par le changement de pratique et les autres parties prenantes présentent des points de vue (ou des perspectives) différents à l'égard du programme MOVE ce qui pourrait influencer leur niveaux d'adhésion et d'engagement.</i>
Facteurs liés au programme/pratique Comment les caractéristiques du programme/pratique et/ou celles des stratégies de transfert des connaissances pourraient-elles influencer la pérennité du programme/pratique (<i>p.ex., la facilité d'utilisation, l'adaptabilité au changement</i>) ?			<i>Facteur facilitant : Un taux de rotation élevé du personnel offre la possibilité d'intégrer le programme MOVE dans l'organisation en le normalisant dans les tâches quotidiennes.</i>
Facteurs liés à la planification de la pérennité Comment les caractéristiques du processus de planification de la durabilité pourraient-elles influencer la durabilité du programme (<i>p.ex., un plan a-t-il été créé? Un personnel diversifié a-t-il été impliqué dans la planification de la pérennité?</i>)?			<i>Facteur facilitant : Un groupe de travail sur la planification de la pérennité est en cours de formation pour élaborer et suivre de manière itérative le plan.</i>

Références

1. Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). (2016). *À propos de l'application des connaissances*. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html#2>
2. Balas, E. A. et Boren, S. A. (2000). Managing Clinical Knowledge for Health Care Improvement. *Yearbook of Medical Informatics*, (1), 65-70.
3. Atkins, L., Francis, J., Islam, R., O'Connor, D., Patey, A., Ivers, N., Foy, R., Duncan, E. M., Colquhoun, H., Grimshaw, J. M., Lawton, R. et Michie, S. (2017, 2017/06/21). A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implement Science*, 12(77), 1-18.
4. Cane, J., O'Connor, D. et Michie, S. (2012, 2012/04/24). Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implement Science*, 7(31), 1-17.
5. Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. et Lowery, J. C. (2009, 2009/08/07). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Science*, 4(50), 1-15.
6. Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O. et Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, 17(75), 1-16.
7. Michie, S., Atkins, L. et West, R. (2014). *The Behaviour Change Wheel: A Guide to Designing Interventions*. Silverback Publishing.
8. Michie, S., van Stralen, M. M. et West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation science*, 6(42), 1-11.
9. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). (2015). *EPOC Taxonomy*. epoc.cochrane.org/epoc-taxonomy
10. Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., Proctor, E. K. et Kirchner, J. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science*, 10(21), 1-14.
11. Proctor, E. K., Powell, B. J. et McMillen, J. C. (2013, 2013/12/01). Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implementation Science*, 8(139), 1-11.