



PROGRESS REPORT FOR KNOWLEDGE TO ACTION (KTA), PHASE 1: DEVELOPMENT GRANTS FOR LOCAL RESEARCHER-USER INTERACTION

RAPPORT D'ÉTAPE POUR CONNAISSANCES À LA PRATIQUE (CAP), PHASE 1 : SUBVENTIONS DE DEVELOPPEMENT FAVORISANT L'INTERACTION CHERCHEURS-UTILISATEURS À L'ECHELON LOCAL

Funding Reference Number (FRN #) / Numéro de référence du financement (No NRF) :	154280
---	--------

NOMINATED PRINCIPAL APPLICANT / CANDIDAT PRINCIPAL DÉSIGNÉ :		MAILING ADDRESS / ADRESSE POSTALE :
<p>Gagnon, Johanne, inf. Ph.D. Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université Laval et Directrice du Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC). Chercheure à l'axe 8 sur le transfert de connaissances, centre de recherche, Centre hospitalier universitaire de Québec, Hôpital St-François D'Assise.</p>		
<p>TEL / TÉL : 418-656-2131 poste 12728</p> <p>FAX / TÉLÉC : 418-656-7825</p>		
<p>MAILING ADDRESS / ADRESSE POSTALE :</p> <p>Faculté des sciences infirmières Université Laval Pavillon Paul-Comtois Local 4106 Québec (Québec) Canada G1K 7P4</p>		

<p>TITLE OF YOUR PROJECT GRANT / TITRE DE VOTRE SUBVENTION DE PROJET :</p> <p>Des connaissances à la pratique : Un Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC) en pratique infirmière</p>
--

<p>CO-APPLICANTS List all investigators and their university affiliation. Additional pages may be used if required).</p> <p>CO-CANDIDATS Énumérez tous les chercheurs et leur affiliation universitaire. On peut ajouter des pages au besoin).</p> <p>Candidates principales :</p> <p>Côté, Françoise, Ph.D. professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université Laval et co-directrice du Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC). Grenier, Lucie, Directrice des soins infirmiers, Centre hospitalier affilié universitaire, Hôtel-Dieu de Lévis. Mme Marlène Boily a remplacé Mme Grenier à l'été 2006.</p> <p>Co-candidates :</p> <p>Dallaire, Clémence, Ph.D. professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université Laval et chercheure, centre de recherche, Centre hospitalier affilié universitaire, Hôtel-Dieu de Lévis. Morin, Diane, Ph.D. professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval et chercheure, centre de recherche, Centre hospitalier universitaire affilié, Hôpital du St-Sacrement et chercheure associée au Réseau québécois de recherche sur le vieillissement et au Réseau québécois en santé des populations. Membre fondatrice du Réseau d'appui à la transformation des services de première ligne. Michaud, Cécile, Ph.D. professeure adjointe, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil et chercheure responsable de l'axe des pratiques exemplaires au centre de recherche, Hôpital Charles Le Moyne. Gagnon, Marie-Pierre, Ph.D. professeure associée au département de médecine familiale de l'Université Laval et chercheure à l'axe 8 sur le transfert de connaissances, centre de recherche, Centre hospitalier universitaire de Québec, Hôpital St-François D'Assise. Hatem, Marie, Ph.D. professeure adjointe, département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal et chercheure, centre de recherche, Hôpital Ste-Justine. Elle est responsable du site de l'Université de Montréal du Réseau canadien Cochrane.</p>
--

Notes : 1) Submit original only - no copies required.
2) No attachments except where indicated.

Nota : 1) Remettez l'original seulement - aucune copie n'est exigée.
2) Aucune annexe, sauf aux endroits indiqués.



PROGRESS REPORT FOR KNOWLEDGE TO ACTION (KTA), PHASE 1: DEVELOPMENT GRANTS FOR LOCAL RESEARCHER-USER INTERACTION

RAPPORT D'ÉTAPE POUR CONNAISSANCES À LA PRATIQUE (CAP), PHASE 1 : SUBVENTIONS DE DÉVELOPPEMENT FAVORISANT L'INTERACTION CHERCHEURS-UTILISATEURS À L'ÉCHELON LOCAL

PROJECT DESCRIPTION :

Provide a brief description of your project using the following headings (maximum one (1) page).

- 1) Background/Relevance (How is this project important? How is it relevant to the goals and objectives of the KTA Request for Applications?)
- 2) Objective(s)/Methods (What are the objectives targeted? What approaches were used?)

DESCRIPTION DU PROJET :

Décrivez brièvement votre projet en utilisant les entêtes suivants (une (1) page au maximum) :

- 1) Historique/Pertinence (Comment ce projet est-il significatif ? Comment est-il pertinent aux buts et objectifs de l'Appel de demandes CAP) ?
- 2) Objectifs/Méthodologie Quels sont les objectifs visés ? Quelle méthodologie est empruntée ?

1) Ce projet d'application des connaissances à la pratique (CAP) est important, car il a été conçu pour soutenir l'utilisation de résultats probants dans la pratique infirmière et, ainsi contribuer à améliorer les soins de santé. Il est réalisé par des chercheurs universitaires, des infirmières cadres et cliniques ainsi que des décideurs en soins infirmiers. Cette complicité assure un ancrage scientifique, un accès aux établissements de santé et un levier de décision extrêmement important et significatif. De plus, il devient prioritaire d'évaluer la faisabilité d'interventions de cette nature, initiées directement dans les milieux de pratique et dédiées à l'intégration des résultats de recherche à la pratique. Il était donc fort pertinent de mener une étude de mise en place d'une telle intervention. En effet, de plus en plus, on privilégie l'échange de connaissances, un processus où l'ensemble des partenaires est actif. Malgré l'amélioration que l'échange de connaissances propose, son fonctionnement demeure sous optimal pour au moins deux motifs. D'abord, l'utilisateur n'est généralement guère en mesure d'accéder aux résultats bruts. Ensuite, des professionnelles telles les infirmières ont peu, voire pas du tout, développé les habiletés de base pour devenir des partenaires actives dans un processus d'échange de connaissances. Notre expérience nous montre toutefois que lorsqu'elles sont mises dans des situations favorables, les infirmières sont désireuses d'intégrer des savoirs scientifiques à leur pratique. Or, à l'heure actuelle, la source de réponse principale à leurs questions demeure le savoir clinique de leurs collègues infirmières. Face à l'étendue multidisciplinaire de ces questionnements et à l'approche trop circonscrite des infirmières (savoir basé sur l'expérience clinique), le recours aux pairs apparaissait sous optimal. L'échange de connaissances, pour sa part plus intéressant car plus inclusif, demeure difficilement applicable en raison du manque d'habiletés de base des infirmières. C'est pourquoi, ce présent projet a permis de rendre accessible aux infirmières les résultats de recherche en leur permettant d'accéder à des stratégies d'échange de connaissances et de dissémination de résultats de recherche. Un partenariat entre la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et l'Hôtel-Dieu de Lévis a été établi en ce sens. Dans la Phase I du projet, des infirmières expertes bachelères (IEB) (assistantes chefs, monitrices, conseillères) et des infirmières cadres conseils (ICC) de l'établissement sont appuyées par le Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC) dans une démarche visant l'acquisition de connaissances et le développement d'habiletés nécessaires à la compréhension et à l'application des résultats de recherche. La formation de ces membres clé (IEB et ICC) est efficace, car elle n'inclut pas toutes les infirmières, tout en conservant le potentiel de les atteindre toutes. En effet, l'esprit de collégialité caractérisant la profession infirmière devient ici une force, car il mise sur la tendance intrinsèque qu'ont les infirmières à recourir à l'IEB de l'unité, qui fait alors office de modèle en matière de pratiques exemplaires. Dans cette équipe, l'ICC interagit avec l'IEB en tant que cadre-conseil scientifique. Le personnel du BTEC, soit les coordonnatrices, les professeurs et les étudiants, soutient l'équipe-modèle dans sa démarche d'appropriation des connaissances. Ces équipes seront ensuite dédiées à l'application des connaissances dans leur unité respective.

2) L'objectif principal de cette étude était d'évaluer, de manière formative, une intervention de dissémination de résultats de recherche dans la pratique infirmière. L'intervention pilote a été implantée dans deux unités de soins de l'établissement soit la pédiatrie et la médecine. Dans la Phase I, la formation sur mesure de deux IEB et de deux ICC constitue le principal objectif de performance. Elle mise sur l'approche d'apprentissage par problème centrée sur les besoins de l'établissement et développée par le BTEC. Le modèle de Bandura guide la démarche. Brièvement, cette entreprise maximise d'entrée de jeu la participation des équipes de soins, car elle a débuté avec une consultation auprès de l'ensemble des infirmières de chacune des unités de soins en vue de prioriser les questions d'ordre pratique. Ce sont ensuite ces questions qui ont été traitées (analyse critique et synthèse de la littérature, formulation de pistes d'action et intégration des connaissances à la pratique infirmière) par les IEB et les ICC lors des activités d'apprentissage et d'application des connaissances. Une double finalité a été poursuivie : recommander des pratiques factuelles répondant aux besoins prioritaires identifiés par le milieu et assurer la durabilité du processus en formant des ressources internes habilitées et dédiées à poursuivre ces activités avec leadership et autonomie. À terme, la complémentarité des formations et fonctions des IEB et des ICC en a fait une équipe efficace qui sait s'attarder à des problèmes tant pratiques que scientifiques. L'équipe sera alors habilitée à s'intégrer au réseau multidisciplinaire d'échange de connaissances. Les objectifs secondaires du présent projet étaient de 1) documenter l'implantation et la mise en œuvre de l'intervention pilote; 2) documenter le rôle des ICC comme personnes ressources (leaders) dans leur milieu en regard de la dissémination de résultats de recherche; et 3) documenter le rôle des IEB comme modèles auprès des infirmières de soins de leur unité en regard de la dissémination de résultats de recherche.

Pour la phase 1 de la présente étude d'évaluation formative, nous avons évalué l'efficacité de la conception et de la gestion du programme, et identifier des facteurs qui pourraient avoir des répercussions sur son efficacité, sa rentabilité et son efficacité. Deux moyens d'évaluation sont relatifs aux objectifs soit l'observation et l'entrevue semi-dirigée. Les IEB et les ICC ont été recrutées selon le choix des unités identifiées par l'établissement. Tandis que pour les entrevues, les infirmières de soins ont été recrutées, sur une base volontaire (échantillon théorique), jusqu'à l'occurrence de cinq infirmières par unité. Dans le but d'uniformiser le contexte de la collecte de données, l'observation sur le terrain a été l'objet d'un suivi continu. Au moins trois visites ont été prévues, soit la 1^{ère} avant l'implantation (réalisée en mai 2006), la 2^e à mi-parcours et la 3^e à la fin de l'intervention. Les entrevues semi-dirigées, d'une durée de 45 minutes, auront lieu à deux reprises soit avant l'implantation (réalisée en juin-juillet 2006) et à la fin de la phase 1 du projet.



PROGRESS REPORT FOR KNOWLEDGE TO ACTION (KTA), PHASE 1: DEVELOPMENT GRANTS FOR LOCAL RESEARCHER-USER INTERACTION

RAPPORT D'ÉTAPE POUR CONNAISSANCES À LA PRATIQUE (CAP), PHASE 1 : SUBVENTIONS DE DEVELOPPEMENT FAVORISANT L'INTERACTION CHERCHEURS-UTILISATEURS À L'ECHELON LOCAL

SUMMARY OF CHANGES :

- 1) Use this page to describe any changes in design or direction since the grant was awarded (maximum one (1) page).
- 2) Please attach a copy of the Summary from the original application.

RÉSUMÉ DES CHANGEMENTS :

- 1) Utilisez cette page pour décrire tout changement de conception ou d'orientation survenu depuis que la subvention a été octroyée (une (1) page au maximum).
- 2) Veuillez joindre une copie du Résumé provenant de la demande originale.

1) Certains changements ont été nécessaires afin de concrétiser le projet.

D'abord, pour les infirmières de l'intervention pilote, nous avons élargi l'appellation assistantes infirmières chef (AIC) à infirmières expertes bachelères (IEB). Certaines AIC des deux unités sélectionnées n'avaient pas de baccalauréat, ce qui était pour nous un critère d'inclusion important pour la formation sur mesure (stages au BTEC) d'application des connaissances à la pratique (CAP). De plus, certaines infirmières bachelères occupant des postes tels monitrices, conseillères en soins, gestionnaires de cas, etc. jouaient un rôle d'influence intéressant pour notre étude de par leur grande expertise. C'est pourquoi, nous avons inclus dans l'étude (pour l'intervention pilote, 1^{er} et 2^e stages) toutes infirmières expertes bachelères (IEB) intéressées à y participer et non seulement des AIC. Tandis que pour les entrevues, toutes les infirmières de soins détenant un poste pouvaient faire partie de l'étude.

Puis, au cours de l'année 2005-2006, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a réévalué les appellations d'infirmières afin de mieux différencier l'infirmière technicienne de l'infirmière bachelère et, cette dernière de l'infirmière avec maîtrise. L'infirmière technicienne aura donc l'appellation d'infirmière soignante ou infirmière, l'infirmière bachelère deviendra l'infirmière clinicienne (IC) et celle avec une maîtrise aura le titre d'infirmière cadre conseil (ICC). Nous avons donc fait ces changements dans notre étude. Ainsi, l'AIC ou l'IEB de la demande originale aura maintenant le titre d'IC (infirmière clinicienne) et l'ICS (infirmière clinicienne spécialisée) deviendra l'ICC (infirmière cadre conseil).

Ensuite, étant donné que les deux infirmières cadres conseils affectées aux deux unités de soins sélectionnées au départ par l'établissement (urgence et gériatrie) sont devenues enceintes, nous avons dû sélectionner deux autres unités de soins soit la pédiatrie et la médecine générale.

Puis, un groupe de discussion focalisée (*groupe focus*) a été nécessaire afin de consulter les infirmières de chacune des deux unités pour 1) identifier les questionnements en rapport à leur pratique clinique et, 2) pour prioriser celle jugée la plus importante et la plus prioritaire par l'ensemble des infirmières de l'unité. Chaque groupe de discussion focalisée (médecine et pédiatrie) a accueilli 5 infirmières + l'infirmière chef du département. Trente questionnements en médecine et seize en pédiatrie ont ressortis des groupes de discussion focalisée et ont été priorisés par l'ensemble des infirmières de chacune des unités de soins. Les deux premières questions, de chacune des unités de soins, ont fait l'objet des deux stages du BTEC; l'un a débuté à l'été 2006 et, l'autre à l'automne 2006 pour chacune des deux unités.

Aussi, nous avons prévu des entrevues auprès de cinq infirmières de chacune des unités de soins à mi-parcours et à la fin du projet. Après réflexion, nous avons convenu qu'il était préférable de réaliser les entrevues avant l'implantation de l'intervention et à la fin du projet. Cette première série d'entrevues a eu lieu en juin-juillet 2006.

De plus, la Directrice des soins infirmiers (DSI) de l'établissement partenaire soit Mme Lucie Grenier a changé d'emploi et d'établissement de santé. Mme Marlène Boily s'est donc jointe à l'équipe. Toutefois, Mme Boily occupait déjà le poste d'adjointe administrative à la DSI et connaissait déjà très bien le projet.

2) Vous trouverez ci-joint une copie du Résumé provenant de la demande originale.



PROGRESS REPORT FOR KNOWLEDGE TO ACTION (KTA), PHASE 1: DEVELOPMENT GRANTS FOR LOCAL RESEARCHER-USER INTERACTION

RAPPORT D'ÉTAPE POUR CONNAISSANCES À LA PRATIQUE (CAP), PHASE 1 : SUBVENTIONS DE DÉVELOPPEMENT FAVORISANT L'INTERACTION CHERCHEURS-UTILISATEURS À L'ÉCHELON LOCAL

PROGRESS:

Indicate major activities completed during the first 6 months of your project. Describe the extent to which the objectives of the grant have been achieved (maximum one (1) page).

PROGRÈS :

Énumérez les principales activités complétées dans les 6 premiers mois de votre projet. Décrivez jusqu'à quel point les objectifs de la subvention ont été atteints (une (1) page au maximum).

Nous avons suivi attentivement le Plan préliminaire et calendrier de travail 2006-2007 soumis avec la demande initiale (voir ci-joint).

- 1- Nous avons eu la réponse positive datée du 17 février, le 2 mars 2006.
- 2- Nous sommes passées au comité d'éthique de l'établissement participant le 12 avril et avons reçu la réponse officielle le 24 avril.
- 3- Le projet a donc pu débuter ses activités à la fin d'avril 2006.
- 4- Les rencontres avec les deux unités de soins (médecine et pédiatrie) ont eu lieu au début de mai 2006.
- 5- Afin d'identifier et de prioriser les préoccupations de chacune des unités, deux groupes de discussion focalisée (*groupe focus*) ont eu lieu soit le 10 mai pour la médecine et le 5 juin pour la pédiatrie. Deux questions ont donc été priorisées pour débuter la formation sur mesure (1^{er} stage).
- 6- La grille d'observation a été élaborée et validée lors de la première visite d'observation (qui a eu lieu le 15 juin 2006) sur les deux unités de soins ainsi qu'à la bibliothèque de l'hôpital.
- 7- Les 13 entrevues avant l'implantation de l'intervention ont eu lieu entre le 1^{er} et le 23 juin pour la médecine (n=6) et, entre le 21 juin et le 3 août pour la pédiatrie (n=7).
- 8- L'intervention de dissémination de résultats de recherche dans la pratique infirmière a débuté par un premier stage le 1^{er} juin pour les deux infirmières de médecine et le 3 août pour les deux infirmières de pédiatrie. Cette première formation sur mesure de deux IEB et de deux ICC a constitué le principal objectif de performance. Elle mise sur l'approche d'apprentissage par problème centrée sur les besoins de l'unité et développée par le BTEC.
- 9- Le 2^e stage (2^e formation sur mesure) a débuté le 5 septembre pour les deux unités et a permis à deux autres IEB (encadrées par l'équipe du premier stage) d'être formées à l'application de la recherche dans leur pratique. Les deuxièmes questions priorisées par chacune des unités de soins font l'objet de ce 2^e stage.
- 10- L'analyse de la première série d'entrevues est terminée. Le modèle de Bandura a guidé la démarche.
- 11- Le rapport mi-projet est terminé.

La participation des deux équipes de soins (infirmières cadres et cliniciennes) a débuté par un **groupe de discussion focalisée et une consultation** auprès de l'ensemble des infirmières de chacune des unités, en vue de prioriser les questions d'ordre pratique. Ensuite, ces questions ont été traitées par les IEB et les ICC lors des activités d'apprentissage et d'application des connaissances. Ces deux équipes (médecine et pédiatrie) formées deviendront des ressources internes habilitées et dédiées à poursuivre ces activités d'application de connaissances avec leadership et autonomie.

En plus des groupes de discussion focalisée de départ, la collecte des données réalisée via les entrevues semi-structurées et les observations, joints à la réalisation du premier stage, a permis de documenter 1) l'implantation et la mise en œuvre de l'intervention pilote (1^{er} stage), 2) le rôle des ICC comme personnes ressources (leaders) dans leur milieu en regard de la dissémination de résultats de recherche et 3) le rôle des IEB comme modèles auprès des infirmières de soins de leur unité en regard de la dissémination de résultats de recherche.

En effet, **l'observation sur le terrain** a d'abord permis de colliger des informations susceptibles d'éclairer la compréhension du milieu naturel dans lequel a pris place l'intervention. La grille d'observation a permis de décrire le contexte des deux unités retenues (en lien avec l'objectif 1) et d'identifier les rôles des différents acteurs qui y gravitent (en lien avec les objectifs 2 et 3).

Puis, **les entrevues semi dirigées** auprès des infirmières de soins ont permis d'identifier les sources d'information des infirmières lors de la prise de décision clinique (en lien avec l'objectif 1), leur perception de l'intégration de résultats de recherche dans leur pratique quotidienne (facteurs facilitant et obstacles) et leur perception quant au rôle de l'ICC et de l'IEB (en lien avec les objectifs 2 et 3). Ces mêmes entrevues auprès des infirmières de l'intervention pilote (ICC et IEB) a permis de documenter leur perception quant à leur apprentissage en regard de la diffusion des résultats de recherche (en lien avec l'objectif 1) et l'évolution de leur perception quant à leur rôle dans le transfert et l'échange de connaissances (TEC) sur leur unité respective auprès des infirmières de soins (en lien avec les objectifs 2 et 3).

Plus spécifiquement, suite à l'observation et aux premières entrevues, les infirmières réalisant **le 1^{er} stage au BTEC** (intervention pilote) ont pu avoir accès aux banques de données (dans le bureau des ICC et sur les unités de soins respectives). Puis, des capsules de réponses ou de solutions à la question priorisée (Savez-vous que?..) ont également été conçues et appréciées par les infirmières de soins. Enfin, le recrutement d'IEB pour le 2^e stage a été très facile comparativement au 1^{er} stage.

Il est à noter que la 2^e partie du projet (6 prochains mois) permettra de documenter davantage ces trois objectifs via le 2^e stage au BTEC (intervention pilote) et la 2^e série d'entrevues et d'observations sur le terrain.



PROGRESS REPORT FOR KNOWLEDGE TO ACTION (KTA), PHASE 1: DEVELOPMENT GRANTS FOR LOCAL RESEARCHER-USER INTERACTION

RAPPORT D'ÉTAPE POUR CONNAISSANCES À LA PRATIQUE (CAP), PHASE 1 : SUBVENTIONS DE DEVELOPPEMENT FAVORISANT L'INTERACTION CHERCHEURS-UTILISATEURS À L'ECHELON LOCAL

PARTNERSHIPS:

Describe the extent and effectiveness of all established partnerships for the conduct of the project. How will the partnership(s) help accelerate the translation of findings into improved health/health care (maximum one (1) page)?

PARTENARIATS :

Décrivez l'importance et l'efficacité des partenariats établis pour ce projet. Comment ces partenariats vont-ils faciliter l'accélération de l'application de résultats en un état de santé et un système de soins pour la santé améliorés (une (1) page au maximum) ?

La présente étude, réalisée en étroite collaboration avec un milieu de pratique à l'échelle locale, s'inscrit à l'intérieur d'une démarche d'équipe (favorisant l'interaction chercheurs-utilisateurs) qui vise l'amélioration des soins à la population grâce entre autres, à l'application des connaissances à la pratique (CAP) infirmière.

D'abord, le premier partenariat établi a été bien sûr celui de l'équipe de chercheuses. Nous sommes sept chercheuses universitaires et une directrice de soins infirmiers qui possédons des expertises à la fois cliniques, méthodologiques, conceptuelles ou de gestion très différentes et, surtout complémentaires qui fait de nous une équipe efficace dans la conception et l'application des résultats de recherche dans la pratique. En effet, certaines d'entre nous s'intéressent au transfert de connaissances, à l'exercice d'une pratique fondée sur des résultats probants ou pratiques exemplaires, à l'évaluation des pratiques et de la qualité des soins et des services ainsi qu'à l'administration des soins et services infirmiers. Tandis que d'autres, s'intéressent davantage à l'application de modèles théoriques et psychosociaux de prédiction du comportement, à la compréhension des fonctions infirmières et à l'évaluation des interventions comme garantie d'actions efficaces et efficaces.

Puis, un deuxième partenariat a aussi été établi entre la Faculté des sciences infirmières et son Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC) de l'Université Laval et la Direction des soins infirmiers du Centre hospitalier universitaire affilié, l'Hôtel-Dieu de Lévis. À cet effet, des infirmières cadres et cliniques ainsi que des décideurs en soins infirmiers se sont joints à l'équipe de chercheuses universitaires. Cette complicité assure un ancrage scientifique, un accès à l'établissement de santé et un levier de décision extrêmement important. De plus, ce projet de nature plutôt locale et régionale pourrait se transposer à un niveau provincial plus facilement grâce à l'alliance déjà établie avec des chercheuses et des établissements de santé de Sherbrooke et de Montréal.

Ensuite, un troisième partenariat établi entre l'équipe du BTEC, la Direction de l'enseignement et de la Bibliothèque du Centre hospitalier universitaire affilié, l'Hôtel-Dieu de Lévis a permis un accès aux infirmières plus rapide aux banques de données informatisées favorisant ainsi le transfert de connaissances et l'exercice d'une pratique basée sur des résultats probants.

Deux autres partenariats, cette fois-ci, établis à un niveau plus micro (terrain) soit celui entre les unités de soins (médecine et pédiatrie) et l'équipe du BTEC et, plus particulièrement entre l'IEB et l'ICC elles-mêmes. En effet, les professeurs, chercheurs, coordonnatrices scientifiques et étudiants oeuvrant au sein du BTEC sont en étroite relation avec les équipes de soins des deux unités participantes. Aussi, de façon encore plus concrète, le partenariat établi entre l'IEB et l'ICC de chacune des deux unités de soins est très prometteur. À terme, la complémentarité des formations et fonctions des IEB et des ICC en fera une équipe efficace, compétente et connaissante qui sera s'attarder à des problèmes tant pratiques que scientifiques. L'équipe sera alors habilitée à s'intégrer au réseau multidisciplinaire d'échange de connaissances de l'établissement. L'assistance technique fournie par le BTEC ne sera alors plus aussi essentielle, mais les alliances établies entre chercheurs et utilisateurs seront renforcées. Ces équipes formées et dédiées à l'application des connaissances à la pratique (CAP) infirmière au quotidien ont le mérite d'être près des milieux de soins, près des patients eux-mêmes et de pouvoir servir de modèles aux infirmières de soins et, ainsi améliorer la qualité des soins et services offerts à la population.

En bref, l'établissement de ces divers partenariats :

- 1) entre chercheurs universitaires,
- 2) entre établissements d'enseignement et de santé,
- 3) entre directions,
- 4) entre le BTEC et les équipes de soins des unités et,
- 5) entre infirmières

permettra d'atteindre la double finalité du projet soit 1) recommander des pratiques factuelles répondant aux besoins prioritaires identifiés par le milieu et, 2) assurer la durabilité du processus en formant des ressources internes habilitées à poursuivre ces activités avec leadership et autonomie facilitant ainsi, **l'accélération de l'application de résultats de recherche et l'amélioration de la qualité des soins et services offerts à la population.**



PROGRESS REPORT FOR KNOWLEDGE TO ACTION (KTA), PHASE 1: DEVELOPMENT GRANTS FOR LOCAL RESEARCHER-USER INTERACTION

RAPPORT D'ÉTAPE POUR CONNAISSANCES À LA PRATIQUE (CAP), PHASE 1 : SUBVENTIONS DE DEVELOPPEMENT FAVORISANT L'INTERACTION CHERCHEURS-UTILISATEURS À L'ECHELON LOCAL

DISSEMINATION PLAN:

Describe completed and planned dissemination, linkage and exchange activities (publication, workshop, conference, etc.) that are part of your project and the impact expected from these activities (maximum one (1) page).

PLAN DE DIFFUSION :

Décrivez les activités de diffusion, liens et échanges de connaissances réalisées et prévues (publication, atelier, conférence, etc.) de votre projet et leur impacte anticipé (une (1) page au maximum).

Dans le but de soutenir l'intervention le plus efficacement possible, les résultats (préliminaires et finaux) de la recherche sont et seront d'abord discutés et diffusés auprès du milieu participant. Dans le respect des différents partenaires, les résultats seront par la suite diffusés aux niveaux provincial, national et international à l'aide d'articles scientifiques et de présentations lors de congrès. Tel que le propose les écrits, le plan de diffusion sera large, diversifié et constant afin que les acteurs puissent graduellement assimiler les nouvelles connaissances.

Le concept, la recension des écrits et la méthode ont déjà fait l'objet de présentations et ce, aux niveaux provincial et international. En effet, en mai 2006, cinq présentations orales ont été réalisées. D'abord, une première présentation a eu lieu le 5 mai 2006 au 1^{er} Congrès international de la Faculté des sciences infirmières de l'Université St-Joseph à Beyrouth intitulée : *Un Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC) : vers une pratique infirmière basée sur des résultats probants de recherche*. Puis, une autre conférence intitulée : *Le Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC) pour l'amélioration des pratiques infirmières* a été présentée lors de la semaine de l'infirmière de l'Hôpital Charles Le Moyne le 11 mai dernier. Ensuite, deux ateliers ont été présentés le 15 mai 2006 dans le cadre du 3^e Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF) intitulés : *Un Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC) : moyen d'intégrer des résultats probants de recherche à la pratique infirmière et Intégration du savoir formel à la pratique communautaire comme nouvelle expertise infirmière exportable : projet pilote*. Finalement, le 18 mai dernier, une communication a été présentée au 74^e Congrès de l'Acfas intitulée : *Un Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC) : moyen d'intégrer des résultats probants de recherche à la pratique infirmière – une expérience à Québec*. Ces présentations ont suscité de nombreuses réactions et d'échanges, les suites sont attendues et, déjà d'autres alliances se créent entre chercheurs et utilisateurs (cliniques et de gestion).

En plus, des présentations du projet aux unités de soins participantes en mai 2006, une présentation formelle incluant des données préliminaires sera présentée aux cadres de la Direction des soins infirmiers du Centre hospitalier universitaire affilié, l'Hôtel-Dieu de Lévis le 17 octobre 2006. De plus, des capsules de réponses et de solutions aux questions prioritaires (Savez-vous que?..) ont également été conçues, diffusées et appréciées par les infirmières de soins et ce, tout au long du 1^{er} stage et, se poursuivra, à l'automne 2006, au cours du 2^e stage.

Suite aux résultats préliminaires découlant de l'analyse des données de la première série d'entrevues et d'observations, nous anticipons des changements à court et moyen termes. Mentionnons entre autres, que déjà,

- une réflexion est amorcée sur les deux unités de soins participantes et à la Direction des soins infirmiers de l'établissement,
- le projet est bien ancré sur les unités de soins participantes,
- l'équipe formée lors du 1^{er} stage est sollicitée et ce, sur chacune des deux unités de soins,
- le recrutement d'infirmières pour le 2^e stage s'est fait rapidement,
- les Savez-vous que?... sont lus et amènent des échanges significatifs,
- les infirmières sont intéressées et motivées,
- l'accès à Internet et aux banques de données électroniques est maintenant disponible.

Certaines publications et communications sont bien sûr prévues à la fin de la phase 1 du projet. Entre autres, la chercheuse principale est invitée à présenter au premier colloque organisé par la Haute École de Santé de Fribourg en Suisse qui aura lieu en mars 2007. Puis, un résumé de communication orale est aussi proposé 1) au 75^e Congrès de l'Acfas (mai 2007) et 2) à l'Assemblée générale annuelle – Congrès (octobre 2007) de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Une journée scientifique est aussi prévue au Centre hospitalier affilié, Hôtel-Dieu de Lévis lors de la semaine des infirmières en mai 2007.



PROGRESS REPORT FOR KNOWLEDGE TO ACTION (KTA), PHASE 1: DEVELOPMENT GRANTS FOR LOCAL RESEARCHER-USER INTERACTION

RAPPORT D'ÉTAPE POUR CONNAISSANCES À LA PRATIQUE (CAP), PHASE 1 : SUBVENTIONS DE DEVELOPPEMENT FAVORISANT L'INTERACTION CHERCHEURS-UTILISATEURS À L'ECHELON LOCAL

KNOWLEDGE TO ACTION (KTA), PHASE 2

Explain how your project (Phase 1) will lead into a Phase 2 of the KTA initiative should you receive a CIHR grant for KTA, Phase 2 (maximum one (1) page).

Note: A request for Applications for KTA Phase 2 will be launched in June 2006, pending the availability of funds

DES CONNAISSANCES À LA PRATIQUE (CAP), PHASE 2 :

Expliquez comment votre projet (Phase 1) mènera à une Phase 2 de CAP dans le cas où vous recevez une subvention des IRSC pour la Phase 2 (une (1) page au maximum).

Note : Un Appel de demandes pour CAP Phase 2 sera lancé en juin 2006, moyennant la disponibilité de fonds.

L'approche que nous avons proposée en 2005 dans le cadre du concours de subventions « Des connaissances à la pratique (CAP) » misait sur l'établissement d'un partenariat entre une université et un centre hospitalier. À ce jour, ce partenariat a permis une première expérimentation à échelle réduite. Dans ce cadre, nous avons développé un modèle interactif d'appropriation des connaissances scientifiques par les infirmières, nous avons cerné certaines difficultés et trouvé ensemble des solutions. Cependant, étant donné le court laps de temps, nos travaux ne nous ont pas permis de développer et de tester des stratégies de dissémination au sein du personnel infirmier. Également, forts de cette expérimentation, les collaborateurs souhaitent poursuivre le déploiement de ce processus vers d'autres unités de soins du centre hospitalier partenaire. Le processus réalisé jusqu'à maintenant et les résultats préliminaires de la 1^{ère} partie de la phase 1 du projet (6 premiers mois), nous ont permis d'entrevoir des pistes d'action et de réflexion forts intéressantes qui ont besoin d'être validées dans la phase 2 du projet. Ces pistes touchent à la fois les domaines de la formation, de l'organisation, des comportements, de l'intradisciplinarité et de l'interdisciplinarité. En effet, des connaissances à la pratique, phase 1 : Un BTEC en pratique infirmière est devenu en phase 2, Un BTEC en soins de santé. D'un modèle d'expert d'utilisation des connaissances, nous sommes passés à un modèle de résolution de problème à la phase 1 pour arriver, à la phase 2, à un modèle interactif d'utilisation des connaissances.

Lors de la phase 1, nous avons constaté que ce sont des questions se rapportant au quotidien qui sont priorisées par les infirmières et non des sujets qui intéressent les chercheurs de pointe. De plus, souvent des réponses étaient déjà proposées dans la littérature scientifique. N'ayant pas accès à ces résultats (entre autres pour des raisons organisationnelles tels le temps et l'accès aux banques de données informatiques et pour des raisons individuelles tel le manque de connaissances de base), les infirmières ne pouvaient pas actualiser leurs interventions. En effet, l'observation et les premières entrevues de la phase 1 ont démontré que les infirmières ont une méconnaissance des bases de données informatiques et n'ont pas accès ni aux bases de données ni à Internet et ce, que ce soit dans les unités de soins ou dans les bureaux des cadres conseils. Aussi, les livres de références disponibles dans les unités de soins se limitent bien souvent à quelques ouvrages désuets de médecine générale. De plus, pour accéder rapidement aux résultats de recherche, le temps pour les trouver, les critiquer et les utiliser est un obstacle non négligeable par les infirmières interrogées.

Intégrer des résultats probants pour accéder à une pratique factuelle parmi les infirmières représente donc un défi de taille. En effet, nos résultats de la phase 1 montrent qu'elles éprouvent de la difficulté à identifier des facteurs pouvant faciliter l'intégration des preuves scientifiques à leur pratique et qu'elles ne consultent pas les revues scientifiques et actes de colloques. Aucune infirmière n'a mentionné l'utilisation de bases de données informatiques ou d'Internet. Plutôt, elles déclarent optimiser leurs pratiques en se référant à des consœurs plus expérimentées. En pratique, sachant que les pairs sont généralement la source d'information la plus crédible et la plus employée par les infirmières, des changements de pratiques présentés puis renforcés par un pair formé à cette fin pourrait avoir un impact positif.

Dans la phase 1 CAP, nous avons développé et expérimenté, auprès de deux unités de soins (médecine et mère-enfant), un modèle interactif d'utilisation des connaissances dans lequel une infirmière clinicienne [IC] forme une dyade avec une infirmière cadre conseil [ICC]. Nous aimerions poursuivre 1) cette expérimentation auprès de cinq autres unités de soins (oncologie, soins critiques, psychiatrie, chirurgie et gériatrie) ainsi que 2) l'inventaire des barrières organisationnelles et des facteurs facilitant en regard d'une utilisation stratégique de l'information dans ces cinq autres unités de soins. Puis, certaines stratégies de dissémination des recommandations pour la pratique ont été documentées à la phase 1 que nous voulons évaluer à la phase 2. Enfin, il est important, à la phase 2, de consolider la collaboration et l'échange d'informations entre les partenaires des milieux hospitalier et universitaire débutés à la phase 1. En bref, la phase 2 vise donc à poursuivre la formation de dix autres dyades de manière à pourvoir cinq autres unités d'infirmières formées à l'utilisation des résultats de recherche, documenter des barrières organisationnelles, disséminer les meilleures pratiques de soins et poursuivre notre collaboration. Nous prévoyons ainsi des répercussions possibles à tous les niveaux : pour le milieu hospitalier, les chercheurs, les clientèles desservies et les interactions chercheurs-utilisateurs.

Pour le recrutement des IC et des ICC et tel que démontré dans la phase 1, on misera sur les forces présentes dans le milieu en travaillant avec les personnes ayant une bonne expertise terrain, de la crédibilité et des attitudes favorables à l'égard des résultats probants. L'identification des besoins cliniques (questionnements) des unités et des besoins de formation des dyades se fera à l'aide d'outils développés à la phase 1. Les équipes de soins s'ouvriront davantage aux autres disciplines et travailleront en interdisciplinarité. Pour l'évaluation, l'observation se fera à l'aide de la grille développée à la phase 1 qui servira à documenter les contextes organisationnels. Lors de la phase 1, nous avons pu délinéer des barrières et des facteurs facilitants l'intégration de données factuelles à la prise de décision clinique. Certains d'entre eux n'ont pas encore été rapportés dans la littérature. Sur la base de ces informations, un questionnaire auto-rapporté sera préparé pour vérifier leur présence, sur une base volontaire, auprès de l'ensemble des infirmières du CHA-HDL. De mieux comprendre de tels facteurs permettra la mise en place de stratégies plus efficaces de dissémination. Nous utiliserons aussi cet outil pour mesurer l'utilisation de pratiques fondées sur des données factuelles au sein du personnel infirmier avant et après le projet (évaluation d'impact). Pour évaluer le processus, des groupes de discussion focalisée seront réalisés et un grille critériée sera utilisée quotidiennement par les ICC et les IC formées (voir résumé phase 2).