

**Outil de sélection de stratégies de transfert des
connaissances pour favoriser l'adoption et la
pérennité des interventions et des pratiques en santé
fondées sur des résultats probants**



Table des matières

Liste des tableaux	3
Liste des figures	4
Liste des sigles et des abréviations	5
Préambule	6
Glossaire	7
Section 1 : Identifier les barrières et les facilitateurs au changement des pratiques	8
1.1. Identifier les barrières et les facilitateurs au changement des pratiques dans un milieu ou contexte un spécifique	8
1.2. Utiliser le cadre <i>Theoretical Domains Framework</i> (TDF) pour catégoriser les barrières et les facilitateurs au changement des pratiques.....	8
Section 2 : Identifier les catégories ou les fonctions d'intervention à prioriser pour favoriser le changement des pratiques.....	13
2.1. Appliquer le modèle <i>Capacity, Opportunity, Motivation and Behaviour</i> (COM-B) pour identifier les catégories ou les fonctions d'intervention les plus pertinentes	13
Section 3 : Sélectionner et opérationnaliser des stratégies de transfert des connaissances pertinentes et adaptées à mettre en œuvre pour favoriser le changement des pratiques	20
3.1. S'inspirer de la taxonomie <i>Effective Practice and Organization of Care</i> (EPOC) pour sélectionner des stratégies de transfert des connaissances	20
3.2. Opérationnaliser les stratégies de transfert des connaissances sélectionnées	28
Section 4 : Développer un plan de pérennité visant à maintenir le changement des pratiques à long terme.....	31
Références	34

Liste des tableaux

Tableau 1. Liste et définitions des 16 domaines du cadre TDF pour catégoriser des barrières et des facilitateurs au changement des pratiques.	10
Tableau 2. Liens entre les composantes du modèle COM-B et les catégories ou fonctions d'intervention.	15
Tableau 3. Catégories ou fonctions d'intervention selon le modèle COM-B, en fonction des 16 domaines du cadre TDF.	16
Tableau 4. Exemple d'application conjointe du cadre TDF et du modèle COM-B, à partir des barrières et des facilitateurs identifiés à l'Exemple 1.	18
Tableau 5. Répertoire des stratégies de transfert des connaissances selon la taxonomie EPOC, regroupées par catégorie ou fonction d'intervention selon le modèle COM-B.	21
Tableau 6. Outil de travail pour opérationnaliser des stratégies de transfert des connaissances visant à favoriser le changement des pratiques.	29
Tableau 7. Outil de travail pour faire l'inventaire des facteurs pouvant faciliter ou contraindre la pérennité de votre projet d'amélioration de la qualité ou initiative de changement des pratiques.	31

Liste des figures

Figure 1. Corrélation entre le modèle COM-B et les 16 domaines du cadre TDF.....	14
--	----

Liste des sigles et des abréviations

c.-à-d.	C'est-à-dire
cf.	Reportez-vous à
CISSS	Centre intégré de santé et des services sociaux
COM-B	<i>Capacity, Opportunity, Motivation and Behavior</i>
EPOC	<i>Effective Practice and Organization of Care</i>
ERIC	<i>Expert Recommendations for Implementing Change</i>
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
KTP	Knowledge Translation Program
MOVE	Mobilization of Vulnerable Elders
MOVE iT	Mobilization of Vulnerable Elders in Toronto
MOVE ON	Mobilization of Vulnerable Elders in Ontario (MOVE ON)
p.ex.	Par exemple
TDF	<i>Theoretical Domains Framework</i>

Préambule

Le transfert des connaissances a pour but de **sensibiliser** davantage les utilisateurs des connaissances (défini plus loin) aux conclusions des recherches et de **faciliter l'utilisation** de ces conclusions dans les pratiques et les politiques en santé [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 des 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 de manière durable le changement des pratiques et des politiques en santé.

Considérant les ressources disponibles limitées en matière d'utilisation des stratégies (ou des méthodes) de transfert des connaissances pour mettre en œuvre et assurer l'adoption et la pérennité des interventions et des pratiques fondées sur des résultats probants, ce document a été créé à partir d'un outil existant² visant à outiller les gestionnaires de soins ou de projets d'amélioration, les décideurs en matière de santé et 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 les facilitateurs** au changement des pratiques dans un milieu ou un contexte spécifique (section 1); 2) identifier, sélectionner et opérationnaliser des **stratégies de transfert des connaissances** efficaces qui pourront être adaptées en fonction des besoins des individus et/ou des organisations visés par le changement (sections 2 et 3); et 3) développer un plan de pérennité visant à favoriser la durabilité du changement des pratiques (ou des changements engendrés par la mise en œuvre d'une innovation en santé ou de soins de santé; section 4).

¹ Fait référence à l'expression « audit et feedback » souvent utilisé dans la littérature ou dans la pratique courante.

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, la synthèse, la dissémination et l'échange des connaissances, ainsi que l'application conforme à l'éthique des connaissances. Ultimement, le transfert des connaissances vise à mettre à profit les résultats issus 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 (p.ex., patients⁴, gestionnaires de soins, décideurs en matière de santé), 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 primaire ou de revue de littérature dans l'ensemble des connaissances sur le sujet.

Dissémination

Communication des résultats de recherche, incluant : 1) la détermination de l'auditoire auquel est destiné les résultats de recherche; et 2) l'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 des personnes 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 en vigueur.

Utilisateur des connaissances

Les IRSC définissent un utilisateur des connaissances comme une personne susceptible d'utiliser des résultats issus de la recherche pour prendre des décisions éclairées au sujet de politiques, de programmes, de pratiques ou d'interventions 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 de ses besoins en information. Un utilisateur des connaissances peut être, entre autres, un clinicien, 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 proposées 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].

⁴ Dans le présent document, Le genre masculin est parfois utilisé pour désigner des personnes et son emploi n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.

Section 1 : Identifier les barrières et les facilitateurs au changement des pratiques

1.1. Identifier les barrières et les facilitateurs au changement des pratiques dans un milieu ou contexte un 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 ou à l'adoption d'une nouvelle intervention clinique. 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 aux facilitateurs spécifiques du milieu ou du contexte dans lequel ces stratégies seront déployées. 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 :

- Survoler la littérature scientifique, afin de connaître les barrières et les facilitateurs au changement des pratiques qui ont déjà été identifiés pour un milieu ou un contexte de soins spécifique (p.ex., soins et services de santé mentale en première ligne, unités de soins intensifs, milieu d'urgence, etc.);
- Discuter de manière informelle avec des parties prenantes jouant un rôle clé dans le changement des pratiques ou l'adoption d'une nouvelle intervention clinique;
- Observer les personnes visées par le changement des pratiques à même le contexte ou l'organisation dont ils font partie;
- Distribuer des questionnaires pour collecter des données sur les barrières et les facilitateurs auprès des personnes concernées par le changement des pratiques et/ou des parties prenantes;
- Mener des entrevues ou des groupes de discussion pour collecter des données sur les barrières et les facilitateurs auprès des personnes concernées par le changement des pratiques et/ou des parties prenantes.

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

Le *Theoretical Domains Framework* (TDF) [3, 4] est un cadre de référence fréquemment utilisé en recherche et pratiques de transfert des connaissances qui permet de répertorier et catégoriser des barrières et des facilitateurs au changement des pratiques. Le cadre TDF se décline en 16 domaines (voir **Tableau 1** pour la liste complète et les définitions des domaines), lesquels représentent 16 grandes catégories d'influence au changement des comportements individuels qui ont été développées théoriquement par un groupe de chercheurs britanniques (c.-à-d., en s'appuyant sur les résultats d'études de recherche et de synthèses des connaissances, des catégories « théoriquement » possibles d'influences comportementales ont été proposées au sein d'un même cadre). Ces catégories d'influence comportementale incluent, notamment, la motivation et les buts des personnes, leurs habilités cognitives, interpersonnelles et physiques, la perception qu'ils se font de leur rôle professionnel et/ou social, ou encore, le contexte environnemental dans lequel ces personnes se situent et évoluent.

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

Afin d'illustrer de manière concrète de quelle manière le cadre TDF peut être employé pour catégoriser des barrières et des facilitateurs, l'**Exemple 1** présenté ci-dessous fait état de la démarche proposée dans le contexte d'un projet d'amélioration spécifique visant à améliorer la collaboration interprofessionnelle au sein des services et des équipes de soins en oncologie d'un Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) de la province de Québec.

Exemple 1: Démarche proposée pour identifier des barrières et des facilitateurs au changement des pratiques à l'aide du cadre TDF.

Améliorer la collaboration interprofessionnelle au sein des services et des équipes de soins en oncologie d'un CISSS de la province de Québec

*À titre de gestionnaire de projets d'amélioration de la qualité, vous avez été mandaté pour améliorer les services et les soins offerts en oncologie au sein d'un CISSS spécifique de la province de Québec. Un des volets spécifiques de ce mandat vise à renforcer la qualité des pratiques de collaboration interprofessionnelle entre les différents services et les différentes équipes de soins en oncologie (p.ex., unité d'hospitalisation, urgence, groupe de médecine familiale) dudit CISSS, puisqu'il s'agit d'une pratique fondée sur des résultats probants 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 individuelles et de groupe avec plusieurs acteurs concernés (p.ex., patients, membres de la famille, proches aidants, professionnels de la santé, gestionnaires de soins), afin d'identifier les barrières et les facilitateurs à la collaboration interprofessionnelle entre les différents services, milieux et équipes de soins. Au terme de ces entrevues, vous constatez certaines récurrences dans les informations qui vous ont été 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 les facilitateurs à la collaboration interprofessionnelle identifiés lors des entrevues selon les trois domaines du cadre TDF suivants, respectivement : 1) Connaissances (barrière); 2) Rôle professionnel et/ou social (barrière); et 3) Croyances à l'égard des conséquences (facilitateur).*

Lorsque vous aurez identifié les barrières et les facilitateurs au changement des pratiques propres à votre milieu ou contexte, vous pourrez 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 de votre plan de transfert des connaissances, laquelle vous permettra ensuite d'identifier, de sélectionner et d'opérationnaliser des stratégies de transfert des connaissances spécifiquement adaptées à votre milieu ou contexte et, par conséquent, plus susceptibles de favoriser le changement des pratiques.

Tableau 1. Liste et définitions des 16 domaines du cadre TDF pour catégoriser des barrières et des facilitateurs au changement des pratiques.

Domaine du cadre TDF	Définition	Barrières	Facilitateurs
Connaissances	Action liée à une prise de conscience ou la compréhension de l'existence de quelque chose; ensemble des informations intégrées par l'acte de la pensée permettant de percevoir quelque chose ou quelqu'un, de se le représenter, d'en comprendre les caractéristiques, les propriétés ou les attributs spécifiques.		
Habiletés cognitives et interpersonnelles	Capacité à effectuer diverses activités mentales associées à l'apprentissage et à la résolution de problèmes, ainsi que des techniques utilisées pour interagir efficacement avec les autres (il importe de tenir compte des croyances, de la culture et du contexte social qui influencent ce qui est considéré comme étant des capacités « normales » dans un espace-temps donné).		
Habiletés physiques	Capacité ou compétence d'ordre physique influencée par l'accessibilité de l'environnement entourant l'individu.		
Mémoire, attention et processus décisionnel	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 (il importe de tenir compte des croyances, de la culture et du contexte social qui influencent ce qui est considéré comme étant des habiletés et des processus « normaux » dans un espace-temps donné).		
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 des routines comportementales (p.ex., développer une routine pour se rappeler de se laver les mains avant chaque interaction patient-soignant).		

Rôle professionnel et/ou 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, les institutions d'enseignement, le gouvernement).		
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 (aussi appelées sentiment d'efficacité personnelle ou d'auto-efficacité) sont influencées par des structures et des systèmes externes (p.ex., le système éducatif, les normes de genre au sein d'une société).		
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 et social.		
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 en effectuant un certain comportement.		
Croyances à l'égard des conséquences	Acceptation de la vérité, de la réalité ou de la validité des résultats ou des 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 un individu tente de faire face à un problème ou à un événement personnellement significatif.		

Contexte environnemental et ressources	Toute circonstance liée à l'environnement ou à la situation 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	Processus interpersonnels pouvant amener les individus à modifier leurs pensées, leurs sentiments ou leurs comportements. Les processus sociaux peuvent être réels (c.-à-d. objectif, mesurable) ou perçus (c.-à-d. expérience, perceptions, sentiment) et peuvent se déployer à un niveau individuel (p.ex., influence d'un gestionnaire), au niveau d'un groupe (p.ex., une équipe de soins) ou à un niveau sociétal (p.ex., le racisme intériorisé, l'âgisme).		

Section 2 : Identifier les catégories ou les fonctions d'intervention à prioriser pour favoriser le changement des pratiques

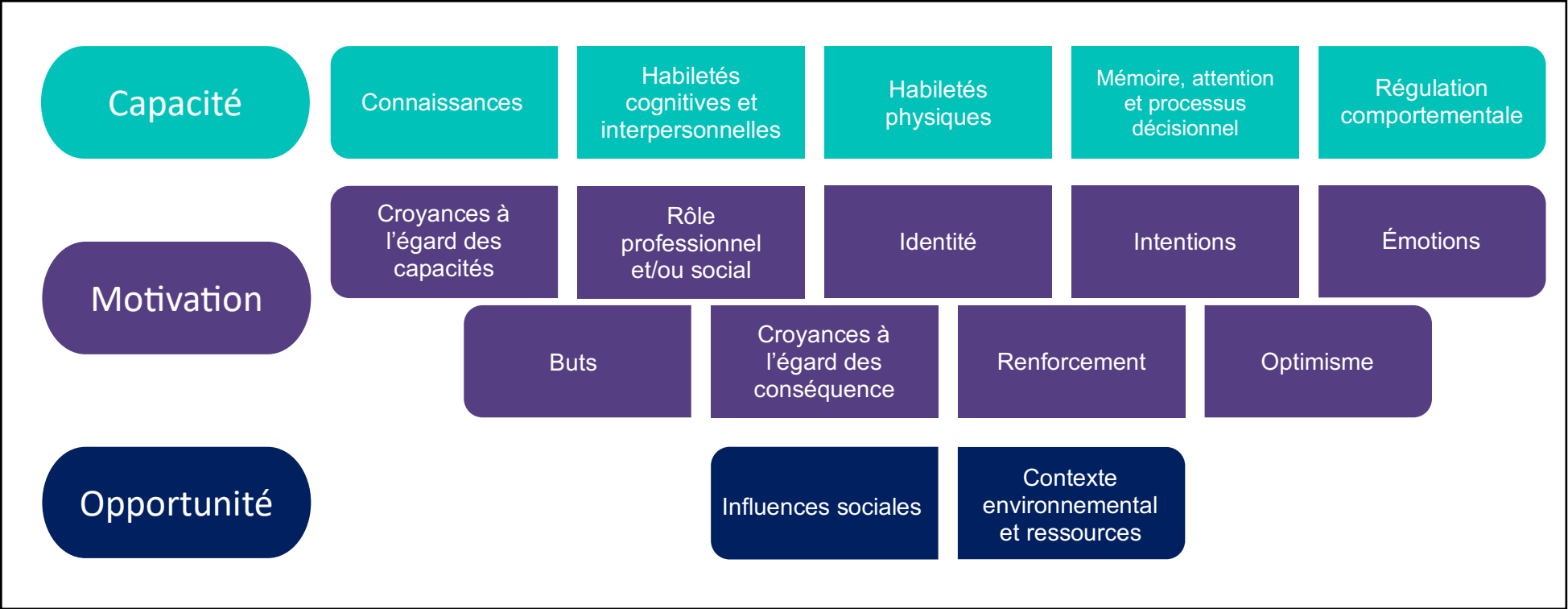
2.1. Appliquer le modèle *Capacity, Opportunity, Motivation and Behaviour* (COM-B) pour identifier les catégories ou les fonctions d'intervention les plus pertinentes

Le modèle *Capacity, Opportunity, Motivation and Behaviour* (COM-B) [7, 8] est issu des sciences comportementales et celui-ci est couramment utilisé en transfert des connaissances. Le modèle COM-B stipule que les comportements des individus se manifestent par l'interaction entre trois conditions nécessaires : 1) la capacité physique ou psychologique (c.-à-d. habileté physique ou psychologique de faire le comportement); 2) l'opportunité physique ou sociale (c.-à-d. environnement physique et/ou social permettant la manifestation du comportement); et 3) la motivation réflexive ou automatique (c.-à-d. processus réflexifs et mécanismes automatiques qui activent ou inhibent le comportement). Ainsi, le modèle COM-B décrit que pour changer un comportement, les personnes doivent : 1) être capables de changer; 2) avoir la possibilité de changer; et 3) être motivées à changer. La capacité, l'opportunité et la motivation constituent ainsi les trois composantes principales du modèle COM-B, appelées « sources de comportements ».

Le modèle COM-B et le cadre TDF ont été développés conjointement : chacun des 16 domaines du cadre TDF décrivant une catégorie de barrières et de facilitateurs au changement (ou d'influence comportementale, cf. **Tableau 1**) que les individus peuvent rencontrer se lie à l'une des trois sources de comportement du COM-B (capacité, opportunité ou motivation). La **Figure 1** présentée ci-dessous illustre cette jonction entre le cadre TDF et le modèle COM-B.

À titre consultatif, l'article de McDonagh et ses collaborateurs [9] présente de manière détaillée et exhaustive la façon dont le cadre TDF et le modèle COM-B peuvent être utilisés conjointement pour explorer les barrières et les facilitateurs au changement d'un comportement donné et identifier les sources de comportement correspondantes, à l'aide d'un exemple concret issu de la pratique réelle (revue systématique d'études primaires visant à explorer les barrières et les facilitateurs au dépistage de la Chlamydia chez les jeunes adultes en milieu de soins primaires).

Figure 1. Corrélation entre le modèle COM-B et les 16 domaines du cadre TDF.



Concrètement, le modèle COM-B permet de lier des influences comportementales (c.-à-d. les domaines du cadre TDF correspondant aux barrières et aux facilitateurs que vous identifierez dans votre milieu ou contexte) avec des catégories ou des fonctions 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 des pratiques dans votre milieu ou contexte, alors il s'agit d'une barrière au niveau de la composante « Capacité » du modèle COM-B. Toujours selon le modèle COM-B, trois catégories ou fonctions d'intervention permettront d'adresser spécifiquement cette barrière liée à la capacité des individus, soit l'éducation (ou l'apprentissage), l'habilitation (ou l'autonomisation; fait référence au terme anglais « *enablement* ») ou la formation. Le **Tableau 2** ci-dessous fait état des liens entre les composantes du modèle COM-B (capacité, motivation et opportunité) et les catégories ou fonctions d'intervention.

Tableau 2. Liens entre les composantes du modèle COM-B et les catégories ou fonctions d'intervention.

Source de comportement du modèle COM-B	Catégorie ou fonction d'intervention selon le modèle COM-B								
	Coercition (ou contrainte)	Éducation (ou apprentissage)	Habilitation	Restructuration environnementale	Incitation	Modèle de rôle	Persuasion	Restriction	Formation
Capacité (physique)			✓						✓
Capacité (psychologique)		✓	✓						✓
Motivation (réflexive)	✓	✓			✓		✓		
Motivation (automatique)	✓		✓	✓	✓	✓	✓		
Opportunité (physique)			✓	✓				✓	
Opportunité (sociale)			✓	✓				✓	

Pour appliquer le modèle COM-B à votre projet d'amélioration de la qualité ou votre initiative de changement des pratiques, voici les étapes à suivre :

- 1) Pour chacun des domaines du cadre TDF identifiés dans votre milieu ou contexte, surlignez la ligne correspondante dans le **Tableau 3** ci-dessous. Vous noterez que chaque ligne de domaine du cadre TDF comprend les catégories ou les fonctions 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 catégories ou fonctions d'intervention et entrez ce numéro dans la dernière ligne du tableau (ligne « Total »). Cela vous permettra de prioriser ou hiérarchiser les interventions qui adresseront spécifiquement les barrières et les facilitateurs que vous aurez identifiés dans votre milieu ou contexte;

- 3) Les catégories ou fonctions d'intervention avec le nombre total de « X » le plus élevé sont celles que vous devriez considérer à mettre en œuvre pour votre projet d'amélioration de la qualité ou votre initiative de changement des pratiques. Gardez en tête que bien souvent, une catégorie ou fonction 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 changement des pratiques).

Le **Tableau 3** ci-dessous pourra vous servir de gabarit pour appliquer le modèle COM-B à votre projet ou initiative. Pour mieux vous guider dans ce travail, le **Tableau 4** qui suit présente pour sa part un exemple d'application du modèle COM-B à partir des trois domaines du cadre TDF identifiés à l'**Exemple 1**, soit : 1) Connaissances (barrière); 2) Rôle professionnel et/ou social (barrière); et 3) Croyances à l'égard des conséquences (facilitateur).

Tableau 3. Catégories ou fonctions d'intervention selon le modèle COM-B, en fonction des 16 domaines du cadre TDF.

Domaine du cadre TDF	Catégorie ou fonction d'intervention selon le modèle COM-B								
	Coercition (ou contrainte)	Éducation (ou 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 et/ou 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 ou fonctions d'intervention surlignées)									

Dans le **Tableau 4** ci-dessous, il est possible de constater qu'une intervention de transfert des connaissances visant l'éducation (ou l'apprentissage) serait la plus appropriée, puisque celle-ci permettrait d'adresser simultanément les barrières et les facilitateurs spécifiques au milieu et au contexte de l'**Exemple 1** (c.-à-d. les barrières et les facilitateurs identifiés précédemment, correspondant aux trois domaines du cadre TDF « Connaissances », « Rôle professionnel et/ou social » et « Croyances à l'égard des conséquences »).

Tableau 4. Exemple d'application conjointe du cadre TDF et du modèle COM-B, à partir des barrières et des facilitateurs identifiés à l'Exemple 1.

Domaine du cadre TDF	Catégorie ou fonction d'intervention selon le modèle COM-B								
	Coercition (ou contrainte)	Éducation (ou 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 et/ou 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

Section 3 : Sélectionner et opérationnaliser des stratégies de transfert des connaissances pertinentes et adaptées à mettre en œuvre pour favoriser le changement des pratiques

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 catégories ou fonctions d'intervention les plus pertinentes pour adresser les barrières et les facilitateurs spécifiques à votre milieu ou contexte, vous serez en mesure d'utiliser ces informations pour sélectionner une ou plusieurs stratégies de transfert des connaissances 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 [10]. Par exemple, si vous avez identifié la nécessité de mettre en œuvre une intervention ayant pour fonction l'éducation (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 des résultats probants pour apporter le ou les changement(s) de comportement souhaité dans la pratique.

Le **Tableau 5** ci-dessous présente un répertoire de stratégies de transfert des connaissances (ou de stratégies de mise en œuvre) selon la taxonomie *Effective Practice and Organization of Care* (EPOC). Utilisez le **Tableau 5** pour sélectionner la (ou les) stratégie(s) de transfert des connaissances la(les) plus appropriée(s) pour les catégories ou fonctions d'intervention que vous avez priorisées à l'étape précédente. Les catégories ou fonctions d'intervention selon le modèle COM-B sont notées dans la première colonne du **Tableau 5**. Parcourez cette colonne pour trouver les catégories ou fonctions d'intervention que vous avez priorisées à l'étape précédente. Vous pouvez utiliser le **Tableau 5** à titre de document de travail pour indiquer si vous emploieriez ou non la stratégie listée dans la colonne de gauche et, si oui, auprès de quels individus ou groupes cette stratégie.

Avec les membres de 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 les facilitateurs spécifiques à votre milieu ou contexte. Vous n'êtes pas obligé de sélectionner toutes les stratégies qui correspondent à vos catégories ou fonctions d'intervention prioritaires. N'oubliez pas de vous concentrer uniquement sur les stratégies les plus susceptibles d'adresser les barrières et les 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 d'amélioration de la qualité ou votre initiative de changement des pratiques; notamment la compilation ou taxonomie *Expert Recommendations for Implementing Change* (ERIC) [11] qui est largement utilisée dans le domaine du transfert des connaissances et qui est tout aussi pertinente que la taxonomie EPOC.

Tableau 5. Répertoire des stratégies de transfert des connaissances selon la taxonomie EPOC, regroupées par catégorie ou fonction d'intervention selon le modèle COM-B.

Catégorie ou fonction d'intervention	Stratégie de transfert des connaissances selon la taxonomie EPOC	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 (ou contrainte)	Non-applicable ⁵	Créer une attente de punition, de restriction ou de coûts (p.ex., augmenter les coûts financiers liés à un comportement tel qu'une taxe supplémentaire sur l'achat de produits de tabac) ou prendre des dispositions pour mettre fin à la récompense conditionnelle après l'exécution du comportement indésirable.	Patient Professionnel de la santé ou intervenant		
Éducation (ou apprentissage)	Organiser des rencontres éducatives	Organiser des réunions impliquant les personnes ciblées par le projet (p.ex., les prestataires de soins de santé, les administrateurs, les autres parties prenantes de l'organisation ou de la communauté, les patients et les membres de la famille) pour améliorer les connaissances sur la pratique (ou le comportement) idéale.	Patient Professionnel de la santé ou intervenant Organisation		
Éducation	Distribuer du matériel éducatif	Distribuer du matériel éducatif	Patient		

⁵ La taxonomie EPOC ne précise pas de stratégie de transfert des connaissances pour cette catégorie d'intervention issue du modèle COM-B.

		<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.	Professionnel de la santé ou intervenant		
Habilitation (ou autonomisation)	Collaborer avec des champions ⁶	Identifier et préparer les individus à se consacrer au soutien et à la promotion de la pratique idéale, ainsi qu'à faire face à l'indifférence ou à la résistance liée à la mise en œuvre de cette pratique.	Organisation Professionnel de la santé ou intervenant		
Habilitation	Mettre en place une communauté d'apprentissage ou de pratique	Faciliter la formation de groupes de prestataires de soins de santé 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 leurs compétences dans ce domaine en interagissant de manière continue).</i>	Système Organisation Professionnel de la santé ou intervenant		
Habilitation	Préparer les patients/clients/ usagers et prestataires de soins de santé à être actifs	Préparer les patients et les membres de leurs famille et/ou les prestataires de soins de santé à être actifs dans les soins ou à l'égard de la pratique idéale <i>(p.ex., poser des questions sur la pratique</i>	Patient Professionnel de la santé ou intervenant		

⁶ Les champions sont des membres de l'organisation ou de la communauté qui sont reconnus pour leur expertise et leur adhésion envers les connaissances à mettre en œuvre; ils adhèrent et appliquent ces connaissances à leur pratique quotidienne et les font connaître à leurs collègues.

		<i>idéale et les connaissances à jour qui la sous-tendent).</i>			
Habilitation	Mettre en place des occasions de financement public et de contractualisation	Établir les priorités du système ou de l'organisation 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 ou des demandes financières	Système		
Habilitation	Altérer les rémunérations octroyés aux prestataires de soins de santé	Changer la manière dont les prestataires de soins de santé sont rémunérés pour la pratique idéale.	Système		
Restructuration environnementale	Mettre en place des systèmes de rappel	Développer des systèmes de rappel pour aider les prestataires de soins de santé à se souvenir des informations en lien avec la pratique idéale et/ou à inciter à la mise en œuvre de la pratique idéale.	Professionnel de la santé ou intervenant		
Restructuration environnementale	Réviser les rôles professionnels	Modifier et réviser les rôles des prestataires de soins de santé et repenser les caractéristiques des emplois ou professions pour promouvoir l'adoption de la pratique idéale.	Système Organisation Professionnel de la santé ou intervenant		
Restructuration environnementale	Changer les systèmes de gestion des données et d'informations sur les patients/clients/usagers	Modifier les systèmes de gestion des données pour permettre une meilleure saisie des informations sur les patients et une meilleure évaluation de la mise en œuvre de la pratique idéale et de ses retombées cliniques (<i>p.ex., les dossiers médicaux électroniques</i>	Système Organisation		

		<i>ou les systèmes de rappel aux patients pour leurs suivis médicaux ou des rappels à titre de mesure préventive telle que les rappels pour la vaccination saisonnière).</i>			
Restructuration environnementale	Effectuer des changements au niveau du milieu ou du site visé	Changer le cadre ou l'environnement dans lequel la pratique idéale est mise en œuvre (p.ex., à domicile ou dans un établissement de santé, en milieu hospitalier ou en milieu de soins ambulatoire, dans un établissement de santé spécialisé ou non spécialisé, dans des cliniques sans rendez-vous, dans un hôpital de jour, dans des unités mobiles).	Système Organisation		
Restructuration environnementale	Créer de nouvelles équipes équipe de soins	Changer la composition de l'équipe de soins en intégrant des personnes avec des disciplines et des compétences diversifiées, afin d'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 la mise en œuvre de la pratique idéale (ou dissuader de la mise en œuvre de pratiques ou comportements à ne pas utiliser).	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	Système Organisation		

		partenaires, afin que ceux qui souhaitent intégrer (ou s'affilier à) l'organisation soient encouragés à utiliser la pratique idéale.			
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 ou 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 ou intervenant		
Modèle de rôle	Observez d'autres experts	Fournir des moyens permettant aux personnes ciblées par le changement, ainsi qu'aux autres parties prenantes, d'observer directement d'autres personnes expérimentées à mettre en œuvre la pratique idéale.	Professionnel de la santé ou intervenant		
Persuasion	Identifier et mettre à profit l'opinion de leaders locaux	Informar les prestataires de soins de santé 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 clinique ou de la formation) de la pratique idéale dans l'espoir qu'ils influenceront leurs collègues à l'adopter eux aussi.	Professionnel de la santé ou 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 ou intervenant Patient		
Persuasion	Mener des discussions visant à	Engager les prestataires de soins de santé et les autres parties	Organisation		

	un consensus au niveau local	prenantes dans des discussions sur l'importance du problème ciblé et sur la pertinence de la mise en œuvre de la pratique idéale pour le résoudre (<i>p.ex., convenir d'un protocole de soins pour la prise en charge d'une clientèle d'usagers ayant des besoins particuliers ou adapter une ligne directrice pour un milieu de soins spécifique</i>).	Professionnel de la santé ou intervenant Patient		
Persuasion	Offrir un 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 de santé, aux administrateurs et/ou aux gestionnaires ciblés, afin de faire le suivi, d'évaluer et de modifier le comportement.	Professionnel de la santé ou intervenant		
Persuasion	Prioriser le mandat	Demander aux décideurs ou aux 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 résultats probants qui visent à réglementer ce que les prestataires de soins de santé peuvent faire dans l'exercice de leur rôle et modifier les normes existantes de	Système		

		champ de pratique pour inclure la pratique idéale.			
Formation	Collaborer avec les institutions d'enseignement ou de formation	Encourager les établissements d'enseignement ou de formation à former les prestataires de soins de santé aux pratiques idéales.	Système Organisation		
Formation	Utiliser des stratégies de formation des formateurs	Former les prestataires de soins de santé ou organismes désignés à la pratique idéale, afin qu'ils puissent former d'autres personnes.	Organisation Professionnel de la santé ou 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 de santé dans leur milieu de pratique, afin de les former sur la manière de mettre en œuvre la pratique idéale.	Professionnel de la santé ou 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 à visée éducative</i>).	Professionnel de la santé ou intervenant		
Formation	Offrir de la supervision clinique	Offrir aux prestataires de soins de santé une supervision continue axée sur la pratique idéale. Les superviseurs cliniques qui encadrent les prestataires de soins de santé doivent également être formés à la pratique idéale.	Professionnel de la santé ou intervenant		

3.2. Opérationnaliser les stratégies de transfert des connaissances sélectionnées

Une fois que vous aurez sélectionné la (ou les) stratégie(s) de transfert des connaissances qui adresse(nt) les barrières et les facilitateurs au changement spécifiques à votre milieu ou contexte, vous serez alors en mesure de planifier stratégiquement la manière dont vous allez opérationnaliser cette (ou ces) stratégie(s) pour atteindre le résultat souhaité (cf. section 3.1.). L'opérationnalisation consiste à détailler la manière dont chaque stratégie sélectionnée sera mise en œuvre. Il est important de garder une trace de ces informations détaillées, afin que vous puissiez évaluer plus tard pour quelles raisons une (ou plusieurs) stratégie n'aurait pas fonctionné. Par exemple, est-ce que l'une a des stratégies que vous avez sélectionnée n'a pas été efficace parce qu'elle n'a tout simplement pas été mise en œuvre correctement? De même, ces informations vous seront très pertinentes dans le cas où l'une ou l'autre des stratégies que vous avez sélectionnées fonctionnent ou apportent les effets recherchés. Cela vous permettra de fournir à d'autres personnes ou organisations intéressées par votre projet d'amélioration de la qualité ou initiative de changement des pratiques (p.ex., des collègues œuvrant au sein d'autres services ou centres de soins de santé) la « recette gagnante » que vous avez utilisée pour réussir, qu'ils pourront alors ensuite adapter à leurs besoins et leur contexte.

Cette étape d'opérationnalisation des stratégies de transfert des connaissances met en lumière l'importance de la planification des méthodes d'évaluation et de suivi de votre intervention de transfert des connaissances tout au long du processus de mise en œuvre, afin de favoriser la pérennité. L'évaluation et le suivi de ces processus vous permettra de débiller la « boîte noire », c'est-à-dire les raisons pour lesquelles les résultats anticipés de performance ou de qualité des soins, par exemple, ont été observés ou non dans le cadre de votre projet ou initiative.

Utilisez le **Tableau 6** ci-dessous à titre de gabarit pour décrire en détail la manière dont vous allez opérationnaliser chacune des stratégies de transfert des connaissances sélectionnée à l'étape précédente (cf. section 3.1.). Des exemples sont présentés à titre illustratif dans la colonne de droite du **Tableau 6**. Ces exemples s'inspirent du programme MOVE (*Mobilization of Vulnerable Elders*; <https://www.movescanada.ca>), une initiative de mise en œuvre et d'évaluation de la qualité visant à promouvoir, à l'aide de diverses stratégies de transfert des connaissances, la mobilisation précoce chez les personnes âgées vulnérables en milieu hospitalier.

Le programme MOVE a initialement été développé et mis en œuvre dans un centre hospitalier à Toronto en 2011 (MOVE iT), après quoi il a été mis à l'échelle dans plusieurs autres hôpitaux de l'Ontario (MOVE ON). Le programme MOVE compte à ce jour plusieurs autres répliques ou adaptations à travers le Canada et même à l'international. Sur le plan de la pratique clinique, le programme MOVE s'orchestre autour de trois composantes principales représentant chacune une pratique/intervention fondée sur des résultats probants, à savoir: 1) la mobilisation des patients au moins trois fois par jour; 2) l'utilisation d'une mobilisation progressive et adaptée au patient; et 3) l'évaluation de la mobilité dans les 24 heures suivant l'admission du patient sur l'unité de soins. Pour mettre en œuvre ces pratiques fondées sur des résultats probants au sein de l'organisation, le programme MOVE emploie diverses stratégies de transfert des connaissances dont : 1) des rencontres éducatives sur les pratiques idéales du programme MOVE auprès des membres du personnel, des cliniciens et des bénévoles; 2) des pamphlets informatifs pour les patients et les membres de leur famille; 3) des rappels sur l'importance de la mobilisation précoces à l'aide d'affiches disposées sur les unités de soins; et 4) des séances de simulation des pratiques idéales par des modèles de rôle.

Tableau 6. Outil de travail pour opérationnaliser des stratégies de transfert des connaissances visant à favoriser le changement des pratiques.

Nom de l'intervention ou du programme (c.-à-d. le nom de votre projet d'amélioration de la qualité ou initiative de changements des pratiques)		Exemple: <i>Programme MOVE</i>
Nom de la stratégie de transfert des connaissances faisant partie de l'intervention ou du programme selon la taxonomie EPOC (cf. Tableau 5)		Exemple: <i>Modéliser et simuler le changement (stratégie de transfert des connaissances faisant partie de la catégorie ou fonction d'intervention « Modèle de rôle » selon le modèle COM-B; cf. Tableau 5).</i>
Définir la stratégie en fonction de votre milieu ou contexte de mise en œuvre		Exemple: <i>Demander à des experts domaine des soins aux personnes âgées, ainsi que des gestionnaires de soins et des collègues respectés au sein de l'hôpital, de modéliser ou de simuler la pratique idéale (c.-à-d. les trois composantes ou pratiques principales du programme MOVE énumérées ci-dessus)</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>La personne cheffe d'unité de soins (ou la personne assistante en chef) effectuera des visites une fois par semaine pendant trois semaines pour évaluer et mobiliser les patients âgés de manière à ce que les cliniciens, les bénévoles et les autres membres du personnel des unités concernées puissent voir concrètement à quoi ressemblent les pratiques idéales selon le programme MOVE, tout en prenant conscience de leur priorité pour l'organisation.</i>
Temps <i>À quelle fréquence? (p.ex., à chaque semaine, à chaque mois)</i>		Exemple: <i>Une fois par semaine à chaque semaine au mois #1, une fois par semaine pendant trois semaines consécutives au mois #2, une fois par semaine à deux reprises au cours du mois #3, etc.</i>

Dose Combien ou dans quelle mesure? (p.ex., combien de mesures allez-vous considérer dans votre évaluation de l'implantation de la stratégie)		Exemple: Indiquer les unités où la personne cheffe d'unité (ou la personne assistante en chef) aura effectué des visites de démonstration et, pour chacune de ces unités, indiquer à combien s'élève le nombre de visites et de personnes ayant observé la démonstration des pratiques idéales du programme MOVE.
Matériel, ressources et autres formes de soutien requis (p.ex., matériel éducatif, réorganisation des lieux de travail)		Exemple: 1) Infographie d'une page sur le programme MOVE à partager avec les cliniciens, les autres membres du personnel hospitalier et les bénévoles; 2) Fiches de surveillance et membres du personnel dédiés au suivi du dosage des pratiques idéales du programme MOVE (dose, fréquence).
Impacts ou retombées anticipées En mettant en œuvre cette stratégie, que souhaitez-vous atteindre et comment allez-vous mesurer l'atteinte de ces objectifs? (p.ex., qualité des soins offerts, performance des équipes soignantes, santé des patients)		Exemple: 1) Sensibiliser les cliniciens, les autres membres du personnel hospitalier et les bénévoles au programme MOVE et améliorer leurs connaissances sur les pratiques idéales qu'il promeut; 2) Améliorer le sentiment d'auto-efficacité des cliniciens, des autres membres du personnel hospitalier et des bénévoles à l'égard des pratiques idéales de mobilisation précoce des patients âgés hospitalisés; 3) Accroître l'adhésion des cliniciens, des autres membres du personnel hospitalier et des bénévoles au programme MOVE (c.-à-d. que les personnes membres du personnel devraient être en mesure d'intégrer aux soins/interventions qu'ils prodiguent quotidiennement les pratiques idéales en matière de mobilisation précoce des personnes âgées hospitalisées).

Section 4 : Développer un plan de pérennité visant à maintenir le changement des pratiques à long terme

La **pérennité** peut se définir en **cinq** composantes ou caractéristiques principales [12]:

- Après une période de temps définie;
- La pratique (ou intervention clinique ou programme en santé) fondée sur des résultats probants et/ou la (ou les) stratégie(s) de transfert des connaissances continuent d'être mis en œuvre;
- Le (ou les) changement(s) de comportement s'alignant avec la pratique fondée sur des résultats probants est(sont) maintenu(s);
- La pratique fondée sur des résultats probants et/ou la (ou les) stratégie(s) de transfert des connaissances peuvent évoluer ou s'adapter au fil du temps;
- Tout en continuant à produire des avantages ou des bénéfices pour les individus, les organisations et/ou les systèmes plus largement.

En vous appuyant sur cette définition et en réfléchissant à votre projet d'amélioration de la qualité ou votre initiative de changement des pratiques, utilisez le **Tableau 7** ci-dessous pour identifier les facteurs pouvant faciliter ou contraindre la pérennité de la pratique (ou intervention clinique ou programme en santé) fondée sur des résultats probants **et** de la (ou des) stratégie(s) de transfert des connaissances que vous souhaitez mettre en œuvre dans votre milieu ou contexte. Utilisez les exemples⁷ de la colonne de droite pour vous aider à compléter le **Tableau 7**.

Tableau 7. Outil de travail pour faire l'inventaire des facteurs pouvant faciliter ou contraindre la pérennité de votre projet d'amélioration de la qualité ou initiative de changement des pratiques.

Catégorie de facteur [13]	Facteurs facilitant	Facteurs contraignant	Exemple
Facteurs systémiques Comment l'environnement extérieur au contexte dans lequel la pratique (ou intervention clinique ou programme en santé) fondée sur des résultats probants et la (ou les) stratégie(s) de transfert des connaissances ont été mises en œuvre pourrait-il exercer une influence sur la pérennité de votre projet			<i>Facteur contraignant :</i> <i>Les décideurs ont élaboré de nouvelles politiques en matière de santé qui sont en concurrence avec le programme MOVE pour la mobilisation précoce des personnes âgées hospitalisées. Il est alors</i>

⁷ Tout comme pour les exemples utilisés au sein du **Tableau 6**, les exemples utilisés pour chacune des lignes du **Tableau 7** s'inspirent du programme de mise en œuvre et d'évaluation de la qualité « MOVE » qui vise à promouvoir la mobilisation précoce chez les personnes âgées hospitalisées (<https://www.movescanada.ca>).

ou initiative (p.ex., environnement politique, infrastructure de l'organisation, crises sanitaires)?			<i>possible que le programme MOVE ne soit plus considéré comme une priorité locale, provinciale et/ou nationale.</i>
Facteurs organisationnels Comment l'environnement propre à l'organisation ou la communauté dans laquelle la pratique (ou intervention clinique ou programme en santé) et la (ou les) stratégie(s) de transfert des connaissances ont été mises en œuvre pourrait-il exercer une influence sur la pérennité de votre projet ou initiative? <i>(p.ex., culture de résolution de problèmes, soutien de la direction)?</i>			<i>Facteur contraignant :</i> <i>Des initiatives concurrentielles d'amélioration de la qualité des soins ou d'autres projets de changement des pratiques déployés au sein de l'organisation (ou dans des milieux ou des contextes similaires) pourraient réduire l'adhésion ou l'engagement continu des personnes visés par le changement et des autres parties prenantes à l'égard programme MOVE.</i>
Facteurs individuels Comment les professionnels, les cliniciens et/ou les patients qui mettent en œuvre la pratique (ou intervention clinique ou programme en santé), les bénéficiaires de la pratique, le personnel impliqué dans la mise en œuvre de la (ou des) stratégie(s) de transfert des connaissances, ainsi que les autres parties prenantes pourraient-ils influencer la pérennité de votre projet ou initiative? <i>(p.ex., Les valeurs des personnes impliquées sont-elles en accord avec les fondements de la pratique fondée sur des résultats probants? Comment les dirigeants et les administrateurs perçoivent leur rôle dans le succès du projet ou de l'initiative?)</i>			<i>Facteur facilitant ou contraignant selon le groupe de personnes ciblé :</i> <i>Les individus ciblés par le changement des pratiques (patients, membres de la famille, gestionnaires) et les autres parties prenantes (membres du personnels faisant partie de l'administration) présentent des points de vue (ou des perspectives) différents à l'égard du programme MOVE, ce qui pourrait influencer différemment leurs niveaux d'adhésion et d'engagement.</i>
Facteurs liés à la pratique (ou intervention clinique ou programme en santé) fondée sur des résultats probants Comment les caractéristiques de la pratique (ou intervention clinique ou programme en santé)			<i>Facteur facilitant :</i> <i>Un taux de rotation élevé du personnel hospitalier offre la possibilité d'intégrer le programme MOVE dans l'organisation en le</i>

pourraient-elles influencer la pérennité de votre projet ou initiative? <i>(p.ex., facilité d'utilisation, adaptabilité au changement)</i>			normalisant au sein des tâches quotidiennes.
Facteurs liés à la (ou aux) stratégie(s) de transfert des connaissances Comment les caractéristiques de la (ou des) stratégie(s) de transfert des connaissances utilisée(s) pour favoriser le changement des pratiques pourraient-elles influencer la pérennité de votre projet ou initiative? <i>(p.ex., ressources nécessaires pour déployer la ou les stratégies, adaptabilité des stratégies au changement, efficacité des stratégies)</i>			<i>Facteur contraignant :</i> <i>En raison du taux de roulement élevé du personnel hospitalier, la stratégie de transfert des connaissances visant l'éducation (ou l'apprentissage) des membres du personnel, des cliniciens et des bénévoles à l'égard du programme MOVE nécessitera le déploiement de rencontres éducatives à plusieurs reprises et en continu pour être efficace (et la formation de plusieurs formateurs pour animer ces rencontres éducatives), ce qui engendrera davantage de coûts en ressources humaines et matérielles.</i>
Facteurs liés aux processus Comment les caractéristiques et les étapes du processus de planification et mise en œuvre initiale de la pratique (ou de l'intervention clinique ou du programme en santé) et de la(ou des) stratégie(s) de transfert des connaissances, ainsi que du processus de planification de la pérennité pourraient-elles influencer la pérennité de votre projet ou initiative? <i>(p.ex., La mise en œuvre initiale de la pratique et des stratégies de transfert des connaissances s'est-elle déroulée telle que prévu par les responsables du projet ou de l'initiative? Un plan de pérennité a-t-il été élaboré? Qui est responsable du suivi de ce plan? Des utilisateurs des connaissances avec une diversité de caractéristiques et de points de vue ont-ils été impliqués dans la planification de la pérennité?)</i>			<i>Facteur facilitant :</i> <i>Un groupe de travail sur la planification de la pérennité du programme MOVE, composé de personnel qualifié au sein de l'organisation, de chercheurs et d'experts, ainsi que de divers groupes d'utilisateurs des connaissances (patients, membres de la famille, cliniciens, gestionnaires) a été mis en place, afin d'élaborer un plan détaillé qui pourra être suivi et révisé en continu.</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. Morris, Z. S., Wooding, S. et Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: Understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(12), 510-520. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110180>
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). A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implementation Science*, 12(77), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0605-9>
4. Cane, J., O'Connor, D. et Michie, S. (2012). Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation Science*, 7(31), 1-17. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-37>
5. Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. et Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(50), 1-15. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
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. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>
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. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
9. McDonagh, L. K., Saunders, J. M., Cassell, J., Curtis, T., Bastaki, H., Hartney, T. et Rait, G. (2018). Application of the COM-B model to barriers and facilitators to chlamydia testing in general practice for young people and primary care practitioners: A systematic review. *Implementation Science*, 13(130), 1-19. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0821-y>
10. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). (2015). *EPOC Taxonomy*. epoc.cochrane.org/epoc-taxonomy
11. 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. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1>

12. Moore, J. E., Mascarenhas, A., Bain, J. et Straus, S. E. (2017). Developing a comprehensive definition of sustainability. *Implementation Science*, 12(110), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0637-1>
13. Shelton, R. C., Cooper, B. R. et Stirman, S. W. (2018). The Sustainability of Evidence-Based Interventions and Practices in Public Health and Health Care. *Annual Review of Public Health*, 39(1), 55-76. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-014731>