



**ÉVALUATION GÉNÉRALE DU PLAN D'ACTION EN  
TRANSFERT DES CONNAISSANCES DU COMITÉ DIRECTEUR  
DE LA RECHERCHE EN TRAUMATOLOGIE AERDPQ-AQESSS :**

**RAPPORT SUR LES DONNÉES DU QUESTIONNAIRE TEMPS 1**

AVRIL 2014



## **Rédaction**

Anabèle Brière, pht, Ph.D, chargée de projet en transfert des connaissances  
AERDPQ-AQESSS

## **Collaborateurs**

Gevorg Chilingaryan, DMD, MPH, Associé de recherche, Biostatisticien,  
Centre de recherche Feil & Oberfeld de l'Hôpital Juif de Réadaptation, site du  
Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal  
métropolitain (CRIR)

Diana Zidarov, pht, Ph.D (c), Candidate au doctorat en santé publique,  
Université de Montréal

## **Révision et mise en page**

Périg Bouju, agent administratif, AERDPQ

## **Distribution**

Association des établissements de réadaptation en déficience physique du  
Québec (AERDPQ)

1001, boulevard de Maisonneuve Ouest, bureau 430

Montréal (Québec) H3A 3C8

Téléphone : (514) 282-4205

Télécopieur : (514) 847-9473

Site Web : <http://www.aerdpq.org>

Dépôt légal – Octobre 2014

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 978-2-921625-91-3

©Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, 2014

©Association québécoise d'établissements de santé et services sociaux, 2014

## **À propos du comité directeur de la recherche en traumatologie AERDPQ-AQESSS**

Le Comité directeur de la recherche en traumatologie, composé de représentants de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) et de l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ), représente l'alliance formée entre les 27 établissements signataires de l'entente avec la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) pour offrir des services de réadaptation aux personnes ayant subi un traumatisme crânien, une blessure médullaire ou une blessure orthopédique grave. L'objectif principal de cette alliance étant le développement de la recherche au Québec spécifique à ces clientèles. Afin de favoriser une utilisation optimale des résultats des recherches financées, une résolution, soit le projet d'élaborer un plan d'action en transfert des connaissances, a été adoptée en juin 2010 par ces 27 établissements. Les orientations finales de ce plan ont été approuvées à l'unanimité en mai 2013.

### **Membres du comité directeur :**

Jean-Philippe Cotton AERDPQ  
Louise Lavergne AERDPQ  
Anne Lauzon AERDPQ  
Anabèle Brière AERDPQ et AQESSS  
Isabelle Gagnon AQESSS  
Marie St-Amour AQESSS  
Nancy Tzé AQESSS  
Sylvie Valade AERDPQ  
Gérard-D. Boulanger AERDPQ  
Sylvain Roussy AERDPQ

## Table des matières

SOMMAIRE .....	1
INTRODUCTION.....	5
1. MÉTHODOLOGIE.....	6
1.1 Participants .....	6
1.2 Variables mesurées et outils de mesure utilisés.....	6
1.3 Analyses statistiques .....	9
2. RÉSULTATS.....	10
2.1 Résultats des analyses descriptives .....	10
2.1.1 Taux de réponse .....	10
2.1.2 Caractéristiques des établissements d'où provenaient les participants.....	10
2.1.3 Caractéristiques des participants.....	10
2.1.4 Fréquence d'utilisation des différentes sources d'information, principales bases de données consultées et fréquence des collaborations avec des chercheurs .....	11
2.1.5 Les barrières à l'utilisation de la recherche .....	12
2.1.6 La disposition organisationnelle par rapport au changement de pratiques.....	13
2.1.7 Le niveau d'auto-efficacité personnelle (self-efficacy) perçue par rapport à sa capacité d'utiliser des stratégies de transfert de connaissances pour favoriser l'adoption des pratiques basées sur des données probantes.....	13
2.1.8 La fréquence des différents types d'utilisation des connaissances .....	14
2.1.9 Les attitudes face à la pratique basée sur les données probantes .....	14
2.2 Résultats des analyses de consistance interne .....	14

2.3 Résultats des analyses de régression .....	16
2.3.1 Les attitudes face à la pratique basée sur les données probantes .....	16
2.3.2 La fréquence des différents types d'utilisation de la connaissance.....	18
3. DISCUSSION.....	24
4. LIMITES .....	32
CONCLUSION .....	33
Annexe A. Échelle de mesure de l'attitude face à la pratique fondée sur les données probantes (EBPAS) <sup>1</sup> (Aarons, 2004).....	35
Annexe B. Questionnaire sur les barrières à l'utilisation de la recherche, adapté du questionnaire BARRIERS (Funk et coll., 1991) .....	37
Annexe C. Questionnaire adapté du <i>Organizational Readiness to Change Assessment</i> (ORCA) (Helfrich et coll., 2009) .....	39
Annexe D. Tableaux et figures.....	42
Annexe E. Recommandations du Rapport du Groupe de travail sur le transfert de connaissances en traumatologie (Noreau et coll., 2010) en lien avec celles émises suite aux résultats du questionnaire Temps 1 administré dans le cadre du plan d'action en transfert des connaissances du comité directeur de la recherche en traumatologie (AERDPQ-AQESSS) .....	57
RÉFÉRENCES.....	60



## SOMMAIRE

Dans le cadre du plan d'action en transfert des connaissances du comité directeur de la recherche en traumatologie AERDPQ-AQESSS, un questionnaire a été envoyé en mai 2013 à un échantillon d'intervenants dans chacun des 27 établissements concernés. 331 personnes ont reçu le lien électronique et 245 d'entre elles ont rempli le questionnaire en entier ce qui représente un taux de réponse correspondant à 74 %. Le but de cette première partie (Temps 1) du processus d'évaluation générale du plan d'action était d'établir l'état de situation pour ces établissements sur un ensemble de construits liés à l'utilisation des données probantes en traumatologie. De manière plus spécifique, cette évaluation visait à décrire le type d'utilisation des données probantes et les attitudes des participants sondés face à l'utilisation des pratiques basées sur les preuves ainsi qu'à identifier certains facteurs organisationnels et individuels pouvant influencer ces deux variables.

Les données descriptives recueillies ont permis de constater que les participants utilisent rarement les connaissances provenant d'articles scientifiques, du Web, de politiques ou procédures dans leur pratique, mais se servent plutôt de leur expérience et de leurs connaissances acquises durant leur formation. De plus, une proportion considérable des participants sondés n'utilisent pas les bases de données principalement par manque de temps ou de connaissance des bases de données existantes. Enfin, bien qu'en général les participants perçoivent que leur organisation offre un contexte plutôt favorable par rapport au changement de pratiques, plusieurs trouvent les ressources insuffisantes pour réaliser ces changements.

En ce qui a trait aux deux variables dépendantes étudiées dans le cadre de la présente consultation soit, l'utilisation des données probantes et les attitudes des acteurs par rapport à la pratique basée sur les preuves, force est de constater qu'un modèle d'analyse multifactoriel s'avère nécessaire pour expliquer l'ensemble des facteurs qui influencent ces deux variables. Dans le cadre de cette démarche, certains d'entre eux ont été

explorés et ont permis de démontrer que les différents types d'utilisation des connaissances (globale, conceptuelle, instrumentale et symbolique) sont influencés favorablement, de manière spécifique ou dans leur ensemble, par : une collaboration fréquente avec des chercheurs, une perception élevée de son niveau d'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*) à utiliser des stratégies de transfert de connaissances pour favoriser l'adoption des pratiques basées sur les preuves, par le fait de croire en l'importance de la recherche, d'en valoriser les résultats et d'avoir les capacités pour les utiliser ainsi que par le fait d'avoir complété des études supérieures et d'œuvrer dans un établissement hospitalier. En ce qui a trait aux attitudes, les résultats de la consultation ont permis de démontrer, qu'en général, les participants sondés présentaient une attitude favorable par rapport à la pratique basée sur les données probantes. Les résultats ont également révélé que le fait de percevoir son contexte organisationnel comme étant propice au changement de pratiques, de valoriser la recherche et ses résultats et de croire en ses capacités de les utiliser, d'être âgé entre 22 et 39 ans, de percevoir son niveau d'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*) comme étant élevé et d'œuvrer dans un établissement hospitalier favorisent l'adoption d'une attitude positive par rapport à la pratique basée sur les preuves. En somme, l'ensemble de ces résultats rejoignent ceux rapportés dans les études liées au domaine du transfert des connaissances et menées auprès de diverses populations.

Ces constats permettent d'avancer dès maintenant certaines suggestions de stratégies pour favoriser l'utilisation des connaissances issues de la recherche chez les organisations participantes. Il est important de préciser que celles-ci devraient cibler à la fois le contexte organisationnel et les individus :

- allouer davantage de temps pour consulter les bases de données et participer à des activités de changement de pratiques;



- promouvoir l'existence des veilles informationnelles auprès des intervenants, car elles regroupent les nouvelles publications en un seul endroit et souvent déjà classées par thème;
- favoriser l'utilisation des résultats de la recherche par la tenue de formations appliquées aux besoins et aux contextes cliniques sur l'appréciation de la littérature scientifique et la recherche d'informations;
- encourager la consultation par les professionnels des bibliothécaires dans les établissements où il y a un centre de documentation;
- considérer accroître les ressources pour les activités de changement de pratiques notamment par l'embauche de personnes compétentes dans le domaine du transfert de connaissances;
- favoriser les occasions de collaborations entre intervenants et chercheurs, car les analyses de données ont révélé qu'une collaboration fréquente avec des chercheurs favorise l'utilisation des données probantes;
- promouvoir une culture favorable au changement dans son organisation en soutenant les idées de changement de pratiques provenant des cliniciens (*bottom-up*) et en développant une culture de la mesure et d'amélioration continue basée sur l'utilisation des données probantes dans la pratique (*top-down*).

Il est à noter que plusieurs de ces stratégies rejoignent le contenu des recommandations émises, suite à une large consultation, par le Groupe de travail sur le transfert de connaissances en traumatologie (Noreau et coll., 2010).

Le questionnaire Temps 2 sera envoyé aux mêmes participants au début du mois de septembre 2014. Ce deuxième questionnaire permettra d'évaluer si les diverses activités/formations sur le transfert de connaissances réalisées dans le cadre du plan d'action ont eu un impact sur les variables étudiées au Temps 1, principalement sur l'utilisation des données probantes et les attitudes des participants par rapport à la pratique

basée sur les preuves. Ce questionnaire comprendra essentiellement les mêmes questions qu'au Temps 1 auxquelles s'ajouteront des questions qui permettront de recueillir des données sur le niveau d'exposition des participants aux activités et formations.



## INTRODUCTION

Dans le cadre du plan d'action en transfert des connaissances du comité directeur de la recherche en traumatologie AERDPQ-AQESSS, un questionnaire a été envoyé en mai 2013 à un échantillon d'intervenants dans chacun des 27 établissements concernés. Le but de cette première partie du processus d'évaluation générale du plan d'action était d'établir l'état de situation pour ces établissements sur un ensemble de construits liés à l'utilisation des données probantes en traumatologie afin de pouvoir répondre aux objectifs suivants :

- Décrire l'utilisation des données probantes ainsi que certains facteurs organisationnels et individuels pouvant expliquer cette utilisation;
- Décrire les attitudes des divers acteurs face à l'utilisation des pratiques basées sur des données probantes ainsi que certains facteurs organisationnels et individuels pouvant expliquer celles-ci.

## 1. MÉTHODOLOGIE

### 1.1 Participants

Des professionnels de la santé et de la réadaptation, médecins, gestionnaires et directeurs œuvrant en traumatologie dans 10 centres hospitaliers (CH) et 17 centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) de la province de Québec ont été sollicités dans chacun des établissements par le biais de leur répondant attribué au plan d'action. L'échantillon de participants ciblé par le répondant devait être composé d'une personne/discipline en poste actuellement dans le secteur de la traumatologie en plus d'inclure un décideur spécifiquement au niveau des soins infirmiers, un gestionnaire ou cadre intermédiaire et un directeur dont les fonctions impliquent un volet qualité/meilleures pratiques. De plus, les personnes ayant été identifiées comme étant susceptibles de mener des projets de transfert de connaissances en traumatologie (exemples : courtier, SAGE, APPR, etc.) et identifiées comme telles par le répondant de chaque établissement ont également été recrutées. Les participants ont été invités à répondre à un ensemble de questions via un questionnaire envoyé électroniquement en mai 2013.

### 1.2 Variables mesurées et outils de mesure utilisés

Une revue de la littérature dans le domaine du transfert des connaissances a été utilisée pour élaborer les questions sur la fréquence des différents types d'utilisation des connaissances, les sources d'information utilisées, le niveau de collaboration avec des chercheurs ainsi que le niveau d'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*) perçue par les participants par rapport à leur capacité d'utiliser des stratégies de transfert de connaissances pour favoriser l'adoption des pratiques basées sur des données probantes. Des outils ou portions d'outils ont été utilisés dans leur forme intégrale ou adaptée pour évaluer les variables suivantes : l'attitude des participants face à la pratique basée sur les données probantes, les barrières individuelles et



organisationnelles perçues par les participants par rapport à l'utilisation des données probantes et la disposition organisationnelle par rapport au changement de pratiques. Enfin, des questions ont également été élaborées pour documenter certaines caractéristiques démographiques des participants (ex. âge, sexe), des caractéristiques de leur pratique (ex. discipline, années d'expérience, niveau de formation, etc.) ainsi que de leur établissement de pratique (ex. établissement hospitalier ou établissement de réadaptation, etc.). Il est à noter que ce questionnaire a été révisé par trois experts en transfert de connaissances.

Le tableau suivant présente les variables dépendantes et indépendantes retenues pour les analyses accompagnées des moyens ou outils respectifs utilisés pour les mesurer :

Variables	Outils de mesure
<b>Variables dépendantes</b>	
Fréquence des types d'utilisation des connaissances	Questions inspirées du <i>Research Utilization Survey</i> (Estabrooks et coll., 2004) : échelle de Likert
Attitudes des divers acteurs face à l'utilisation des pratiques basées sur des données probantes	Score moyen total à l'Échelle de mesure de l'attitude face à la pratique fondée sur les données probantes ( <i>Evidence-Based Practice Attitude Scale</i> (EBPAS), Aarons, 2004) <sup>1</sup>
<b>Variables indépendantes</b>	
Niveau de collaboration avec des chercheurs	Échelle de Likert
Barrières à l'utilisation des données probantes	Adaptation du questionnaire « <i>The BARRIERS to research utilization scale</i> » (Funk et coll., 1991) <sup>2</sup> : Scores moyens aux facteurs 1 (utilisateur), 2 (organisation) et 4 (communication des résultats de la recherche)
Disposition organisationnelle par rapport au changement	Adaptation du questionnaire « <i>Organizational readiness to change assessment (ORCA)</i> » (Helfrich et coll., 2009) <sup>3</sup> : score moyen total à l'échelle du Contexte seulement

Niveau d'auto-efficacité personnelle ( <i>self-efficacy</i> ) perçue par les participants par rapport à leur capacité d'utiliser des stratégies de transfert de connaissances pour adopter des pratiques basées sur des données probantes	Questions basées sur la littérature (Bandura, 1977; Salbach et coll., 2011) : score moyen total de 4 items <sup>4</sup>
Type de lieu de travail du participant	Choix de réponse dichotomique : établissement hospitalier/CSSS versus établissement de réadaptation
Centre de recherche et affiliation universitaire	Choix de réponse dichotomique : Absence de centre de recherche et d'affiliation universitaire versus présence d'un centre de recherche et/ou d'une affiliation
Présence d'une personne dans le lieu de travail dont les fonctions sont principalement la gestion, la diffusion et/ou l'implantation des connaissances	Choix de réponse dichotomique : oui ou non
Niveau d'expérience des participants	Choix de réponse par catégorie : 0-10 ans 11 à 20 ans 21 ans et +
Niveau de formation des participants	Choix de réponse par catégorie : DEC (technique) Baccalauréat Études supérieures
Âge des participants	Choix de réponse par catégorie : 22 à 39 ans 40 à 48 ans 49 ans et +
Type de poste des participants	Choix de réponse par catégorie : Permanent Temporaire Main d'œuvre indépendante

<sup>1</sup> **Annexe A**

<sup>2</sup> **Annexe B**

<sup>3</sup> **Annexe C**

<sup>4</sup> Score élaboré à partir de la littérature pour mesurer l'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*) (**Tableau 8**).



### 1.3 Analyses statistiques

Des analyses descriptives ont été réalisées sur l'ensemble des variables recueillies au questionnaire Temps 1. La consistance interne a également été vérifiée pour chacune des versions adaptées des questionnaires EBPAS, BARRIERS et ORCA ainsi que pour la mesure de l'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*) élaborée à partir de quatre items. Deux types d'analyses de régression ont été réalisés. Premièrement, une régression linéaire a été effectuée afin d'identifier les facteurs expliquant de manière significative l'attitude globale des participants par rapport à l'adoption de pratiques basées sur des données probantes (variable dépendante). Deuxièmement, quatre régressions logistiques ont été effectuées pour expliquer la probabilité de présenter une fréquence correspondante à jamais/rarement pour chacun des différents types d'utilisation de la connaissance (variables dépendantes). Ces régressions ont toutes été exécutées en incluant l'ensemble des variables indépendantes mentionnées précédemment dans les modèles (**Tableau p. 7 et 8**).

## 2. RÉSULTATS

### 2.1 Résultats des analyses descriptives

#### 2.1.1 Taux de réponse

Les données en lien avec le taux de réponse des participants au questionnaire Temps 1 sont présentées dans le **Tableau 1 (Annexe D)**. En somme, 331 personnes ont reçu le lien électronique pour répondre au questionnaire et 245 d'entre elles l'ont rempli au complet ce qui représente un taux de réponse correspondant à 74 %.

#### 2.1.2 Caractéristiques des établissements d'où provenaient les participants

Les données en lien avec les caractéristiques des établissements d'où provenaient les participants ayant répondu au questionnaire Temps 1 sont présentées dans le **Tableau 2 (Annexe D)**. Les participants provenaient de 26 établissements différents; l'un des 27 établissements ciblés n'a pu participer à la démarche d'évaluation. Parmi ces 26 établissements, 18 présentent une affiliation universitaire et/ou un centre de recherche, 16 sont des établissements de réadaptation (CRDP) et 10, des établissements hospitaliers/CSSS (CH). Dans 13 des 26 établissements œuvre au moins une personne dont les fonctions principales sont la gestion, la diffusion et/ou l'implantation des connaissances.

#### 2.1.3 Caractéristiques des participants

Les principales caractéristiques sociodémographiques des 245 participants au questionnaire Temps 1 sont présentées dans le **Tableau 3 (Annexe D)**. La majorité des participants (43,7 %) était âgée entre 22 et 39 ans et 84,9 % étaient des femmes. 48,2 % d'entre eux ont complété des études supérieures et la majorité (53,1 %) comptait entre 0 et 10 ans d'expérience. La plupart des participants provenaient des CRDP (70,2 %) et

occupent un poste permanent (89,4 %). La **Figure 1 (Annexe D)** présente la répartition des participants au questionnaire Temps 1 selon leur fonction principale occupée. Les 5 fonctions les plus représentées parmi les 245 participants sont les suivantes : gestionnaire ou cadre intermédiaire (34), coordonnateur(trice) clinique (24), physiothérapeute (20), ergothérapeute (18) et travailleur social (18).

#### *2.1.4 Fréquence d'utilisation des différentes sources d'information, principales bases de données consultées et fréquence des collaborations avec des chercheurs*

La fréquence d'utilisation des principales sources d'information par les participants au questionnaire Temps 1 est présentée dans la **Figure 2 (Annexe D)**. Les principales sources d'information les plus fréquemment utilisées sont les suivantes : l'expérience acquise au fil du temps (94,7 %), les connaissances acquises durant la formation (84,4 %), le partage de connaissances entre collègues de la même discipline (75,9 %), le partage de connaissances lors de discussion avec des professionnels d'autres disciplines (75,1 %) et les façons de faire habituelles (74,7 %). Les sources d'information les plus rarement utilisées sont les suivantes : les connaissances tirées du Web (24,1 %), les connaissances provenant de politiques et/ou procédures (23,2 %), les articles publiés dans les revues scientifiques (21,2 %) et les connaissances provenant de livres (17,5 %).

Les principales bases de données consultées par les participants au questionnaire Temps 1 sont répertoriées dans le **Tableau 4 (Annexe D)**. 62,4 % des participants disent consulter des bases de données et celle la plus populaire est Pubmed/Medline (78,4 %) suivi des veilles informationnelles (49,7 %) et de Cochrane (30,1 %). 37,6 % des participants ne consultent pas les bases de données et les principales raisons de cette absence de consultation sont : le manque de temps (42,4 %), l'ignorance des bases de données (41,3 %) et le manque de connaissances pour chercher efficacement (32,6 %).

La fréquence des collaborations des participants au questionnaire Temps 1 avec des chercheurs au cours de la dernière année est détaillée dans le **Tableau 5 (Annexe D)**. La majorité des participants (57,6 %) a rapporté ne jamais ou rarement avoir collaboré avec des chercheurs durant la dernière année.

### *2.1.5 Les barrières à l'utilisation de la recherche*

Les principales barrières à l'utilisation de la recherche, mesurées à l'aide des énoncés correspondants aux facteurs 1, 2 et 4 de l'outil BARRIERS (Funk et coll., 1991; **Annexe B**), sont présentées dans le **Tableau 6 (Annexe D)**. Le facteur présentant le score moyen le plus élevé (échelle de Likert de 1 à 4, 4 indiquant que les barrières énoncées correspondent tout à fait à ce que l'utilisateur perçoit) est celui évaluant les barrières liées aux caractéristiques de l'organisation ( $1,98 \pm 0,49$ ). Parmi ces barrières, les deux perçues comme étant les plus importantes concernent le manque de temps au travail pour implanter de nouvelles idées ou pratiques ( $2,72 \pm 0,90$ ) et le manque de temps pour lire des articles scientifiques ( $2,44 \pm 0,93$ ). Le facteur évaluant les barrières liées à la communication des résultats de la recherche arrive deuxième avec un score moyen de  $1,97 \pm 0,61$ . Parmi les énoncés composant ce facteur, les deux barrières perçues comme étant les plus importantes concernent le fait que la littérature pertinente n'est pas regroupée en un seul endroit ( $2,22 \pm 0,93$ ) ainsi que le fait que les analyses statistiques ne sont pas compréhensibles ( $2,09 \pm 0,82$ ). Enfin, le facteur présentant le score moyen le plus faible est celui évaluant les barrières en lien avec les caractéristiques de l'utilisateur potentiel de la recherche ( $1,43 \pm 0,39$ ). Parmi ces barrières, les deux perçues comme étant les plus importantes sont liées au fait de ne pas être au courant des résultats de recherche ( $1,98 \pm 0,83$ ) et de ne pas se sentir capable d'évaluer la qualité d'une recherche scientifique ( $1,79 \pm 0,84$ ).

### *2.1.6 La disposition organisationnelle par rapport au changement de pratiques*

Les résultats du niveau de disposition organisationnelle par rapport au changement de pratiques perçu par les participants et mesuré à l'aide de l'échelle du Contexte de l'outil ORCA (Helfrich et coll., 2009) (**Annexe C**) sont présentés dans le **Tableau 7 (Annexe D)**. En général, les participants perçoivent que l'organisation dans laquelle ils travaillent présente un contexte plutôt favorable au changement de pratiques ( $3,65 \pm 0,51$ ) (échelle de Likert de 1 à 5; 5 indiquant que le participant perçoit que l'organisation dans laquelle il travaille présente un contexte très favorable au changement de pratiques en général). Plus particulièrement, les participants ont une perception élevée des attitudes par rapport au changement de pratique des membres du personnel dans leur organisation ( $4,08 \pm 0,65$ ), mais perçoivent des limites quant au niveau des ressources supplémentaires mises en place pour soutenir les changements de pratiques ( $3,05 \pm 0,79$ ).

### *2.1.7 Le niveau d'auto-efficacité personnelle (self-efficacy) perçue par rapport à sa capacité d'utiliser des stratégies de transfert de connaissances pour favoriser l'adoption des pratiques basées sur des données probantes*

Les scores moyens total et pour chacun des items de la mesure élaborée pour évaluer le niveau d'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*) sont présentés dans le **Tableau 8 (Annexe D)**. En général, les participants perçoivent qu'ils ont un niveau d'auto-efficacité (*self-efficacy*) assez élevé par rapport à leur capacité d'utiliser les stratégies de transfert de connaissances pour favoriser l'adoption des pratiques basées sur des données probantes ( $3,60 \pm 0,85$ ) (échelle de Likert de 1 à 5; 5 indiquant un degré élevé d'auto-efficacité perçue par rapport à sa capacité d'utiliser des stratégies de transfert de connaissances pour favoriser l'adoption des pratiques basées sur des données probantes). Ils sont particulièrement confiants d'être en mesure d'utiliser ces stratégies ( $3,80 \pm 0,75$ ), mais ils

doutent davantage du fait d'avoir les connaissances ( $3,37 \pm 0,89$ ) et les compétences nécessaires ( $3,50 \pm 0,86$ ) pour les utiliser.

### *2.1.8 La fréquence des différents types d'utilisation des connaissances*

Selon les résultats présentés au **Tableau 9 (Annexe D)**, parmi les 3 catégories de fréquence d'utilisation (jamais/rarement versus parfois versus souvent/très fréquemment), une plus grande proportion des participants utilisent parfois les connaissances de façon globale (39,2 %) (consultation d'articles scientifiques, bases de données, etc.), conceptuelle (42,4 %) (remises en question, changements de façon de penser, etc.) et instrumentale (40,4 %) (pour changer au moins une pratique). En ce qui concerne l'utilisation des connaissances de manière symbolique, c'est-à-dire pour influencer les pratiques de leurs pairs, une plus grande proportion ne le fait jamais ou rarement (41,6 %).

### *2.1.9 Les attitudes face à la pratique basée sur les données probantes*

Les scores moyens total et par sous-échelles de l'Échelle de mesure de l'attitude face à la pratique basée sur les données probantes (EBPAS) (**Annexe A**) sont présentés au **Tableau 10 (Annexe D)**. En général, le score moyen total ( $2,77 \pm 0,51$ ) (échelle de Likert de 0 à 4; 4 indiquant une attitude globale très positive envers la pratique basée sur les données probantes), révèle que globalement les participants présentent une attitude plutôt positive envers la pratique basée sur les données probantes.

## 2.2 Résultats des analyses de consistance interne

Le **Tableau 11 (Annexe D)** présente les alpha de Cronbach de référence de l'échelle EBPAS, des facteurs 1, 2 et 4 du questionnaire BARRIERS et de l'échelle du Contexte du ORCA accompagnés de ceux obtenus dans le cadre du questionnaire Temps 1 avec des versions adaptées



de ces outils et auprès d'une population différente de celles de référence. L'alpha de Cronbach permet de vérifier si chacun des énoncés d'une même échelle ou sous-échelle présentent une cohérence avec l'ensemble des autres énoncés et mesurent ainsi un construit commun (Nunnally, 1978). L'alpha de Cronbach varie entre 0 et 1 et plus il se rapproche de 1, plus les énoncés sont corrélés entre eux et donc, meilleure est la consistance interne. La majorité des coefficients alpha dépassent 0,7 alors, selon Nunnally (1978), la consistance interne est considérée comme satisfaisante pour chacune des échelles et sous-échelles.

L'évaluation de la consistance interne de la mesure de l'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*) élaborée à partir de 4 items a révélé un alpha de Cronbach de 0,82. De plus, chacun des items présente une corrélation de modérée à élevée avec le score total; les items b et c présentant une association plus élevée avec le score total du construit de l'auto-efficacité (**Tableau 12; Annexe D**).

## 2.3 Résultats des analyses de régression

### 2.3.1 Les attitudes face à la pratique basée sur les données probantes

Les résultats de l'analyse de régression linéaire multiple par rapport au score moyen total des participants obtenu à l'Échelle de mesure de l'attitude face à la pratique fondée sur les données probantes (EBPAS) révèlent que, parmi les variables indépendantes considérées a priori (**Tableau p. 7 et 8**), les variables suivantes ont été retenues dans le modèle final : le score moyen total de l'échelle du Contexte du ORCA, le facteur 1 du BARRIERS (caractéristiques de l'utilisateur potentiel), le score moyen total du niveau d'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*), le type de lieu de travail (CH versus CRDP) et l'âge. Voici les directions spécifiques pour chacune des variables significatives telles que présentées dans le **tableau 13 (Annexe D)** :

**En contrôlant pour l'ensemble des variables présentent dans le modèle :**

- Pour chaque augmentation du score moyen total sur l'échelle du Contexte de l'outil ORCA, le score moyen total à l'Échelle de mesure de l'attitude face à la pratique fondée sur les données probantes (EBPAS) augmente de 0,21. Donc, les participants qui perçoivent leur contexte organisationnel comme étant propice au changement de pratiques en général présentent une meilleure attitude par rapport à la pratique basée sur les données probantes.
- Pour chaque augmentation du score moyen du facteur de l'outil BARRIERS évaluant les barrières possibles en lien avec les caractéristiques de l'utilisateur potentiel de la recherche, le score moyen total à l'Échelle de mesure de l'attitude face à la pratique fondée sur les données probantes (EBPAS) diminue de 0,28. Donc, les participants qui présentent un niveau de barrières individuelles élevées

(ne valorisent pas la recherche, ne sont pas enclins au changement et ne sentent pas le besoin de changer leurs pratiques, ne sont pas conscientisés par rapport à l'importance d'utiliser les résultats de la recherche, se sentent isolés de leurs collègues et se perçoivent comme étant incapables d'apprécier les résultats des études) arborent une attitude plus négative par rapport à la pratique basée sur les données probantes.

- Pour chaque augmentation du score moyen total de l'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*), le score moyen total à l'Échelle de mesure de l'attitude face à la pratique fondée sur les données probantes (EBPAS) augmente de 0,12. Donc, les participants percevant comme étant très élevé leur niveau d'auto-efficacité (*self-efficacy*) personnelle par rapport à leur capacité d'utiliser des stratégies de transfert de connaissances pour favoriser l'adoption des pratiques basées sur des données probantes présentent une meilleure attitude par rapport à la pratique fondée sur les preuves.
- En moyenne, le score moyen total à l'Échelle de mesure de l'attitude face à la pratique fondée sur les données probantes (EBPAS) des participants provenant des établissements de réadaptation (CRDP) est plus faible que celui des participants provenant des établissements hospitaliers/CSSS (CH) (pente( $\beta$ )=-0,17). Donc, les participants qui proviennent des CRDP, en comparaison avec ceux provenant des CH, présentent une attitude plus négative par rapport à la pratique fondée sur des preuves.
- En moyenne, le score moyen total à l'Échelle de mesure de l'attitude face à la pratique fondée sur les données probantes (EBPAS) des participants âgés de 49 ans et plus est plus faible que celui des participants âgés de 22 à 39 ans (pente( $\beta$ )=-0,29). Donc, les participants âgés de 49 ans et plus présentent une attitude plus négative par rapport à la pratique fondée sur des preuves.

En somme, l'ensemble de ces variables réussissent à expliquer 21,5 % ( $R^2=0,215$ ) de la variance du score moyen total des participants obtenu à

l'Échelle de mesure de l'attitude face à la pratique fondée sur les données probantes (EBPAS). Par conséquent, il existe d'autres facteurs à identifier afin d'être en mesure d'expliquer, en totalité, la variance de ce score.

### 2.3.2 La fréquence des différents types d'utilisation de la connaissance

#### **Utilisation globale de la connaissance**

Les résultats de l'analyse de régression logistique ordinaire multiple réalisée dans le but d'identifier les facteurs associés à la probabilité de présenter une fréquence d'utilisation globale correspondante à jamais/rarement versus parfois ou souvent/très fréquemment révèlent que, parmi les variables indépendantes considérées a priori (**Tableau p. 7 et 8**), les variables suivantes ont été retenues dans le modèle final : le niveau de collaboration avec des chercheurs, le facteur 1 du BARRIERS (caractéristiques de l'utilisateur potentiel), le score moyen total du niveau d'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*), le type de lieu de travail (CH versus CRDP) et le niveau de formation. Voici les directions spécifiques pour chacune des variables significatives telles que présentées dans le **tableau 14 (Annexe D) :**

**En contrôlant pour l'ensemble des variables présentent dans le modèle :**

- Les participants qui collaborent souvent ou très fréquemment avec des chercheurs ont 0,31 fois moins de risque (*odds*) de ne jamais ou rarement faire une utilisation globale des connaissances par rapport aux participants collaborant rarement ou jamais avec des chercheurs. Donc, les collaborations fréquentes avec des chercheurs favorisent une utilisation globale des connaissances plus fréquente.
- Les participants provenant des établissements de réadaptation (CRDP) ont 2,07 fois plus de risque (*odds*) de ne jamais ou rarement faire une utilisation globale des connaissances par rapport aux participants



provenant des établissements hospitaliers/CSSS (CH). Donc, le fait d'œuvrer dans un établissement hospitalier favorise une utilisation globale des connaissances plus fréquente.

- Les participants ayant complété des études supérieures ont 0,29 fois moins de risque (*odds*) de ne jamais ou rarement faire une utilisation globale des connaissances par rapport aux participants dont leur dernier niveau de formation complété est le diplôme d'études collégiales (DEC). Donc, le fait d'avoir complété des études supérieures favorise une utilisation globale des connaissances plus fréquente.
- Pour chaque augmentation du score moyen du facteur de l'outil BARRIERS évaluant les barrières possibles en lien avec les caractéristiques de l'utilisateur potentiel de la recherche, le risque (*odds*) de ne jamais ou rarement faire une utilisation globale des connaissances augmente de 3,82. Donc, le fait de présenter un niveau de barrières individuelles élevé (ne pas valoriser la recherche, ne pas être enclin au changement et ne pas ressentir le besoin de changer ses pratiques, ne pas être conscientisé par rapport à l'importance d'utiliser les résultats de la recherche, se sentir isolé de ses collègues et se percevoir comme étant incapable d'apprécier les résultats des études) dissuade l'utilisation globale fréquente des connaissances.
- Pour chaque augmentation du score moyen total de l'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*), le risque (*odds*) de ne jamais ou rarement faire une utilisation globale des connaissances diminue de 0,47. Donc, le fait de percevoir comme étant élevé son niveau d'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*) par rapport à sa capacité d'utiliser des stratégies de transfert de connaissances pour favoriser l'adoption des pratiques basées sur des données probantes favorise une utilisation globale des connaissances plus fréquente.

### **Utilisation conceptuelle de la connaissance**

Les résultats de l'analyse de régression logistique ordinaire multiple réalisée dans le but d'identifier les facteurs associés à la probabilité de

présenter une fréquence d'utilisation conceptuelle de catégorie jamais/rarement versus parfois et souvent/très fréquemment révèlent que, parmi les variables indépendantes considérées a priori (**Tableau p. 7 et 8**), les variables suivantes ont été retenues dans le modèle final : le niveau de collaboration avec des chercheurs, le facteur 1 du BARRIERS (caractéristiques de l'utilisateur potentiel) et le score moyen total du niveau d'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*). Voici les directions spécifiques pour chacune des variables significatives telles que présentées dans le **tableau 15 (Annexe D)** :

**En contrôlant pour l'ensemble des variables présentent dans le modèle :**

- Les participants qui collaborent souvent ou très fréquemment avec des chercheurs ont 0,37 fois moins de risque (*odds*) de ne jamais ou rarement faire une utilisation conceptuelle des connaissances par rapport aux participants collaborant rarement ou jamais avec des chercheurs. Donc, les collaborations fréquentes avec des chercheurs favorisent une utilisation conceptuelle des connaissances plus fréquente.
- Pour chaque augmentation du score moyen du facteur de l'outil BARRIERS évaluant les barrières possibles en lien avec les caractéristiques de l'utilisateur potentiel de la recherche, le risque (*odds*) de ne jamais ou rarement faire une utilisation conceptuelle des connaissances augmente de 4,01. Donc, le fait de présenter un niveau de barrières individuelles élevé (ne pas valoriser la recherche, ne pas être enclin au changement et ne pas ressentir le besoin de changer ses pratiques, ne pas être conscientisé par rapport à l'importance d'utiliser les résultats de la recherche, se sentir isolé de ses collègues et se percevoir comme étant incapable d'apprécier les résultats des études) dissuade l'utilisation conceptuelle fréquente des connaissances.
- Pour chaque augmentation du score moyen total de l'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*), le risque (*odds*) de ne jamais ou rarement

faire une utilisation conceptuelle des connaissances diminue de 0,50. Donc, le fait de percevoir comme étant élevé son niveau d'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*) par rapport à sa capacité d'utiliser des stratégies de transfert de connaissances pour favoriser l'adoption des pratiques basées sur des données probantes encourage une utilisation conceptuelle des connaissances plus fréquente.

### **Utilisation instrumentale de la connaissance**

Les résultats de l'analyse de régression logistique ordinaire multiple réalisée dans le but d'identifier les facteurs associés à la probabilité de présenter une fréquence d'utilisation instrumentale de catégorie jamais/rarement versus parfois et souvent/très fréquemment révèlent que, parmi les variables indépendantes considérées a priori (**Tableau p. 7 et 8**), les variables suivantes ont été retenues dans le modèle final : le niveau de collaboration avec des chercheurs, le facteur 1 du BARRIERS (caractéristiques de l'utilisateur potentiel) et le score moyen total du niveau d'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*). Voici les directions spécifiques pour chacune des variables significatives telles que présentées dans le **tableau 16 (Annexe D) :**

**En contrôlant pour l'ensemble des variables présentent dans le modèle :**

- Les participants qui collaborent souvent ou très fréquemment avec des chercheurs ont 0,47 fois moins de risque (*odds*) de ne jamais ou rarement faire une utilisation instrumentale des connaissances par rapport aux participants collaborant rarement ou jamais avec des chercheurs. Donc, les collaborations fréquentes avec des chercheurs favorisent une utilisation instrumentale des connaissances plus fréquente.
- Pour chaque augmentation du score moyen du facteur de l'outil BARRIERS évaluant les barrières possibles en lien avec les caractéristiques de l'utilisateur potentiel de la recherche, le risque

(odds) de ne jamais ou rarement faire une utilisation instrumentale des connaissances augmente de 5,66. Donc, le fait de présenter un niveau de barrières individuelles élevé (ne pas valoriser la recherche, ne pas être enclin au changement et ne pas ressentir le besoin de changer ses pratiques, ne pas être conscientisé par rapport à l'importance d'utiliser les résultats de la recherche, se sentir isolé de ses collègues et se percevoir comme étant incapable d'apprécier les résultats des études) dissuade l'utilisation instrumentale fréquente des connaissances.

- Pour chaque augmentation du score moyen total de l'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*), le risque (odds) de ne jamais ou rarement faire une utilisation instrumentale des connaissances diminue de 0,47. Donc, le fait de percevoir comme étant élevé son niveau d'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*) par rapport à sa capacité d'utiliser des stratégies de transfert de connaissances pour favoriser l'adoption des pratiques basées sur des données probantes encourage une utilisation instrumentale des connaissances plus fréquente.

### **Utilisation symbolique de la connaissance**

Les résultats de l'analyse de régression logistique ordinaire multiple réalisée dans le but d'identifier les facteurs associés à la probabilité de présenter une fréquence d'utilisation symbolique de catégorie jamais/rarement vs parfois vs souvent/très fréquemment révèlent que, parmi les variables indépendantes considérées a priori (**Tableau p. 7 et 8**), les variables suivantes ont été retenues dans le modèle final : le niveau de collaboration avec des chercheurs, le facteur 1 du BARRIERS (caractéristiques de l'utilisateur potentiel), le score moyen total du niveau d'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*) et le niveau de formation. Voici les directions spécifiques pour chacune des variables significatives telles que présentées dans le **tableau 17 (Annexe D)** :

**En contrôlant pour l'ensemble des variables présentent dans le modèle :**

- Les participants qui collaborent souvent ou très fréquemment avec des chercheurs ont 0,39 fois moins de risque (*odds*) de ne jamais ou rarement faire une utilisation symbolique des connaissances par rapport aux participants collaborant rarement ou jamais avec des chercheurs. Donc, les collaborations fréquentes avec des chercheurs favorisent une utilisation symbolique des connaissances plus fréquente.
- Les participants ayant complété des études supérieures ou un baccalauréat ont respectivement 0,22 et 0,23 fois moins de risque (*odds*) de ne jamais ou rarement faire une utilisation symbolique des connaissances par rapport aux participants dont leur dernier niveau de formation est le diplôme d'études collégiales (DEC). Donc, le fait d'avoir complété des études supérieures ou un baccalauréat favorise une utilisation symbolique des connaissances plus fréquente.
- Pour chaque augmentation du score moyen du facteur de l'outil BARRIERS évaluant les barrières possibles en lien avec les caractéristiques de l'utilisateur potentiel de la recherche, le risque (*odds*) de ne jamais ou rarement faire une utilisation symbolique des connaissances augmente de 3,32. Donc, le fait de présenter un niveau de barrières individuelles élevé (ne pas valoriser la recherche, ne pas être enclin au changement et ne pas ressentir le besoin de changer ses pratiques, ne pas être conscientisé par rapport à l'importance d'utiliser les résultats de la recherche, se sentir isolé de ses collègues et se percevoir comme étant incapable d'apprécier les résultats des études) dissuade l'utilisation symbolique fréquente des connaissances.
- Pour chaque augmentation du score moyen total de l'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*), le risque (*odds*) de ne jamais ou rarement faire une utilisation symbolique des connaissances diminue de 0,32. Donc, le fait de percevoir comme étant élevé son niveau d'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*) par rapport à sa capacité d'utiliser des stratégies de transfert de connaissances pour favoriser l'adoption des pratiques basées sur des données probantes encourage une utilisation symbolique des connaissances plus fréquente.

### 3. DISCUSSION

Le but de cette première partie (Temps 1) de l'évaluation générale du plan d'action était d'établir l'état de situation pour un échantillon de participants provenant des 27 établissements impliqués dans ce plan sur un ensemble de construits liés à l'utilisation des données probantes en traumatologie. De manière plus spécifique, cette évaluation visait à décrire le type d'utilisation des données probantes et les attitudes des participants sondés face à l'utilisation des pratiques basées sur les preuves ainsi qu'à identifier certains facteurs organisationnels et individuels pouvant influencer ces deux variables.

En somme, en ce qui a trait à l'ensemble des variables explorées, il est possible d'émettre les constats suivants :

- Les participants puisent les informations nécessaires à leur pratique essentiellement de leur expérience, de leurs façons de faire habituelles et de leurs connaissances acquises durant leur formation ainsi que via le partage de connaissances entre collègues et professionnelles d'autres disciplines.
- Ils utilisent rarement les connaissances tirées du Web, provenant de politiques ou de procédures, d'articles scientifiques ou de livres.
- La non-utilisation des bases de données par 37,6 % des participants serait expliquée par le manque de temps pour les consulter ainsi que l'ignorance de l'existence de ces bases de données. À cet effet, parmi les trois facteurs évalués par l'outil BARRIERS (les barrières à l'utilisation de la recherche, Funk et coll., 1991), le facteur regroupant les barrières en lien avec les caractéristiques de l'organisation (Facteur 2) a d'ailleurs présenté le score le plus élevé. Ce facteur inclut notamment deux énoncés évoquant la problématique du manque de temps.
- En général, les participants perçoivent que leur organisation offre un contexte plutôt favorable par rapport au changement de pratiques,



mais trouvent qu'il y a un manque de ressources supplémentaires pour soutenir ces changements.

- Les participants ont une perception assez élevée de leurs capacités à utiliser des stratégies de transfert de connaissances pour favoriser l'adoption des pratiques basées sur des données probantes (*self-efficacy*).
- En ce qui concerne la fréquence des différents types d'utilisation des connaissances, la plupart des participants rapportent utiliser parfois les connaissances de façon globale (consultation d'articles scientifiques, bases de données, etc.), conceptuelle (pour faire des remises en question, changements de façon de penser, etc.) et instrumentale (pour changer au moins une pratique), mais ne les utilisent jamais ou rarement de manière symbolique, c'est-à-dire pour influencer les pratiques de leurs pairs.
- Les facteurs qui favorisent significativement l'ensemble de ces différents types d'utilisation des connaissances sont le fait de collaborer fréquemment avec des chercheurs, de percevoir comme étant élevé son niveau d'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*) par rapport à sa capacité d'utiliser des stratégies de transfert de connaissances pour favoriser l'adoption des pratiques basées sur des données probantes et, en tant qu'utilisateur potentiel de la recherche (Facteur 1), le fait d'être conscientisé par rapport à l'importance de la recherche, de valoriser les résultats des études ainsi que de posséder les capacités pour les utiliser. De plus, pour l'utilisation globale et symbolique des connaissances, un niveau de formation complété plus élevé (études supérieures versus DEC) favorise également une utilisation plus fréquente. Enfin, pour l'utilisation globale seulement, le fait d'œuvrer dans un établissement hospitalier est aussi favorable.
- En général, les participants sondés présentent une attitude positive envers la pratique basée sur les données probantes (EBPAS). Cette attitude est favorisée de manière significative par le fait de percevoir son contexte organisationnel comme étant propice au changement de

pratiques en général (ORCA), d'être, en tant qu'utilisateur potentiel de la recherche (Facteur 1 du BARRIERS), conscientisé par rapport à l'importance de la recherche, de valoriser les résultats des études ainsi que de posséder les capacités pour les utiliser. De plus, le fait d'être âgé entre 22 et 39 ans, de percevoir son niveau d'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*) comme étant élevé et d'œuvrer dans un établissement hospitalier influence positivement l'attitude par rapport à la pratique fondée sur les preuves. Pour ce dernier facteur, des analyses comparatives sur le score moyen total au EBPAS entre les deux groupes (CRDP et CH) ont démontré une différence statistiquement significative bien qu'un écart de 0,1 peut être considéré comme étant peu élevé (score moyen total EBPAS : CRDP=2,74 vs CH=2,84).

Il est important de mentionner que les scores moyens totaux des participants à l'échelle du contexte du ORCA et au EBPAS s'apparentent à ceux trouvés par Helfrich et collaborateurs (2009) ( $3,68 \pm 0,61$ ), auprès de sujets impliqués dans trois projets différents en amélioration de la qualité dans des unités de soins, et par Aarons et collaborateurs (2010) ( $2,73 \pm 0,49$ ) auprès d'intervenants en santé mentale. Pour les scores moyens associés aux facteurs 1, 2 et 4 de l'outil BARRIERS, les niveaux de barrières perçues par les participants sondés sont moins élevés que ceux perçus par le groupe d'infirmiers et infirmières sondés par Funk et collaborateurs (1991) (Facteur 1= $2,78 \pm 0,61$ ; Facteur 2= $2,87 \pm 0,58$ ; Facteur 4= $2,74 \pm 0,53$ ).

De façon générale, les résultats obtenus en lien avec les deux variables dépendantes étudiées (l'utilisation des connaissances et les attitudes face à l'utilisation des pratiques basées sur des données probantes) rejoignent ceux recensés dans la littérature. En ce qui a trait à l'utilisation des connaissances issues de la recherche, une étude mesurant spécifiquement l'utilisation instrumentale de la recherche chez 764 infirmières au Canada a démontré une fréquence modérée de ce type d'utilisation de la recherche ( $3,47 \pm 1,21$ ; mesurée par une échelle de Likert allant de 1 à 5, 1 étant une utilisation de

10 % des heures cliniques et 5 étant une utilisation de 100 % des heures cliniques) (Estabrooks, Squires, Cummings, Birdsell et Norton, 2009). De plus, selon les résultats d'un sondage effectué auprès de 488 physiothérapeutes américains, Jette et coll. (2003) ont rapporté que 25 % n'utilisaient que rarement (i.e. 0 à 1 fois par mois) les connaissances issues de la recherche dans la prise de décision clinique tandis que 49 % les utilisaient 2 à 5 fois par mois. Une étude récente de Salbach et coll. (2010), auprès de 270 physiothérapeutes canadiens, rapporte des résultats similaires soit que 34 % des répondants n'utilisaient que rarement ou jamais les connaissances issues de la recherche pour la décision clinique tandis que près de 53 % les utilisaient 2 à 5 fois par mois. De façon globale, les résultats des fréquences des différents types d'utilisation des connaissances obtenus au Temps 1 (**Tableau 9**) sont similaires à ces études, les variations pouvant être attribuées entre autres à l'homogénéité des participants dans les autres études (i.e. échantillon composé exclusivement d'infirmier(ère)s ou physiothérapeutes) ou à l'outil de mesure utilisé.

Dans la présente démarche, quatre facteurs principaux ont significativement influencé l'utilisation des connaissances (globale, instrumentale, conceptuelle, symbolique) issues de la recherche. Parmi ces facteurs, un est de nature organisationnelle (la fréquence des collaborations avec des chercheurs) et les trois autres sont liés à l'individu (i.e. la perception des participants de leur niveau d'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*) à utiliser des stratégies de transfert de connaissances, leur niveau de formation ainsi que les barrières qu'ils perçoivent par rapport à l'utilisation de la recherche).

Dans la littérature en transfert des connaissances, le manque d'interaction entre les chercheurs et les utilisateurs potentiels a été identifié par de nombreux auteurs comme étant le principal problème dans la sous-utilisation des résultats de la recherche (Lomas, 1997; Oh & Rich, 1996). En effet, Landry et collaborateurs (2003) ont constaté que l'interaction soutenue et intense entre les chercheurs et les utilisateurs est un facteur prédictif de

l'utilisation des résultats de la recherche. Dans une autre étude, (Salbach et al., 2010) les deux facteurs les plus fortement associés à l'utilisation de la recherche étaient la participation à des projets de recherche et l'auto-efficacité perçue envers la pratique factuelle. Dans une revue systématique récente (Aliko & Law, 2013) portant sur l'utilisation de la recherche chez les ergothérapeutes, la participation à des projets de recherche a été associée à une plus grande utilisation de la recherche dans la pratique clinique. De plus, la participation à des projets de recherche augmenterait la perception d'auto-efficacité à faire de la recherche et encouragerait une pratique fondée sur les preuves en clinique (Aliko & Law, 2013). Des résultats similaires ont été rapportés dans une revue systématique portant sur l'utilisation de la recherche chez les infirmières (Squires, Estabrooks, Gustavsson, & Wallin, 2011).

Le deuxième facteur associé positivement à l'utilisation de la recherche est le niveau de formation des répondants. En effet, avoir un diplôme universitaire et le niveau de celui-ci figurent parmi les facteurs prédictifs les plus déterminants de l'utilisation de la recherche chez les physiothérapeutes (Jette et al., 2003; Salbach, Jaglal, Korner-Bitensky, Rappolt, & Davis, 2007) et les ergothérapeutes (Aliko & Law, 2013). De plus, chez les ergothérapeutes, il a été démontré que plus ils avaient d'années d'expérience clinique, moins ils percevaient détenir les compétences pour évaluer la qualité des publications scientifiques (McCluskey, 2003) et moins ils étaient susceptibles de s'appuyer sur les recherches publiées afin de prendre des décisions cliniques (Cameron et al., 2005). Cependant, cet effet semble pouvoir être atténué par les collaborations cliniques, la supervision d'étudiants, la formation continue qui, selon une étude de Craik et Rappolt (2006), ont tous eu comme résultat d'augmenter l'utilisation de la recherche dans les décisions cliniques.

Le troisième facteur positivement associé à l'utilisation des connaissances au Temps 1 est la perception de l'auto-efficacité personnelle. L'auto-efficacité personnelle est définie comme les croyances de l'individu

dans ses propres capacités à organiser et à exécuter une activité donnée (Bandura, 1977). L'auto-efficacité est considérée comme un construit ayant une influence primordiale sur les décisions de l'individu à s'engager ou à éviter certaines activités ou contextes particuliers (Salbach & Jaglal, 2011). Un niveau élevé d'auto-efficacité a été associé à trois améliorations des comportements en lien avec l'utilisation de données probantes chez les professionnels de la santé : 1) une augmentation de la recherche en ligne de littérature scientifique; 2) une augmentation de la lecture et une amélioration de l'évaluation de cette littérature trouvée (Taylor, 2000) et 3), un accroissement de l'utilisation des connaissances issues de la recherche dans la prise de décision clinique (Salbach et al., 2010; Salbach et al., 2007).

Le dernier facteur associé, mais dans ce cas négativement à l'utilisation de la recherche au Temps 1 concerne les barrières liées aux caractéristiques de l'individu visé par un changement de pratique. Les barrières liées à l'utilisateur perçues comme étant les plus importantes par les participants au questionnaire Temps 1 concernent le manque de connaissances et de compétences quant à leur capacité de se maintenir à jour par rapport aux dernières évidences dans leur domaine et d'être capable d'évaluer la qualité des publications scientifiques. L'interprétation et la mise en œuvre des résultats de recherche nécessite des connaissances et compétences particulières. Ces barrières liées aux connaissances et compétences perçues des professionnels de la santé ont d'ailleurs été rapportées dans de nombreuses études et chez différents types de professionnels (Aliko et Law, 2013; Cochrane et al., 2007; Jette et al., 2003; Pain et al., 2004).

En ce qui a trait aux résultats obtenus en lien avec les attitudes envers la pratique basée sur des données probantes, ceux-ci sont en accord avec ceux d'autres études menées auprès de physiothérapeutes (Jette et al., 2003; Salbach et al., 2007) et d'ergothérapeutes (Aliko & Law, 2013) et ce, même si les attitudes ont été évaluées avec des questionnaires différents et souvent non validés. Les études rapportent qu'une attitude positive envers la

pratique fondée sur les preuves est associée à une utilisation accrue des preuves dans la pratique. Il a également été démontré que les thérapeutes les plus jeunes et ayant gradué depuis moins de 5 ans, avaient une attitude plus positive envers les données probantes que ceux ayant gradué depuis plus de 15 ans (Jette et al., 2003).

À la lumière des résultats obtenus au Temps 1, il est possible d'avancer dès maintenant certaines suggestions de stratégies pour favoriser l'utilisation des connaissances issues de la recherche chez les organisations participantes. Il est important de préciser que celles-ci devraient cibler à la fois le contexte organisationnel et les individus :

- allouer davantage de temps pour consulter les bases de données et participer à des activités de changement de pratiques;
- promouvoir l'existence des veilles informationnelles auprès des intervenants, car elles regroupent les nouvelles publications en un seul endroit et celles-ci sont souvent classées par thème;
- favoriser l'utilisation des résultats de la recherche par la tenue de formations appliquées aux besoins et aux contextes cliniques sur l'appréciation de la littérature scientifique et la recherche d'information afin d'accroître le niveau de connaissances des bases de données existantes et les compétences pour les consulter. Plusieurs études ont démontré que des formations visant des compétences générales en pratique factuelle sont difficilement applicables dans les milieux cliniques par rapport à des formations adaptées aux problématiques et aux contextes cliniques de l'auditoire visée (McCluskey & Lovarnini, 2005; Stevenson, Lewis, Hay, & Moore, 2004; R. S. Taylor, Reeves, Ewings, & Taylor, 2005).
- dans les établissements où il y a un centre de documentation, il serait important de rappeler aux professionnels de tirer avantage des compétences des bibliothécaires qui y travaillent;
- considérer accroître les ressources pour les activités de changement de pratiques notamment par l'embauche de personnes compétentes dans



le domaine du transfert de connaissances qui pourront servir d'intermédiaire entre la recherche et la clinique et qui aideraient à augmenter les connaissances et les compétences des participants pour utiliser les stratégies de transfert de connaissances dans leur milieu (niveau d'auto-efficacité);

- favoriser les occasions de collaborations entre intervenants et chercheurs, car la majorité des participants sondés ont rapporté ne jamais ou rarement avoir collaboré avec des chercheurs au cours de la dernière année. Or, les analyses de régression ont révélé qu'une collaboration fréquente avec des chercheurs favorise l'utilisation des données probantes. Ceci implique pour les organisations la nécessité d'offrir un soutien organisationnel en termes de temps et de ressources et de valoriser l'implication des cliniciens en recherche. Selon Aliko et Law (2013), ceci est considéré comme une stratégie pivot pouvant renforcer la pratique factuelle en clinique;
- promouvoir une culture favorable au changement dans son organisation en soutenant les idées de changement de pratiques provenant des cliniciens (*bottom-up*) et en développant une culture de la mesure et d'amélioration continue basée sur l'utilisation des données probantes dans la pratique (*top-down*).

Il est à noter que plusieurs de ces stratégies rejoignent le contenu des recommandations émises par le Groupe de travail sur le transfert de connaissances en traumatologie (Noreau et coll., 2010) suite aux résultats de leur consultation, notamment les recommandations : 1, 3, 5, 10 et 12 (voir les détails à l'**Annexe E**).

## 4. LIMITES

Il est important de mentionner que de nombreux facteurs peuvent influencer l'adoption et l'implantation des pratiques basées sur les données probantes, cependant l'état des connaissances actuelles dans le domaine du transfert de connaissances est insuffisant pour guider les chercheurs sur les facteurs les plus importants à inclure dans les études d'implantation de meilleures pratiques (Michie et coll., 2005). Dans la présente démarche, certains facteurs liés à l'individu et à l'organisation ont été étudiés en lien avec l'utilisation et les attitudes par rapport aux pratiques basées sur les preuves en général, mais non en lien avec une pratique en particulier puisque ce n'était pas applicable dans le contexte. De plus, les facteurs inclus dans l'évaluation du Temps 1 ont été explorés de façon générique. Or, il s'avère important de mentionner que Michie et collaborateurs (2005) ont identifié 112 construits pouvant influencer l'adoption de meilleures pratiques. Parmi ces 112 construits, 13 étaient d'ordre organisationnel et 99 étaient liés aux caractéristiques des individus tels l'identité professionnelle, les rôles professionnels et les frontières interprofessionnels. Bref, ceci démontre la complexité du transfert de connaissances et peut justifier en partie le niveau de variance non expliquée dans les résultats obtenus par rapport à l'utilisation des connaissances et aux attitudes des participants face à la pratique basée sur les connaissances issues de la recherche.



## CONCLUSION

Les données descriptives recueillies ont permis de constater que les participants utilisent rarement les connaissances provenant d'articles scientifiques, du Web, de politiques ou procédures ainsi que de livres dans leur pratique, mais se servent plutôt de leur expérience et de leurs connaissances acquises durant leur formation. De plus, une proportion considérable des participants sondés n'utilisent pas les bases de données principalement par manque de temps ou de connaissance des bases de données existantes. Enfin, bien qu'en général les participants perçoivent que leur organisation offre un contexte plutôt favorable par rapport au changement de pratiques, plusieurs trouvent les ressources insuffisantes pour réaliser ces changements.

En ce qui a trait aux deux variables dépendantes étudiées dans le cadre de la présente consultation soit, l'utilisation des données probantes et les attitudes des acteurs par rapport à la pratique basée sur les preuves, force est de constater qu'un modèle d'analyse multifactoriel s'avère nécessaire pour expliquer l'ensemble des facteurs qui influencent ces deux variables. Dans le cadre de cette démarche, certains d'entre eux ont été explorés et ont permis de démontrer que les différents types d'utilisation des connaissances (globale, conceptuelle, instrumentale et symbolique) sont influencés favorablement par : une collaboration fréquente avec des chercheurs, une perception élevée de son niveau d'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*) à utiliser des stratégies de transfert de connaissances pour favoriser l'adoption des pratiques basées sur les preuves et par le fait de croire en l'importance de la recherche, d'en valoriser les résultats et d'avoir les capacités pour les utiliser. De plus, le fait d'avoir complété des études supérieures encourage particulièrement les types d'utilisation globale et symbolique des connaissances et pour l'utilisation globale seulement, s'ajoute à l'ensemble de ces facteurs favorables, le fait d'œuvrer dans un établissement hospitalier. En ce qui a trait aux attitudes, les résultats de la consultation ont permis de démontrer que les participants

sondés présentaient, de façon générale, une attitude favorable par rapport à la pratique basée sur les données probantes. Les résultats ont également révélés que le fait de percevoir son contexte organisationnel comme étant propice au changement de pratiques, de valoriser la recherche et ses résultats et de croire en ses capacités de les utiliser, d'être âgé entre 22 et 39 ans, de percevoir son niveau d'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*) comme étant élevé et d'œuvrer dans un établissement hospitalier favorisent l'adoption d'une attitude positive par rapport à la pratique basée sur les preuves.

En somme, ces résultats rejoignent ceux rapportés dans les études liées au domaine du transfert des connaissances et menées auprès de diverses populations.



## **Annexe A. Échelle de mesure de l'attitude face à la pratique fondée sur les données probantes (EBPAS)<sup>1</sup> (Aarons, 2004)**

Indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord avec chacun des énoncés suivants, en vous servant de l'échelle suivante :

1) J'aime recourir à de nouvelles pratiques pour aider les clients.

Pas du tout     Un peu     Assez     Très     Tout à fait

2) J'accepte d'essayer de nouvelles pratiques, même si je dois suivre les consignes/recommandations provenant de publications scientifiques.

Pas du tout     Un peu     Assez     Très     Tout à fait

3) Je sais comment m'occuper de mes clients mieux que ne le sauraient les chercheurs.

Pas du tout     Un peu     Assez     Très     Tout à fait

4) J'accepte de recourir à de nouvelles pratiques développées par des chercheurs.

Pas du tout     Un peu     Assez     Très     Tout à fait

5) Les interventions basées sur les recherches ne sont pas utiles dans ma pratique.

Pas du tout     Un peu     Assez     Très     Tout à fait

6) L'expérience est plus importante que le recours à des pratiques consignées/recommandées dans des publications scientifiques.

Pas du tout     Un peu     Assez     Très     Tout à fait

7) Je ne me servirais pas de pratiques consignées/recommandées dans des publications scientifiques.

Pas du tout     Un peu     Assez     Très     Tout à fait

8) J'essaierais une nouvelle pratique, même si elle se distingue nettement de ce que j'ai l'habitude de faire.

Pas du tout     Un peu     Assez     Très     Tout à fait

*Si vous receviez une formation sur une pratique que vous ne connaissez pas, à quel point seriez-vous prêté ou prêt à l'adopter si...*

9) Cela vous semble intuitivement intéressant?

Pas du tout     Un peu     Assez     Très     Tout à fait

10) Cela vous semble « avoir du bon sens »?

Pas du tout     Un peu     Assez     Très     Tout à fait

11) Votre supérieur immédiat l'exige?

Pas du tout     Un peu     Assez     Très     Tout à fait

12) Votre employeur l'exige?

Pas du tout     Un peu     Assez     Très     Tout à fait

13) Le ministère de la santé l'exige?

Pas du tout     Un peu     Assez     Très     Tout à fait

14) Des collègues l'utilisent et sont satisfaits?

Pas du tout     Un peu     Assez     Très     Tout à fait

15) Vous pensez avoir reçu une formation suffisante pour vous en servir correctement?

Pas du tout     Un peu     Assez     Très     Tout à fait

Traduction et adaptation du Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS) de Aarons. Mental Health Services Research, Vol. 6, No. 2, juin 2004.

<sup>1</sup> Composition des sous-échelles :

Exigences : énoncés 11, 12, 13

Attrait : énoncés 9, 10, 14, 15

Ouverture : énoncés 1, 2, 4, 8

Divergence : énoncés 3, 5, 6, 7



## **Annexe B. Questionnaire sur les barrières à l'utilisation de la recherche, adapté du questionnaire BARRIERS (Funk et coll., 1991)**

Indiquez à quel point l'énoncé correspond à votre opinion. (Échelle de Likert à 4 niveaux : 1 = pas du tout; 2 = un peu; 3 = assez; 4 = tout à fait).

### **Facteur 1 : Caractéristiques de l'utilisateur potentiel**

1. Je ne vois pas la valeur que la recherche ajoute à ma pratique.
2. J'y trouve peu d'avantages pour moi personnellement.
3. Je ne désire pas faire des changements ou essayer de nouvelles idées/pratiques.
4. Le besoin de modifier la pratique n'est pas documenté.
5. J'estime qu'un changement de pratique aura très peu d'avantages.
6. Je ne me sens pas capable d'évaluer la qualité d'une recherche scientifique.
7. Je ne suis pas entouré de collègues possédant les connaissances nécessaires avec qui je pourrais discuter de recherche.
8. Je ne suis pas au courant des résultats de recherche.

### **Facteur 2 : Caractéristiques de l'organisation**

9. La direction ne permettra pas d'initiatives d'implantation de nouvelles pratiques.
10. Les médecins ne collaboreront pas aux initiatives d'implantation de nouvelles pratiques.
11. Je manque de temps au travail pour implanter de nouvelles idées/pratiques.
12. Les autres membres du personnel ne soutiennent pas les initiatives d'implantation de nouvelles pratiques.
13. Les ressources matérielles/installations ne permettent pas de faire de l'implantation de nouvelles pratiques.
14. Je ne pense pas avoir le pouvoir de modifier les procédures de soins prodigués aux patients.
15. Je n'ai pas le temps de lire des articles scientifiques.
16. Je trouve que les résultats de recherche ne sont pas applicables à mon contexte.

#### **Facteur 4 : Caractéristiques de la communication des résultats de la recherche**

17. Les répercussions sur la pratique ne sont pas clairement énoncées.
18. Les rapports et articles résultant de la recherche ne sont pas faciles d'accès.
19. Les résultats de la recherche ne sont pas rapportés de façon claire et dans un langage accessible.
20. Les analyses statistiques ne sont pas compréhensibles.
21. La littérature pertinente n'est pas regroupée en un seul endroit.
22. Les résultats de recherche ne sont pas applicables à ma pratique.



## **Annexe C. Questionnaire adapté du *Organizational Readiness to Change Assessment (ORCA)* (Helfrich et coll., 2009)**

### **Évaluation du contexte**

Pour chacun des énoncés suivants, veuillez indiquer à quel point vous êtes en accord avec l'énoncé, sur une échelle de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement en accord).

### **Culture de leadership**

#### **1. La direction ou les gestionnaires de mon organisation :**

- a) récompensent les innovations cliniques et les idées qui améliorent les soins aux patients
- b) demandent l'avis des cliniciens sur les décisions relatives aux soins des patients
- c) cherchent des façons d'améliorer l'enseignement fait aux patients et de favoriser leur participation au traitement

### **Culture du personnel**

#### **2. Le personnel de mon organisation :**

- a) sent qu'il a une responsabilité face à l'amélioration des soins prodigués aux patients et des résultats obtenus
- b) collabore au maintien et à l'amélioration de l'efficacité des soins prodigués aux patients
- c) est prêt à innover et/ou à expérimenter pour améliorer les procédures/processus cliniques
- d) est ouvert face au changement des procédures/processus cliniques

## **Pratiques de la direction**

### **3. La direction ou les gestionnaires de mon organisation :**

- a) exercent une gestion efficace visant l'amélioration continue des soins dispensés aux patients
- b) déterminent clairement les champs de responsabilité et d'autorité des gestionnaires et du personnel
- c) favorisent la prise de décision en équipe pour résoudre les problèmes liés aux soins cliniques
- d) encouragent la communication entre les services cliniques et les unités/départements

## **Évaluation et imputabilité**

### **4. La direction ou les gestionnaires de mon organisation :**

- a) fournissent au personnel de l'information sur les indicateurs de rendement/performance et les lignes directrices
- b) établissent des objectifs clairs pour les processus de soins prodigués aux patients et les résultats attendus
- c) fournissent aux membres du personnel du feedback ou des données sur les impacts des décisions cliniques
- d) tiennent les membres du personnel responsables de l'atteinte des résultats

## **Culture des leaders d'opinions**

### **5. Les leaders d'opinion dans mon organisation :**

- a) estiment que les pratiques actuelles peuvent être améliorées
- b) encouragent et soutiennent le changement des habitudes de pratique pour améliorer les soins dispensés aux patients
- c) sont prêts à faire l'essai de nouveaux protocoles cliniques
- d) travaillent en collaboration avec la direction et la gestion clinique à la mise en place des changements appropriés



## Ressources excédentaires

### **6. Habituellement dans mon organisation, lorsqu'il est convenu qu'un changement doit se produire :**

- a) nous avons le soutien nécessaire en termes de ressources financières ou de budget
- b) nous avons le soutien nécessaire en termes de formation
- c) nous avons le soutien nécessaire en termes de ressources matérielles (équipement)
- d) nous avons le soutien nécessaire en termes de personnel



## Annexe D. Tableaux et figures

**Tableau 1** : Taux de réponse au questionnaire Temps 1

Nombre total de participants ciblés	331
Nombre total de participants ayant débuté le questionnaire	262
Nombre total de participants ayant complété le questionnaire en entier	245
Taux de réponse (questionnaires complets)	74 %

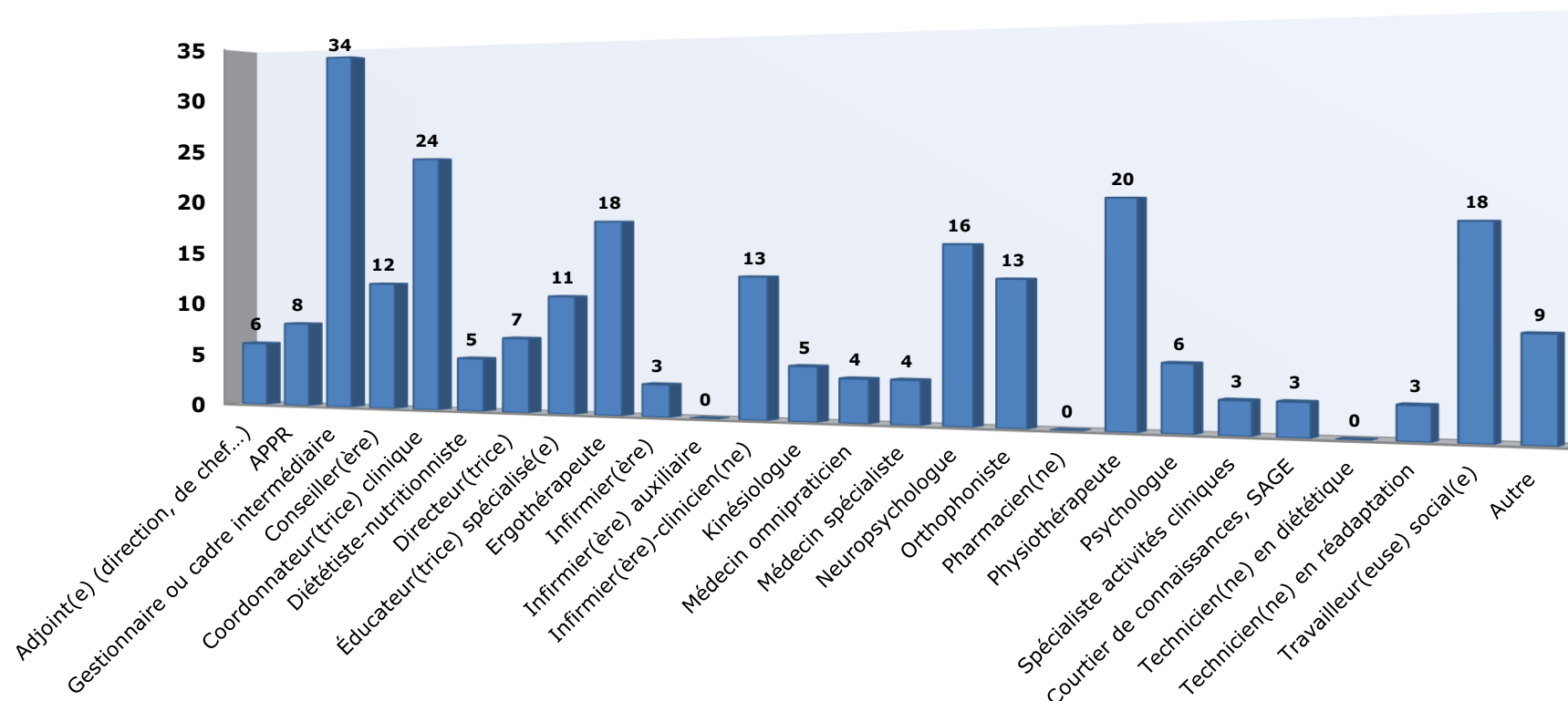
**Tableau 2** : Principales caractéristiques des établissements (n=26) d'où provenaient les participants au questionnaire Temps 1

Caractéristiques	n
Établissements avec affiliation universitaire et/ou un centre de recherche	18
Établissements de réadaptation (CRDP)	16
Établissements hospitaliers/CSSS (CH)	10
Établissements avec une ou des personne(s) dont les fonctions sont principalement la gestion, la diffusion et/ou l'implantation des connaissances (exemples : Courtier, APPR, SAGE, etc.)	13

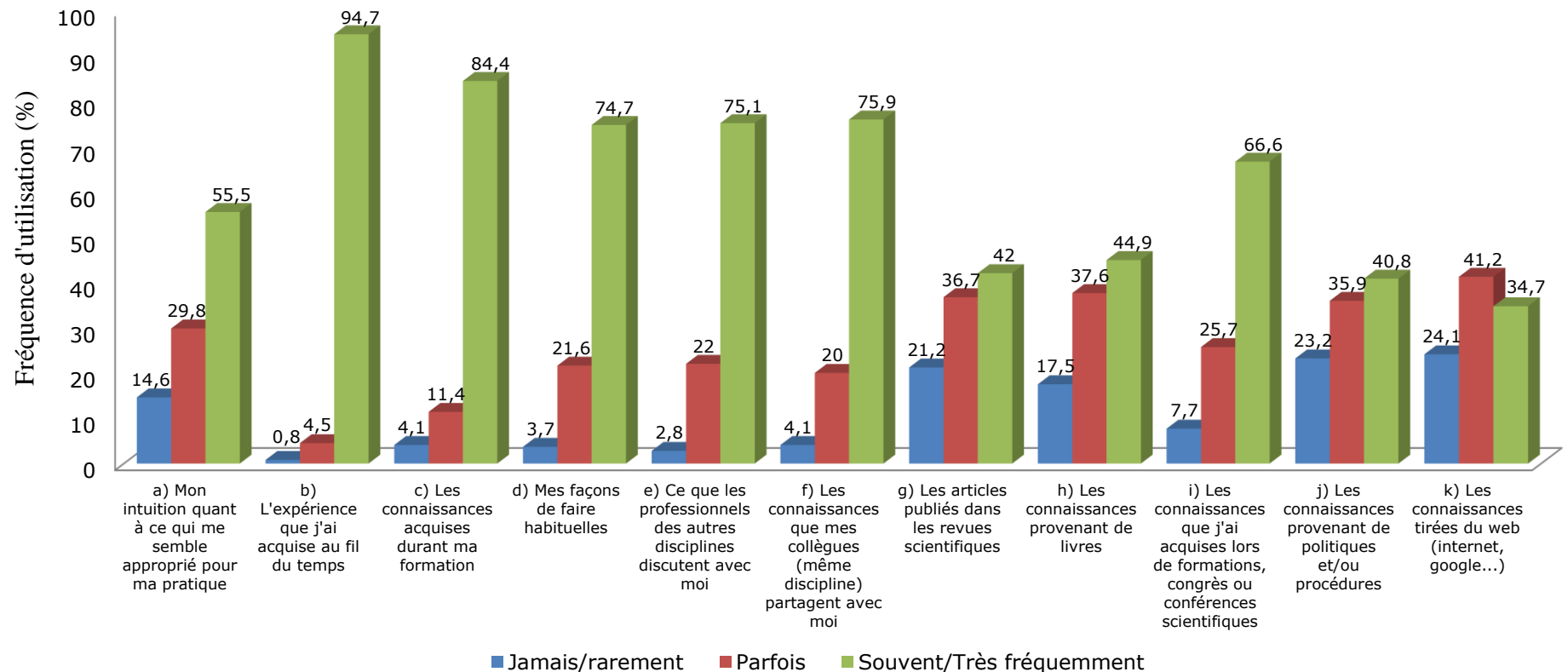
**Tableau 3 :** Principales caractéristiques sociodémographiques des participants au questionnaire Temps 1 (n=245)

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>Fréquence (%)</b>
<b>Catégorie d'âge</b>		
<b>22 à 39 ans</b>	<b>107</b>	<b>43,7</b>
40 à 48 ans	78	31,8
49 et plus	60	24,5
<b>Sexe</b>		
<b>Femme</b>	<b>208</b>	<b>84,9</b>
Homme	37	15,1
<b>Niveau de formation complété</b>		
DEC (technique)	18	7,4
Baccalauréat	109	44,5
<b>Études supérieures</b>	<b>118</b>	<b>48,16</b>
<b>Années d'expérience</b>		
<b>0-10 ans</b>	<b>130</b>	<b>53,1</b>
11-20 ans	68	27,8
21 ans et plus	47	19,2
<b>Type de poste</b>		
<b>Permanent</b>	<b>219</b>	<b>89,4</b>
Temporaire	24	9,8
Main d'œuvre indépendante	2	0,8
<b>Type d'établissement</b>		
<b>CRDP</b>	<b>172</b>	<b>70,2</b>
CH	73	29,8

**Figure 1 :** Répartition des participants au questionnaire Temps 1 (n=245) selon la fonction principale occupée



**Figure 2** : Fréquence d'utilisation des principales sources d'informations par les participants au questionnaire Temps 1 (n=245)



**Tableau 4 :** Consultation des bases de données des participants au questionnaire Temps 1 (n=245)

Consultation de bases de données médicales ou scientifiques	n (%)
<b>Oui</b>	153 (62,4)
Principales bases de données consultées :	
<b>Pubmed/Medline</b>	<b>120 (78,4)</b>
Veilles informationnelles	76 (49,7)
Cochrane Library	46 (30,1)
CINAHL	45 (29,4)
<b>Non</b>	92 (37,6)
Raisons de non-consultation :	
Ignorance des bases de données	39 (41,3)
Manque de connaissances pour chercher efficacement	31 (32,6)
<b>Manque de temps</b>	<b>40 (42,4)</b>

**Tableau 5 :** Fréquence des collaborations avec des chercheurs au cours de la dernière année des participants au questionnaire Temps 1 (n=245)

Collaborations avec des chercheurs	n (%)
<b>Jamais/rarement</b>	<b>141 (57,6)</b>
Parfois	52 (21,2)
Souvent/très fréquemment	52 (21,2)



**Tableau 6** : Scores moyens des participants au questionnaire Temps 1 (n=245) sur les facteurs 1,2 et 4 de l'outil BARRIERS (Les barrières à l'utilisation de la recherche; Funk et coll., 1991)

Facteurs et énoncés	Scores moyens <sup>4</sup> (écarts-types)
<b>Caractéristiques de l'utilisateur potentiel<sup>1</sup></b>	<b>1,43 (0,39)</b>
Je ne vois pas la valeur que la recherche ajoute à ma pratique.	1,18 (0,46)
J'y trouve peu d'avantages pour moi personnellement.	1,31 (0,57)
Je ne désire pas faire des changements ou essayer de nouvelles idées/pratiques.	1,10 (0,35)
Le besoin de modifier la pratique n'est pas documenté.	1,29 (0,56)
J'estime qu'un changement de pratique aura très peu d'avantages.	1,20 (0,45)
<b>Je ne me sens pas capable d'évaluer la qualité d'une recherche scientifique.</b>	<b>1,79 (0,84)</b>
Je ne suis pas entouré de collègues possédant les connaissances nécessaires avec qui je pourrais discuter de recherche.	1,59 (0,77)
<b>Je ne suis pas au courant des résultats de recherche.</b>	<b>1,98 (0,83)</b>
<b>Caractéristiques de l'organisation<sup>2</sup></b>	<b>1.98 (0,49)</b>
La direction ne permettra pas d'initiatives d'implantation de nouvelles pratiques.	1,51 (0,69)
Les médecins ne collaboreront pas aux initiatives d'implantation de nouvelles pratiques.	1,75 (0,77)
<b>Je manque de temps au travail pour implanter de nouvelles idées/pratiques.</b>	<b>2,72 (0,90)</b>
Les autres membres du personnel ne soutiennent pas les initiatives d'implantation de nouvelles pratiques.	1,76 (0,72)
Les ressources matérielles/installations ne permettent pas de faire de l'implantation de nouvelles pratiques.	2,05 (0,80)
Je ne pense pas avoir le pouvoir de modifier les procédures de soins prodigués aux patients.	1,79 (0,86)
<b>Je n'ai pas le temps de lire des articles scientifiques.</b>	<b>2,44 (0,93)</b>
Je trouve que les résultats de recherche ne sont pas applicables à mon contexte.	1,80 (0,76)
<b>Caractéristiques de la communication des résultats de la recherche<sup>3</sup></b>	<b>1,97 (0,61)</b>
Les répercussions sur la pratique ne sont pas clairement énoncées.	1,97 (0,61)
Les rapports et articles résultant de la recherche ne sont pas faciles d'accès.	1,93 (0,86)
Les résultats de la recherche ne sont pas rapportés de façon claire et dans un langage accessible.	1,96 (0,84)
<b>Les analyses statistiques ne sont pas compréhensibles.</b>	<b>2,09 (0,82)</b>
<b>La littérature pertinente n'est pas regroupée en un seul endroit.</b>	<b>2,22 (0,93)</b>
Les résultats de recherche ne sont pas applicables à ma pratique.	1,64 (0,73)

<sup>1</sup>Ce facteur évalue les barrières possibles en lien avec les caractéristiques de l'utilisateur potentiel de la recherche: ses valeurs, ses habiletés et son niveau de conscientisation par rapport à la recherche.

<sup>2</sup>Ce facteur évalue les barrières possibles en lien avec les caractéristiques de l'organisation où les résultats de la recherche seront utilisés, c'est-à-dire les barrières et les limites perçues par l'utilisateur potentiel dans son organisation.

<sup>3</sup>Ce facteur évalue les barrières possibles liées à la communication des résultats de la recherche, c'est-à-dire les limites perçues par l'utilisateur potentiel par rapport à la présentation et à l'accessibilité des résultats de recherche.

<sup>4</sup>Échelle de Likert pour répondre à chacun des énoncés : 1=pas du tout; 2=un peu; 3=assez; 4=tout à fait. **Un score de 4 indique que les barrières dont il est question dans les énoncés correspondent tout à fait à ce que l'utilisateur potentiel perçoit.**

**Tableau 7** : Scores moyens total et par sous-échelle des participants au questionnaire Temps 1 sur l'échelle du Contexte de l'outil ORCA (*Organizational Readiness to change Assessment*; Helfrich et coll., 2009)

Sous-échelles	Scores moyens <sup>8</sup> (écarts-types)
Culture du leadership <sup>1</sup>	3,79 (0,83)
<b>Culture du personnel<sup>2</sup></b>	<b>4,08 (0,65)</b>
Pratiques de la direction <sup>3</sup>	3,72 (0,72)
Évaluation et imputabilité <sup>4</sup>	3,36 (0,75)
Culture des leaders d'opinion <sup>5</sup>	3,94 (0,63)
Ressources excédentaires <sup>6</sup>	3,05 (0,79)
<b>Score moyen total<sup>7</sup></b>	<b>3,65 (0,51)</b>

<sup>1-5</sup>Sous-échelles évaluant les pratiques de leadership. La première particulièrement en termes de consolidation d'équipe et la deuxième, sur les attitudes des leaders d'opinion par rapport au changement de pratique en général.

<sup>2-3</sup>Sous-échelles évaluant des dimensions de la culture organisationnelle. La première particulièrement au niveau des membres du personnel et la deuxième, au niveau des cadres supérieurs et des gestionnaires cliniques.

<sup>4</sup>Sous-échelle mesurant l'évaluation et l'imputabilité, c'est-à-dire si l'organisation communique les objectifs à atteindre, les indicateurs de performance et donne du feedback sur l'atteinte de ceux-ci aux intervenants ainsi que la reconnaissance qui leur est due.

<sup>6</sup>Sous-échelle évaluant la présence de ressources supplémentaires pour soutenir les changements de pratique en général, une fois que ceux-ci ont été identifiés comme étant une priorité organisationnelle (exemples, ressources financières, humaines et matérielles).

<sup>7</sup>**Score moyen total** : Score reflétant la perception du participant du niveau de disposition organisationnelle par rapport au changement de pratiques en général et de la qualité des soins prodigués dans son lieu de travail. Il est important de noter que le score total de l'échelle du Contexte ne reflète pas les perceptions du participant par rapport au changement d'une pratique en particulier.

<sup>8</sup>Échelle de Likert pour répondre à chacun des énoncés : 1=Fortement en désaccord; 2=En désaccord; 3=Neutre; 4=En accord; 5=Fortement en accord. **Un score moyen total de 5 indique que le participant perçoit que l'organisation dans laquelle il travaille présente un contexte très favorable au changement de pratiques en général.**

**Tableau 8 :** Scores moyens total et par item du niveau d'auto-efficacité (*self-efficacy*) personnelle perçue par les participants au questionnaire Temps 1 (n=245) rapport à leur capacité d'utiliser des stratégies de transfert de connaissances pour favoriser l'adoption des pratiques basées sur des données probantes.

Items	Scores moyens <sup>2</sup> (écarts-types)
a) Je suis confiant(e) en ma capacité d'utiliser des stratégies de transfert de connaissances afin de favoriser l'adoption de pratiques basées sur des données probantes en traumatologie	3,80 (0,75)
b) J'ai les connaissances nécessaires pour utiliser des stratégies de transfert de connaissances afin de favoriser l'adoption de pratiques basées sur des données probantes en traumatologie.	3,37 (0,89)
c) J'ai les compétences nécessaires pour utiliser des stratégies de transfert de connaissances afin de favoriser l'adoption de pratiques basées sur des données probantes en traumatologie.	3,50 (0,86)
d) Utiliser des stratégies de transfert de connaissances afin de favoriser l'adoption de pratiques basées sur des données probantes en traumatologie constitue une grande difficulté pour moi.	3,73 (0,91) (score inversé)
<b>Score moyen total<sup>1</sup></b>	<b>3,60 (0,85)</b>

<sup>1</sup>**Score moyen total :** Score correspondant au niveau d'auto-efficacité (*self-efficacy*) personnelle perçue par les participants par rapport à leur capacité d'utiliser des stratégies de transfert de connaissances pour favoriser l'adoption des pratiques basées sur des données probantes.

<sup>2</sup>Échelle de Likert pour répondre à chacun des énoncés : 1=Fortement en désaccord; 2=En désaccord; 3=Partiellement en accord; 4=En accord; 5=Fortement en accord. **Un score moyen total de 5 indique un degré élevé de capacité perçue pour utiliser des stratégies de transfert de connaissances pour favoriser l'adoption des pratiques basées sur des données probantes. Il est important de noter que les cotes à l'item d) ont été inversées puisque l'item est rédigé sous la forme négative et pour le calcul du score total, toutes les réponses aux items doivent être sous la forme positive.**

**Tableau 9** : Fréquence des différents types d'utilisation des connaissances par les participants au questionnaire Temps 1 (n=245)

	<b>Jamais/ rarement n (%)</b>	<b>Parfois n (%)</b>	<b>Souvent/très fréquemment n (%)</b>
<b>Utilisation globale des connaissances</b> (consultation d'articles scientifiques, bases de données, etc.)	55 (22,4)	<b>96 (39,2)</b>	94 (38,3)
<b>Utilisation conceptuelle des connaissances</b> (pour des remises en question, changements de façon de penser, etc.)	60 (24,5)	<b>104 (42,4)</b>	81 (33)
<b>Utilisation instrumentale des connaissances</b> (pour changer au moins une pratique)	87 (35,5)	<b>99 (40,4)</b>	59 (24,1)
<b>Utilisation symbolique des connaissances</b> (pour influencer les pratiques des pairs)	<b>102 (41,6)</b>	74 (30,2)	69 (28,2)



**Tableau 10** : Scores moyens total et par sous-échelle de l'Échelle de mesure de l'attitude face à la pratique basée sur les données probantes (EBPAS) (Aarons, 2004) des participants au questionnaire Temps 1 (n=245)

Sous-échelles	Scores moyens <sup>6</sup> (écarts-types)
Exigences <sup>1</sup>	2,15 (1,09)
Attrait <sup>2</sup>	2,96 (0,74)
Ouverture <sup>3</sup>	2,78 (0,76)
Divergence <sup>4</sup>	3,18 (0,57) (score inversé)
<b>Score moyen total<sup>5</sup></b>	<b>2,77 (0,51)</b>

<sup>1</sup>**Exigences** : Sous-échelle évaluant jusqu'à quel point le participant serait prêt à adopter une pratique basée sur des données probantes si elle était requise par le ministère, l'agence ou un supérieur.

<sup>2</sup>**Attrait** : Sous-échelle évaluant jusqu'à quel point le participant serait prêt à adopter une pratique basée sur des données probantes si celle-ci lui semble attrayante, s'il a reçu la formation pour l'utiliser adéquatement ou si elle est utilisée par des collègues satisfaits de celle-ci.

<sup>3</sup>**Ouverture** : Sous-échelle évaluant jusqu'à quel point le participant est généralement ouvert à essayer de nouvelles pratiques et serait prêt à essayer ou à utiliser des pratiques plus structurées et standardisées.

<sup>4</sup>**Divergence** : Sous-échelle évaluant jusqu'à quel point le participant perçoit la pratique basée sur des données probantes comme étant cliniquement inutile et moins importante que l'expérience clinique. **Il est important de noter que les cotes pour la sous-échelle « Divergence » ont été inversées puisque les énoncés sont rédigés sous la forme négative et pour le calcul du score total, toutes les réponses doivent être sous la forme positive.**

<sup>5</sup>**Score moyen total** : Score représentant l'attitude globale du participant par rapport à l'adoption de pratiques basées sur des données probantes.

<sup>6</sup>Échelle de Likert pour répondre à chacun des énoncés : 0=pas du tout; 1=un peu; 2=assez; 3=très; 4=tout à fait. **Un score moyen total de 4 indique une excellente attitude envers la pratique basée sur les données probantes.**

**Tableau 11** : Consistance interne des versions adaptées des outils utilisés pour le questionnaire Temps 1

Outils	Alpha de référence	Alpha Temps 1
<b>EBPAS</b>		
Exigences	0,90 <sup>1</sup>	0,96
Attrait	0,80 <sup>1</sup>	0,82
Ouverture	0,78 <sup>1</sup>	0,83
Divergence	0,59 <sup>1</sup>	0,62
<b>Score moyen total</b>	<b>0,77<sup>1</sup></b>	<b>0,81</b>
<b>BARRIERS</b>		
Facteur 1	0,80 <sup>2</sup>	0,77
Facteur 2	0,80 <sup>2</sup>	0,76
Facteur 4	0,65 <sup>2</sup>	0,85
<b>ORCA</b>		
Culture de leadership	0,92 <sup>3</sup>	0,80
Culture du personnel	0,90 <sup>3</sup>	0,85
Pratiques de la direction	0,93 <sup>3</sup>	0,81
Évaluation et imputabilité	0,88 <sup>3</sup>	0,80
Culture des leaders d'opinion	0,91 <sup>3</sup>	0,84
Ressources excédentaires	0,86 <sup>3</sup>	0,85
<b>Score moyen total</b>	<b>0,85<sup>3</sup></b>	<b>0,83</b>

<sup>1</sup>Aarons, G.A. (2004) Mental Health Provider Attitudes Toward Adoption of Evidence-Based Practice : The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Mental Health Services Resources*, 6(2) : 61-74.

<sup>2</sup>Funk, S.G., Champagne, M.T., Wiese, R.A. et Tornquist, E.M. (1991). BARRIERS: The Barriers to research utilization scale. *Applied Nursing Research*, 4(1), 39-45.

<sup>3</sup>Helfrich, C.D., Li, Y-F, Sharp, N.D. et Sales, A.E. (2009). Organizational readiness to change assessment (ORCA): Development of an instrument based on the Promoting Action on Research in Health Services (PARIHS) framework. *Implementation Science*, 4(38), 1-13.

**Tableau 12** : Coefficients de corrélations des associations entre les items composant la mesure du construit de l'auto-efficacité personnelle (*self-efficacy*) et le score total de l'auto-efficacité (*self-efficacy*)

Items	Coefficients de corrélation avec le score total
a) Je suis confiant(e) en ma capacité d'utiliser des stratégies de transfert de connaissances afin de favoriser l'adoption de pratiques basées sur des données probantes en traumatologie	0,64
b) J'ai les connaissances nécessaires pour utiliser des stratégies de transfert de connaissances afin de favoriser l'adoption de pratiques basées sur des données probantes en traumatologie.	0,71
c) J'ai les compétences nécessaires pour utiliser des stratégies de transfert de connaissances afin de favoriser l'adoption de pratiques basées sur des données probantes en traumatologie.	0,76
d) Utiliser des stratégies de transfert de connaissances afin de favoriser l'adoption de pratiques basées sur des données probantes en traumatologie constitue une grande difficulté pour moi.	0,48

**Tableau 13** : Résultats de l'analyse de régression linéaire multiple menée sur le score moyen total des participants au questionnaire Temps 1 (n=245) à l'Échelle de mesure de l'attitude face à la pratique fondée sur les données probantes (EBPAS)

Modèle	R <sup>2</sup>	Pente (β)	IC 95 %	p < 0,05
Intercept (ordonnée à l'origine)	21,5	2,17	(1.56, 2.78)	<0,0001
Score moyen total du ORCA (échelle du contexte)		0,21	(0.09, 0.33)	0,0006
Facteur 1 du BARRIERS (caractéristiques de l'utilisateur potentiel)		-0,28	(-0.44, -0.12)	0,0007
Score moyen total du niveau d'auto-efficacité personnelle ( <i>self-efficacy</i> )		0,12	(0.03, 0.21)	0,0105
Type de lieu de travail				
<i>CRDP vs CH</i>		-0,17	(-0.30, -0.04)	0,0096
Âge				
<i>40 à 48 ans vs 22 à 39 ans</i>		-0,05	(-0.18, 0.09)	0,4725
<i>49 ans et plus vs 22 à 39 ans</i>		-0,29	(-0.44, -0.14)	0,0002

**Tableau 14** : Résultats de la régression logistique ordinaire multiple réalisée sur l'utilisation globale des connaissances des participants au questionnaire Temps 1 (n=245)

Modèle	Odds Ratio		p < 0,05
	e <sup>β</sup>	IC 95 %	
Collaboration avec des chercheurs			
<i>Parfois vs Jamais/rarement</i>	0,62	(0.33, 1.18)	0,1461
<i>Souvent/très fréquemment vs Jamais/rarement</i>	0,31	(0.15, 0.64)	0,0015
Facteur 1 du BARRIERS (caractéristiques de l'utilisateur potentiel)	3,82	(1.82, 8.00)	0,0004
Score moyen total du niveau d'auto-efficacité personnelle ( <i>self-efficacy</i> )	0,47	(0.31, 0.71)	0,0004
Type de lieu de travail			
<i>CRDP vs CH</i>	2,07	(1.17, 3.67)	0,0126
Niveau de formation			
<i>Baccalauréat vs DEC</i>	0,42	(0.15, 1.21)	0,1089
<i>Études supérieures vs DEC</i>	0,29	(0.10, 0.85)	0,0245

Note. Les catégories de référence pour les variables indicatrices (*dummy-coded variables*) sont les suivantes : Utilisation globale des connaissances : Jamais/rarement, collaboration avec des chercheurs : Jamais/rarement, type de lieu de travail : CH, niveau de formation : DEC.



**Tableau 15** : Résultats de la régression logistique ordinale multiple réalisée sur l'utilisation conceptuelle des connaissances des participants au questionnaire Temps 1 (n=245)

Modèle	Odds Ratio		p < 0,05
	e <sup>β</sup>	IC 95 %	
Collaboration avec des chercheurs <i>Parfois vs Jamais/rarement</i>	0,70	(0.38, 1.28)	0,2458
<i>Souvent/très fréquemment vs Jamais/rarement</i>	0,37	(0.19, 0.71)	0,0032
Facteur 1 du BARRIERS (caractéristiques de l'utilisateur potentiel)	4,01	(1.96, 8.19)	0,0001
Score moyen total du niveau d'auto-efficacité personnelle ( <i>self-efficacy</i> )	0,50	(0.34, 0.75)	0,0008

Note. Les catégories de référence pour les variables indicatrices (*dummy-coded variables*) sont les suivantes : Utilisation conceptuelle des connaissances : Jamais/rarement, collaboration avec des chercheurs : Jamais/rarement.

**Tableau 16** : Résultats de la régression logistique ordinale multiple réalisée sur l'utilisation instrumentale des connaissances des participants au questionnaire Temps 1 (n=245)

Modèle	Odds Ratio		p < 0,05
	e <sup>β</sup>	IC 95 %	
Collaboration avec des chercheurs <i>Parfois vs Jamais/rarement</i>	1,04	(0.56, 1.94)	0,9016
<i>Souvent/très fréquemment vs Jamais/rarement</i>	0,47	(0.25, 0.90)	0,0233
Facteur 1 du BARRIERS (caractéristiques de l'utilisateur potentiel)	5,66	(2.61, 12.3)	<0,0001
Score moyen total du niveau d'auto-efficacité personnelle ( <i>self-efficacy</i> )	0,47	(0.31, 0.71)	0,0003

Note. Les catégories de référence pour les variables indicatrices (*dummy-coded variables*) sont les suivantes : Utilisation instrumentale des connaissances : Jamais/rarement, collaboration avec des chercheurs : Jamais/rarement.

**Tableau 17** : Résultats de la régression logistique ordinaire multiple réalisée sur l'utilisation symbolique des connaissances des participants au questionnaire Temps 1 (n=245)

Modèle	Odds Ratio		p < 0,05
	e <sup>B</sup>	IC 95 %	
Collaboration avec des chercheurs			
<i>Parfois vs Jamais/rarement</i>	0,69	(0.37, 1.30)	0,2511
<i>Souvent/très fréquemment vs Jamais/rarement</i>	0,39	(0.20, 0.76)	0,0058
Facteur 1 du BARRIERS (caractéristiques de l'utilisateur potentiel)	3,32	(1.50, 7.36)	0,0031
Score moyen total du niveau d'auto-efficacité personnelle ( <i>self-efficacy</i> )	0,32	(0.20, 0.50)	<0,0001
Niveau de formation			
<i>Baccalauréat vs DEC</i>	0,23	(0.06, 0.94)	0,0411
<i>Études supérieures vs DEC</i>	0,22	(0.05, 0.90)	0,0346

Note. Les catégories de référence pour les variables indicatrices (*dummy-coded variables*) sont les suivantes : Utilisation symbolique des connaissances : Jamais/rarement, collaboration avec des chercheurs : Jamais/rarement, niveau de formation : DEC.



## **Annexe E. Recommandations du Rapport du Groupe de travail sur le transfert de connaissances en traumatologie (Noreau et coll., 2010) en lien avec celles émises suite aux résultats du questionnaire Temps 1 administré dans le cadre du plan d'action en transfert des connaissances du comité directeur de la recherche en traumatologie (AERDPQ-AQESSS)**

### **Recommandation n° 1 :**

Que les Partenaires du consortium, dans une démarche initiale de gouvernance érudite :

- Énoncent leur vision de l'amélioration continue fondée sur l'utilisation des données probantes. Cette vision s'opérationnalisera dans les stratégies de gestion de connaissances propres à chacun des établissements.
- Fassent en sorte que les principes de gouvernance érudite soient intégrés dans les règles de gouvernance des établissements qui font partie du continuum de services en traumatologie.
- Exercent un leadership afin que la vision de l'amélioration continue fondée sur l'utilisation des données probantes et les stratégies de gestion de connaissances soient intégrées dans les ententes de gestion entre les agences de santé et les établissements qui font partie du continuum de services en traumatologie. Ce changement devrait concrètement se traduire par un rééquilibrage du temps de travail entre les heures de prestation de services et celles qui seront consacrées à la gestion des connaissances et à l'utilisation des données probantes, un incitatif jugé indispensable, particulièrement dans les établissements ayant une mission universitaire.
- Mandatent les administrateurs et les gestionnaires à tous les niveaux hiérarchiques pour promouvoir, favoriser et faciliter le changement lié aux objectifs de gouvernance érudite et de gestion des connaissances.

[...]

### **Recommandation n° 3 :**

Que les établissements instaurent un « comité de gestion des connaissances » dans chaque programme de traumatologie (intra ou interétablissements) sous le modèle des comités de programme, souvent présents dans les établissements ou les continuums de soins. Ces comités seront une pierre angulaire de la mise en œuvre d'une stratégie globale de gestion des connaissances dans le continuum de soin en traumatologie. Le mandat de ces comités de gestion de connaissances serait :

- d'ancrer et de contextualiser la gestion des connaissances dans chacun des milieux cliniques selon leurs besoins et contextes organisationnels;
- d'inciter les équipes à s'engager dans des activités de TC et de prioriser celles qui devraient être réalisées dans le programme;
- de servir de lien entre les programmes de traumatologie et l'IPFTC dans le but de soutenir les activités de gestion des connaissances et de développer des activités de TC.

[...]

### **Recommandation n° 5 :**

Que les associations d'établissements identifient certains de leurs membres avec lesquels elles pourraient expérimenter l'approche du courtage de connaissances parmi les moyens spécifiques pour que le TC mène à l'utilisation des données probantes.

Il pourrait y avoir des avantages à expérimenter cette approche dans un continuum de service (ex. : centre d'expertise), pour augmenter le partage et l'appropriation de connaissances et données probantes sur un sujet particulier (exemple : le traitement d'une complication pouvant toucher un milieu de soins aigus et un milieu de réadaptation).

[...]

**Recommandation n° 10 :**

Que les Partenaires du consortium développent un programme complémentaire de subventions (exemple : 20,000-25,000 \$) pour l'appropriation des connaissances, directement relié à l'application des résultats d'un projet soutenu dans le volet 1 du programme actuel (Ex. : *Ontario Neurotrauma Foundation*).

Ce programme pourrait être réservé aux détenteurs d'une subvention du volet 1 des programmes de subvention des Partenaires du consortium (voir programme FRSQ). Il consisterait à développer des stratégies complémentaires pour favoriser la diffusion et l'appropriation des connaissances directement avec les partenaires associés au projet. Cette approche a certaines similitudes avec les programmes d'application de connaissances en fin de subvention des IRSC.

[...]

**Recommandation n° 12 :**

Que l'ensemble des partenaires de la traumatologie diffuse aux acteurs et aux programmes de traumatologie les ressources disponibles en transfert et gestion des connaissances et les encourage à entreprendre une démarche d'utilisation de ces ressources.

## RÉFÉRENCES

- Aliki, T., & Law, M. (2013). Research Utilization and Evidence-Based Practice in Occupational Therapy: A Scoping Study. *The American Journal of Occupational Therapy*, 67, e55-e65.
- Aarons, G.A. (2004) Mental Health Provider Attitudes Toward Adoption of Evidence-Based Practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Mental Health Services Resources*. 2004 June ; 6(2): 61-74
- Aarons, G.A., Glisson, C., Hoagwood, K., Kelleher, K., Landsverk, J. et Cafri, G. (2010). Psychometric properties and U.S. National norms of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS), 22(2), 356-365.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84, 191-215.
- Cameron, K., Ballantyne, S., Kulbitsky, A., Margolis-Gal, M., Daugherty, T., & Ludwig, F. (2005). Utilization of EBP by registered OTs. *Occupational Therapy International*, 12, 123-136.
- Cochrane, L. J., Olson, C. A., Murray, S., Dupuis, M., Tooman, T., & Hayes, S. (2007). Gaps Between Knowing and Doing: Understanding and Assessing the Barriers to Optimal Health Care. *Journal of continuing education in the health professions*, 27(2), 94-102.
- Coomarasamy, A., & Khan, K. S. (2004). What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review. *BMJ*, 329(1017).
- Craik, J., & Rappolt, S. (2006). Enhancing research utilization capacity through multifaceted professional development. *American Journal of Occupational Therapy*, 60, 155-164.
- Estabrooks CA, Scott-Findlay S, Rutakumwa W, Duan Q, Rozanova J (2004). The Determinants of Research Utilization in Acute Care: Pain Management in Adult and Paediatric Settings. (No. 04-01-TR). Edmonton, AB: Faculty of Nursing, University of Alberta.
- Estabrooks, C. A., Squires, J. E., Cummings, G. C., Birdsell, J. M., & Norton, P. G. (2009). Development and assessment of the Alberta Context Tool. *BMC Health Serv Res*, 9(234).
- Funk, S.G., Champagne, M.T., Wiese, R.A. et Tornquist, E.M. (1991). BARRIERS: The Barriers to research utilization scale. *Applied Nursing Research*, 4(1), 39-45.
- Graham, I. D., & Logan, J. (2004). Innovations in knowledge transfer and continuity of care. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36, 89-103.



Harvey, G., Loftus-Hills, A., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., Kitson, A., McCormack, B., & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: The role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 37(6), 577-588.

Helfrich, C.D., Li, Y-F, Sharp, N.D. et Sales, A.E. (2009). Organizational readiness to change assessment (ORCA): Development of an instrument based on the Promoting Action on Research in Health Services (PARIHS) framework. *Implementation Science*, 4(38), 1-13.

Jette, D. U., Bacon, K., Batty, C., Carlson, M., Ferland, A., Hemingway, R. D., Volk, D. (2003). Evidence-based practice: beliefs, attitudes, knowledge, and behaviors of physical therapists. *Phys Ther.*, 83(9), 786-805.

Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7(3), 149-158.

Landry, R., Lamari, M., & Amara, N. (2003). The Extent and Determinants of the Utilization of University Research in Government Agencies. *Public Administration Review*, 63(2), 192-205.

Logan, J., & Graham, I. D. (1998). Toward a comprehensive interdisciplinary model of health care research use *Science Communication*, 20(2), 227-246.

Lomas, J. (1997). Research and Evidence-Based Decision Making. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 21(5), 439-441.

McCluskey, A. (2003). Occupational therapists report a low level of knowledge, skill and involvement in evidence-based practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50, 3-12.

McCluskey, A., & Lovarnini, M. (2005). Providing education on evidence-based practice improved knowledge but did not change behaviour: a before and after study *BMC Medical Education*, 5(40).

Michie, S., Johnston, M., Abraham, C., Lawton, R., Parker, D., & Walker, A. E. (2005). Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Quality and Safety in Health Care*, 14(1), 26-33.

Noreau, L. et coll. (2010). Rapport du Groupe de travail sur le transfert de connaissances en traumatologie.

Nunnally, J. C., Jr. (1978). *Psychometric theory* (2<sup>nd</sup> edn). McGraw-Hill, New York.

Oh, C., & Rich, R. (1996). Explaining Use of Information in Public Policymaking. *Knowledge and Policy*, 9(1), 3-35.

Pain, K., Magill-Evans, J., Darragh, J., Hagler, P., & Warren, S. (2004). Effects of Profession and Facility Type on Research Utilization by Rehabilitation Professionals. *Journal of Allied Health, 33*(1), 3-9.

Salbach, N. M., Guilcher, S. J. T., Jaglal, S. B., & Davis, D. A. (2010). Determinants of research use in clinical decision making among physical therapists providing services post-stroke: a cross-sectional study. *Implementation science, 5*(77).

Salbach, N. M., & Jaglal, S. B. (2011). Creation and validation of the evidence-based practice confidence scale for health care professionals. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 17*, 794-800.

Salbach, N. M., Jaglal, S. B., Korner-Bitensky, N., Rappolt, S., & Davis, D. (2007). Practitioner and Organizational Barriers to Evidence-based Practice of Physical Therapists for People With Stroke. *Physical Therapy 87*(10), 1284–1303.

Squires, J. E., Estabrooks, C. A., Gustavsson, P., & Wallin, L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update. *Implementation science, 6*(1).

Squires, J. E., Estabrooks, C. A., O'Rourke, H. M., Gustavsson, P., Newburn-Cook, C. V., & Wallin, L. (2011). A systematic review of the psychometric properties of self-report research utilization measures used in healthcare. *Implementation science, 6*(83).

Stevenson, K., Lewis, M., Hay, E., & Moore, M. (2004). Do physiotherapists' attitudes towards evidence-based practice change as a result of an evidence-based educational programme? *Journal of Evaluation in Clinical Practice 10*(2), 207-217.

Taylor, M. C. (2000). *Evidence-based practice for occupational therapists*. Malden, MA: Blackwell Science.

Taylor, R. S., Reeves, B. C., Ewings, P. E., & Taylor, R. S. (2005). Critical appraisal skills training for health care professionals: a randomized controlled trial. *BMC Medical Education, 4*(30).