

Étude descriptive des facilitateurs et des obstacles dans le transfert des connaissances en soins de  
plaies chez des infirmières nouvellement diplômées travaillant au Québec

Julie Gagnon

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa dans le cadre des exigences du programme de  
Maîtrise en sciences infirmières

École des sciences infirmières  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa

## Préface

Contribution de l'étudiante et des collaboratrices

| Éléments                                 | Chapitre 2                                                                                                | Chapitre 5                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                          | Le transfert des connaissances en soins de plaies chez les infirmières : une revue intégrative des écrits | Étude descriptive des facilitateurs et des obstacles dans le transfert des connaissances en soins de plaies chez des infirmières nouvellement diplômées travaillant au Québec |
| Conceptualisation du projet de recherche |                                                                                                           | JG, ML                                                                                                                                                                        |
| Création des instruments de mesure       | N/A                                                                                                       | JG, ML                                                                                                                                                                        |
| Collecte de données                      | JG, MCD                                                                                                   | JG                                                                                                                                                                            |
| Analyse et interprétation des données    | JG, ML, JT, MB, VP                                                                                        | JG, ML, JT, MB, VP                                                                                                                                                            |
| Écriture du contenu                      |                                                                                                           | JG                                                                                                                                                                            |
| Révision des manuscrits                  | JG, ML, JT, MB, VP                                                                                        | JG, ML, JT, MB, VP                                                                                                                                                            |
| Approbation finale des manuscrits        | JG, ML, JT, MB, VP                                                                                        | JG, ML, JT, MB, VP                                                                                                                                                            |

JG – Julie Gagnon, B. Sc., Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

ML – Michelle Lalonde, Ph. D., Professeure agrégée et directrice de la thèse, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

JT – Jocelyne Tourigny, Ph. D., Professeure émérite, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

MCD – Marie-Cécile Domecq, Bibliothécaire de référence en sciences de la santé, Université d'Ottawa

MB – Maryse Beaumier, Ph. D., Professeure agrégée, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières

VP – Viola Polomeno, Ph. D., Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa



## Résumé

Faisant partie intégrante du rôle professionnel infirmier, les soins de plaies représentent un enjeu de santé publique et une préoccupation importante. En dépit des données probantes, un écart persiste entre la théorie et la pratique. En raison d'une période de transition intense, cet écart est encore accentué chez les infirmières nouvellement diplômées (IND) en début d'emploi. Toutefois, aucune recherche examinant ce sujet auprès des IND du Québec n'a été trouvée. Cette thèse de maîtrise a pour but de décrire les facilitateurs et les obstacles au transfert des connaissances en soins de plaies chez des IND travaillant au Québec. Tout en considérant l'importance du contexte, des connaissances et des attitudes dans le modèle de « L'application des connaissances en santé : transition des données probantes à la pratique » de Straus et al. (2013), les résultats permettent de dégager de multiples interventions possibles, comme la régionalisation d'une formation évolutive en soins de plaies auprès des IND.

Being an integral part of the professional nursing role, wound care is a major concern and public health issue. Despite the availability of scientific knowledge in wound care, a theory-practice gap still exists. This gap is further exacerbated among the new graduate nurses (NGN) who are experiencing an intense transition period at the beginning of their career. However, no research studying this issue with NGN in Quebec was found. This master's thesis aims to describe the facilitators and barriers to knowledge transfer in wound care among NGN working in the province of Quebec. Considering the importance of context, knowledge and attitudes in the model "Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice" (Straus et al., 2013), the results highlight a number of possible interventions, such as regionalized and progressive wound care education for NGN.

## Remerciements

« Le savoir est la seule matière qui s'accroît quand on la partage. »

(Socrate)

Je tiens à remercier toutes les infirmières et toutes les personnes qui m'ont partagé leur précieux savoir tout au long de mon parcours. Merci aux enseignantes, collègues et professeures qui, depuis les 15 dernières années, ont cru en moi et ont contribué au développement de ma passion pour les soins infirmiers.

Merci spécialement à ma directrice de thèse, Professeure Michelle Lalonde. Merci de m'avoir partagé votre expertise et de m'avoir accompagnée dans cette maîtrise. Merci pour votre sourire, votre présence rassurante, votre patience et vos nombreux conseils. Merci de croire en moi et de me rappeler mes forces à travers les multiples apprentissages des études supérieures. Malgré les défis imposés par la pandémie, vous avez toujours été d'une grande disponibilité pour m'épauler et me guider sur le chemin que nous avons ensemble façonné. Merci également aux membres de mon comité thèse : Professeure Jocelyne Tourigny pour vos conseils marqués d'une grande expérience et votre œil aiguisé pour la langue française, Professeure Maryse Beaumier pour votre expertise renommée en soins de plaies et votre rigueur scientifique, Professeure Viola Polomeno pour votre grande écoute empreinte d'humanisme, votre sagesse et votre passion contagieuse pour la recherche. Chacune à votre façon, vous avez été pour moi un phare durant cette aventure en mer parfois brumeuse et agitée. Grâce à vous, je suis maintenant arrivée à bon port avec un bagage rempli de nouvelles connaissances et expériences.

Merci aux divers organismes qui m'ont appuyée par l'entremise de bourses : l'Université d'Ottawa, la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada.

En terminant, je tiens à dédier ce travail à toutes les infirmières qui débutent la profession. Je me souviens encore de mes premiers quarts de travail, une période stressante et difficile. Les premiers pas vers l'autonomie professionnelle demandent courage, détermination et persévérance. Vous êtes le changement de demain et je crois en vous, tout comme mes mentores ont cru en moi.

## Table des matières

|                                                                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Liste des tableaux.....                                                                                                | ix  |
| Liste des figures .....                                                                                                | x   |
| Liste des acronymes .....                                                                                              | xi  |
| Lexique .....                                                                                                          | xii |
| Introduction.....                                                                                                      | 1   |
| Chapitre 1 – Problématique .....                                                                                       | 4   |
| 1.1 Les plaies et le rôle des infirmières.....                                                                         | 4   |
| 1.2 Les infirmières nouvellement diplômées .....                                                                       | 8   |
| 1.3 Le transfert des connaissances .....                                                                               | 12  |
| 1.4 Résumé du chapitre.....                                                                                            | 15  |
| Références.....                                                                                                        | 17  |
| Chapitre 2 – Recension des écrits .....                                                                                | 24  |
| 2.1 Article 1 .....                                                                                                    | 24  |
| 2.2 Les infirmières nouvellement diplômées .....                                                                       | 59  |
| 2.2.1 État de situation pour le support et l’encadrement des IND .....                                                 | 60  |
| 2.2.2 La pratique des soins de plaies des IND .....                                                                    | 62  |
| 2.3 But et questions de recherche .....                                                                                | 64  |
| Références.....                                                                                                        | 66  |
| Chapitre 3 – Assises théoriques .....                                                                                  | 70  |
| 3.1 Position paradigmatique.....                                                                                       | 70  |
| 3.2 Cadre de référence .....                                                                                           | 71  |
| 3.2.1 Le modèle de « L’application des connaissances en santé : transition des données probantes à la pratique » ..... | 72  |
| 3.2.2 Définition conceptuelle du transfert des connaissances.....                                                      | 76  |
| 3.2.3 Théorie de la transition .....                                                                                   | 78  |
| 3.3 Résumé du chapitre.....                                                                                            | 82  |
| Références.....                                                                                                        | 83  |
| Chapitre 4 – Méthodologie .....                                                                                        | 85  |
| 4.1 Type de recherche et devis.....                                                                                    | 85  |
| 4.2 Population cible et milieu de recherche .....                                                                      | 86  |

|                                                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.3 Échantillon .....                                                                 | 87  |
| 4.4 Recrutement .....                                                                 | 88  |
| 4.5 Méthodes de collecte de données.....                                              | 88  |
| 4.5.1 Alberta Context Tool .....                                                      | 88  |
| 4.5.2 Questions spécifiques aux soins de plaies en début de pratique .....            | 90  |
| 4.5.3 Groupes de discussion semi-dirigée.....                                         | 91  |
| 4.6 Analyse des données .....                                                         | 92  |
| 4.7 Critères de scientificité .....                                                   | 93  |
| 4.8 Considérations éthiques .....                                                     | 95  |
| Références.....                                                                       | 98  |
| Chapitre 5 – Résultats (Article 2) .....                                              | 100 |
| Chapitre 6 – Discussion intégrée .....                                                | 140 |
| 6.1 Rappel du cadre de référence.....                                                 | 141 |
| 6.2 Retour sur la revue intégrative et l'étude descriptive à devis mixte .....        | 141 |
| 6.2.1 Revue intégrative .....                                                         | 141 |
| 6.2.2 Étude descriptive à devis mixte .....                                           | 142 |
| 6.3 Liens entre les différentes parties de la thèse.....                              | 144 |
| 6.3.1 L'importance du contexte .....                                                  | 147 |
| 6.3.2 Le manque de connaissances : un obstacle important .....                        | 151 |
| 6.3.3 Le pouvoir des attitudes .....                                                  | 155 |
| 6.3.4 Résumé de cette section .....                                                   | 157 |
| 6.4 Implications et recommandations .....                                             | 158 |
| 6.4.1 La formation.....                                                               | 158 |
| 6.4.2 La pratique .....                                                               | 160 |
| 6.4.3 La recherche.....                                                               | 164 |
| 6.4.4 Résumé de cette section .....                                                   | 164 |
| 6.5 Forces et limites .....                                                           | 165 |
| 6.6 Conclusion .....                                                                  | 166 |
| Références.....                                                                       | 168 |
| Annexe A – Accusé de réception de la revue <i>Recherche en soins infirmiers</i> ..... | 175 |
| Annexe B – Autorisation du milieu pour réaliser la recherche.....                     | 176 |

|                                                                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Annexe C – Document de recrutement (invitation envoyée par courriel) .....                                                                     | 178 |
| Annexe D – Affiche de recrutement .....                                                                                                        | 179 |
| Annexe E – Document de recrutement (courriel de rappel) .....                                                                                  | 180 |
| Annexe F – Consentement à participer au groupe de discussion semi-dirigée.....                                                                 | 181 |
| Annexe G – Description des dimensions de l’Alberta Context Tool.....                                                                           | 184 |
| Annexe H – Permission d’utiliser l’Alberta Context Tool .....                                                                                  | 186 |
| Annexe I – Troisième partie du questionnaire en ligne .....                                                                                    | 189 |
| Annexe J – Questionnaire d’appréciation pour la préexpérimentation des questions spécifiques<br>aux soins de plaies en début de pratique ..... | 191 |
| Annexe K – Guide d’entrevue .....                                                                                                              | 193 |
| Annexe L – Certificat éthique du CISSS .....                                                                                                   | 196 |
| Annexe M – Certificat éthique de l’Université d’Ottawa.....                                                                                    | 199 |
| Annexe N – Consentement implicite à participer au questionnaire en ligne .....                                                                 | 201 |
| Annexe O – Accusé de réception de la revue <i>Revue francophone internationale de recherche<br/>infirmière</i> .....                           | 203 |

## Liste des tableaux

|                                                                                                                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tableau 1. Résumé des articles en ordre alphabétique du premier auteur .....                                                                                           | 55  |
| Tableau 2. Résumé des obstacles selon les articles .....                                                                                                               | 58  |
| Tableau 3. Étapes du processus des connaissances à la pratique.....                                                                                                    | 76  |
| Tableau 4. État des IND selon les étapes de la transition .....                                                                                                        | 81  |
| Tableau 5. Caractéristiques des participantes au questionnaire.....                                                                                                    | 117 |
| Tableau 6. Extrait des réponses quantitatives au questionnaire.....                                                                                                    | 118 |
| Tableau 7. Facilitateurs et obstacles au transfert des connaissances en soins de plaies selon les<br>IND : intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs ..... | 125 |

## Liste des figures

|                                                                        |             |
|------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Figure 1. Schéma du processus des connaissances à la pratique .....    | 31, 73, 109 |
| Figure 2. Diagramme de flux .....                                      | 34          |
| Figure 3. Étapes de la théorie de la transition .....                  | 80          |
| Figure 4. Devis concomitant imbriqué à prédominance quantitative ..... | 86          |
| Figure 5. Thèmes et sous-thèmes issus des données qualitatives .....   | 119         |
| Figure 6. Schéma intégrateur .....                                     | 146         |



### Liste des acronymes

|         |                                                         |
|---------|---------------------------------------------------------|
| ACT :   | Alberta Context Tool                                    |
| AIIC :  | Association des infirmières et infirmiers du Canada     |
| BAC :   | Baccalauréat                                            |
| CISSS : | Centre intégré de soins de santé et de services sociaux |
| DEC :   | Diplôme d'études collégiales                            |
| DSI :   | Direction des soins infirmiers                          |
| EPTC :  | Énoncé de politique des trois conseils                  |
| ICIS :  | Institut canadien d'information sur la santé            |
| IND :   | Infirmière nouvellement diplômée                        |
| IRSC :  | Instituts de recherche en santé du Canada               |
| MEES :  | Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur |
| MSSS :  | Ministère de la Santé et des Services sociaux           |
| NGN :   | <i>New graduate nurses</i>                              |
| OIIQ :  | Ordre des infirmières et infirmiers du Québec           |

## Lexique

| Concept                                       | Définition                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Directives de pratique clinique</b>        | « Énoncés élaborés systématiquement qui ont pour but d'aider les cliniciens à décider des soins de santé qui conviennent dans des circonstances cliniques précises. » [traduction par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)] (Brouwers et al., 2013, p. 51)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Données probantes</b>                      | <p>« Les données probantes sont des informations issues de la recherche et de l'évaluation scientifique de la pratique. Elles comprennent l'information tirée d'un vaste éventail de méthodologies rigoureuses comme les études quantitatives (essais contrôlés randomisés, études d'observation), les études qualitatives (études de cas, ethnographie, phénoménologie) et la méta-analyse. Les données probantes incluent aussi l'avis d'experts sous forme de documents consensuels, de rapports de commissions, de règlements et de renseignements historiques ou expérientiels. » (Barton, 2009; Collins et al., 2005; Lomas, 2005, cités par l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada, 2018, paragr. 12)</p> <p>Dans cette thèse de maîtrise, le terme « données probantes » sera utilisé pour désigner les différentes appellations comme « pratiques exemplaires », « meilleures pratiques », « pratique basée sur des preuves » (<i>evidence based practice</i>) et « lignes directrices ».</p> |
| <b>Infirmière</b>                             | <p>« Les infirmières sont des professionnelles [...] de la santé qui travaillent de façon autonome et en équipe. Elles permettent aux personnes, aux familles, aux groupes, aux communautés et aux populations d'atteindre un niveau optimal de santé. » (AIIC, 2015, p. 5)</p> <p>Dans cette thèse de maîtrise, l'« infirmière » réfère à tout personnel infirmier, qu'importe son genre.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Infirmière nouvellement diplômée (IND)</b> | Infirmière diplômée depuis moins de 12 mois (Duchscher, 2008).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Mentorat</b>                               | Relation à plus long terme et plus personnelle entre l'IND et une infirmière expérimentée, laquelle est présente pour appuyer, encourager, conseiller, écouter les préoccupations, les défis et les angoisses, soutenir les idées et les stratégies sur la façon de tracer un cheminement de carrière (AIIC, 2004; Duchscher, 2012; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [MSSS], 2008).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Milieus de soins</b>                       | « Tout endroit où l'on dispense des soins de santé, notamment les soins d'urgence, les soins préhospitaliers, les soins hospitaliers, les soins de longue durée, les soins à domicile, les soins ambulatoires, et les établissements et les endroits dans la communauté où l'on dispense des soins de santé. » (Santé Canada, 2017, Annexe V)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| Concept                              | Définition                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Orientation</b>                   | Période initiale en début d'emploi pendant laquelle les nouveaux employés reçoivent habituellement des cours formels reliés à l'organisation suivis d'apprentissages pratiques sur l'unité de travail (AIIC, 2004; Duchscher, 2012; MSSS, 2008).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Outil</b>                         | Terme correspondant aux directives de pratique clinique ou à tout autre élément servant à aider les infirmières à prendre des décisions fondées sur les données probantes (Straus et al., 2013).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Plaie</b>                         | « Désigne une vaste catégorie de lésions qui comprend les coupures et éraflures mineures, les traumatismes graves, ainsi que les plaies qui font partie du traitement d'un patient, comme [...] une incision chirurgicale. » (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2013, p. 2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Plaie difficile</b>               | « Plaies qui persistent et guérissent mal (plaies chroniques), les plaies résultant d'une infection qui pénètre la peau (ruptures de la barrière cutanée) et les plaies découlant d'interventions chirurgicales qui ne guérissent pas comme prévu (plaies iatrogènes). » (ICIS, 2013, p. 4)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Préceptorat</b>                   | Jumelage avec une infirmière qualifiée pour les besoins de l'apprentissage des routines, des rôles et des responsabilités attendues (AIIC, 2004; Duchscher, 2012; MSSS, 2008).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Programme d'intégration</b>       | Ensemble des activités mises en place pour la période d'accueil des IND dans leurs 12 premiers mois de pratique (AIIC, 2004; Duchscher, 2012; MSSS, 2008).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Soins de courte durée</b>         | Soins comprenant une variété de fonctions et de traitements en soins de santé cliniques, notamment la médecine d'urgence, les soins en traumatologie, la médecine, la chirurgie, les soins intensifs, les soins obstétricaux, les soins gynécologiques, les soins pédiatriques, la santé mentale, les soins de réadaptation, les soins palliatifs et la stabilisation des patients hospitalisés. Ces milieux de soins apportent un traitement à une maladie ou à un épisode de maladie grave pendant une courte période et le congé des patients est prévu aussitôt que leur état est jugé satisfaisant (ICIS, s.d.). |
| <b>Utilisateur des connaissances</b> | « Une personne susceptible d'utiliser les connaissances issues de la recherche pour prendre des décisions éclairées au sujet de politiques, de programmes et/ou de pratiques en matière de santé. » (IRSC, 2016)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

## Références

- Association des infirmières et des infirmiers du Canada. (2004). *Guide sur le préceptorat et le mentorat*. <http://saskpreceptors.ca/documents/CNA%20Preceptor%20guide.pdf>
- Association des infirmières et des infirmiers du Canada. (2015). *Cadre de pratique des infirmières et infirmiers du Canada*. <https://www.cna-aïic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/cadre-de-pratique-des-infirmieres-et-infirmiers-au-canada.pdf?la=fr>
- Association des infirmières et des infirmiers du Canada. (2018). *La prise de décisions et la pratique infirmière éclairées par des données probantes*. [https://www.cna-aïic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/enonce-de-position-la-prise-de-decisions-et-la-pratique-infirmiere-eclairees-par-des-donnees-probantes\\_dec-2018.pdf?la=fr&hash=5CA8E82326310E66256E4C04EC458DB4665CA054](https://www.cna-aïic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/enonce-de-position-la-prise-de-decisions-et-la-pratique-infirmiere-eclairees-par-des-donnees-probantes_dec-2018.pdf?la=fr&hash=5CA8E82326310E66256E4C04EC458DB4665CA054)
- Barton, A. (2009). Knowledge management and the clinical nurse specialist. *Clinical Nurse Specialist*, 23(3), 123-124.
- Brouwers, M., Stacey, D. et O'Connor, A. (2013). Knowledge translation tools. Dans S. Straus, J. Tetroe et I. Graham (dir.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2<sup>e</sup> éd., p. 50-62). Wiley.
- Collins, S., Voth, T., DiCenso, A. et Guyatt, G. (2005). Finding the evidence. Dans A. Dicenso, G. Guyatt et D. K. Ciliska (dir.), *Evidence-based nursing: A guide to clinical practice* (p. 20-43). Elsevier-Mosby.
- Duchscher, J. B. (2008). A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441-450. <https://doi.org/10.3928/00220124-20081001-03>
- Duchscher, J. B. (2012). *From surviving to thriving: Navigating the first year of professional nursing practice*. Nursing The Future.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2013). *Les plaies difficiles au Canada*. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/AiB\\_Compromised\\_Wounds\\_FR.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/AiB_Compromised_Wounds_FR.pdf)
- Institut canadien d'information sur la santé. (s.d.). *Soins de courte durée*. <https://www.cihi.ca/fr/soins-de-courte-duree>
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2016). *À propos de l'application des connaissances*. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html>
- Lomas, J., Culyer, T., McCutcheon, C., McAuley, L. et Law, S. (2005). *Rapport final : conceptualiser et regrouper les données probantes pour guider le système de santé*. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008). *Programme national de soutien clinique - Volet préceptorat*. Les publications du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-526-01.pdf>
- Santé Canada. (2017). *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/pratiques-de-base-precautions-infections-aux-soins-de-sante/partie-d.html>
- Straus, S. E., Tetroe, J. et Graham, I. D. (2013). *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2<sup>e</sup> éd.). Wiley.

## Introduction

*« It may be worthwhile to remark, that where there is any danger of bedsores, a blanket should never be placed under the patient. It retains damp and acts like a poultice. »*  
(Nightingale, 1865)

Les soins de plaies font partie de la profession infirmière depuis ses débuts. Encore aujourd'hui, les soins de plaies demeurent au cœur du rôle de l'infirmière. L'évaluation et le traitement des plaies occupent, en effet, une place importante dans l'exercice infirmier et leur prise en charge efficace exige les connaissances et les compétences nécessaires afin d'adopter une pratique fondée sur les données probantes. Malgré toute l'importance accordée au transfert des connaissances en soins de plaies, un écart subsiste entre les données probantes et leur application dans les milieux de soins. Ceci est particulièrement difficile chez les infirmières nouvellement diplômées (IND) qui vivent une transition importante en début de carrière, voire déstabilisante. Des lacunes persistent dans le transfert optimal des connaissances en soins de plaies par les IND, mais la situation demeure peu étudiée en recherche. Ainsi, il est nécessaire de décrire l'état de la situation.

Rédigée dans le contexte d'études à la maîtrise en sciences infirmières, cette thèse portant sur le transfert des connaissances en soins de plaies chez les IND contient six chapitres. Au premier chapitre, la problématique est exposée en regard de ses trois principales composantes : les plaies, les IND et le transfert des connaissances. Le deuxième chapitre correspond à un article original portant sur une revue intégrative des écrits (Article 1) à la suite duquel les écrits relatifs aux IND sont recensés. Dans cette même partie, le but et les questions de recherche auxquelles l'étude tentera de répondre sont ensuite énoncés. Le troisième chapitre présente les assises théoriques sur lesquelles cette étude a été réalisée. Cette thèse de maîtrise est encadrée par un modèle conceptuel

et une théorie. Premièrement, le modèle de « L'application des connaissances dans les soins de santé : transition des données probantes à la pratique » de Straus et al. (2013) est utilisé pour encadrer chaque étape de la recherche. Ensuite, la théorie de la transition de Duchscher (2008) est utilisée pour mieux comprendre la réalité que vivent les IND dans leur transition entre la formation initiale et la pratique clinique en début de carrière. Au quatrième chapitre, la méthodologie sera détaillée pour ensuite faire place au chapitre des résultats (Article 2). Enfin, le chapitre six porte sur une discussion intégrée permettant de critiquer les principaux résultats, les liens avec la littérature existante, les retombées du projet de recherche ainsi que les forces et limites de la thèse.

## Références

- Duchscher, J. B. (2008). A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441-450. <https://doi.org/10.3928/00220124-20081001-03>
- Nightingale, F. (1865). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. D. Appleton.
- Straus, S. E., Tetroe, J. et Graham, I. D. (2013). *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2<sup>e</sup> éd.). Wiley.

## Chapitre 1 – Problématique

Ce premier chapitre aborde l'ampleur du problème relié au transfert des connaissances en soins de plaies chez les IND. Un aperçu du contexte clinique ainsi que des preuves empiriques et théoriques sera exposé selon les trois principaux éléments du problème : les plaies, les IND et le transfert des connaissances.

### 1.1 Les plaies et le rôle des infirmières

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2013, p. 2), « le terme “plaie” désigne une vaste catégorie de lésions qui comprend les coupures et éraflures mineures, les traumatismes graves, ainsi que les plaies qui font partie du traitement d'un patient, comme [...] une incision chirurgicale. » Les données disponibles sur la prévalence et l'incidence des plaies au Canada varient considérablement selon les études (Stacey et al., 2017). L'étude de l'ICIS (2013), laquelle relève la prévalence des plaies en 2011-2012 au Canada, est couramment citée; les résultats indiquent que les plaies au Canada ont une prévalence de 28,2 % en soins continus complexes<sup>1</sup>, de 9,6 % en soins de longue durée, de 7,3 % en soins à domicile et de 3,7 % en soins hospitaliers de courte durée. Cependant, les auteurs de l'étude y reconnaissent plusieurs limites comme la probabilité de sous-déclarations, particulièrement chez les patients hospitalisés en soins de courte durée, et la mise en commun difficile des banques de données menant ainsi à l'exclusion de la province de Québec dans la plupart des calculs. Toutefois, la déclaration des plaies au Québec est généralement considérée dans cette étude comme étant comparable aux résultats pancanadiens (ICIS, 2013). En examinant séparément les provinces, cet institut (2013) indique que le pourcentage de patients hospitalisés en soins de courte durée avec des plaies

<sup>1</sup> « Les soins continus complexes, principalement en Ontario, sont des services médicalement complexes et spécialisés fournis en milieu hospitalier, parfois sur de longues périodes, qui ne sont pas offerts à domicile ou dans les établissements de soins de longue durée. » (ICIS, 2013)



difficiles se situe entre 4,0 et 4,5 % au Québec. Actuellement, l'évaluation de la prévalence et de l'incidence des plaies au Canada figure parmi les priorités du comité de recherche de Wounds Canada (Stacey et al., 2017). Par ailleurs, il y a peu ou pas d'études permettant de faire un portrait actuel du nombre de cas de plaies au Québec.

Certes, les plaies représentent un problème de santé publique préoccupant ayant un impact sur les personnes et les soins de santé (ICIS, 2013; Olsson et al., 2019). Avec le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques (Rao et al., 2016; Statistiques Canada, 2017), un accroissement du taux des plaies est attendu à un point tel que Sen et ses collègues (2009) qualifient la situation comme étant une « menace majeure et boule de neige pour la santé publique et l'économie » [traduction libre]. Les plaies engendrent un fardeau financier substantiel à la société, non seulement en imposant un poids économique de plusieurs milliards de dollars au système de santé, mais également en réduisant considérablement sa productivité (Guest et al., 2017; Hopkins et al., 2015; Hurd et Posnett, 2009; Nussbaum et al., 2018; Wounds Canada, 2017). Nonobstant les conséquences financières, les plaies ont de graves répercussions sur la qualité de vie des patients en raison de la douleur, du manque de sommeil, d'amputations, de l'immobilité et de l'isolement social (Hurd et al., 2008; ICIS, 2013; Olsson et al., 2019; Welsh, 2018). Globalement, le nombre de plaies, leurs complications associées ainsi que leurs effets négatifs importants sur la durée de l'hospitalisation, les coûts des soins de santé et la mortalité des patients sont renversants.

L'ampleur de ces données indique l'urgence d'améliorer les soins de plaies et les décisions cliniques prises par l'infirmière afin de contrer cette problématique (Hopkins et al., 2015; Lindholm et Searle, 2016; Lyder et Ayello, 2008; Nussbaum et al., 2018; Olsson et al., 2019; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016; Orsted et al., 2018; White et al., 2005).

L'implication de l'infirmière a un impact sur la qualité des soins et la sécurité de la clientèle (AIIC et Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, 2014; Brown et Wolosin, 2013; Dykes et Collins, 2013; McGillis Hall et al., 2004). Les soins de plaies ne font pas exception à cette réalité. McGillis Hall et al. (2004) indiquent, dans leur étude descriptive réalisée dans 19 hôpitaux universitaires de l'Ontario, qu'une proportion plus élevée d'infirmières (infirmières autorisées et infirmières auxiliaires autorisées) sur les unités de médecine/chirurgie est associée à des taux plus faibles d'infection de plaies ( $t = -2,57$ ,  $p < 0,01$ ). Reconnaissant aussi que le coût et la qualité des soins de plaies sont intimement liés, il est aussi possible de réduire la charge financière associée aux plaies en améliorant la qualité des soins de plaies (Campbell et al., 2006).

En fait, les plaies touchent toutes les clientèles et demeurent un dominateur commun de tous les milieux de soins où travaillent les infirmières. Il importe ici de mentionner qu'au Québec, l'activité médicale des soins de plaies est réservée aux infirmières depuis 2003, leur octroyant non seulement un droit de recommandation sur le plan de traitement des plaies, mais aussi une responsabilité professionnelle quant à l'évaluation et la prise en charge des plaies (OIIQ, 2016). Dans *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers* publié en 2016 par l'OIIQ, cette activité est encadrée comme suit :

Le plan de traitement, déterminé par l'infirmière, est basé sur des pratiques exemplaires et s'applique spécifiquement aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments. Il résulte de l'évaluation clinique du patient, de sa condition de santé et de la plaie ou des altérations de la peau et des téguments à traiter. Il comprend les décisions prises par l'infirmière pour favoriser la guérison, soulager les symptômes et prévenir toute détérioration ou récurrence. (p. 19)

L'OIIQ spécifie également que l'infirmière doit tenir compte de l'étendue de ses connaissances, de son expertise et de ses habiletés en soins de plaies, notamment en ce qui concerne ses connaissances sur le processus de cicatrisation, les facteurs de risque, l'étiologie de la plaie, les principes sous-jacents à la préparation du lit de la plaie et à l'évaluation de la plaie (OIIQ, 2016). Depuis 2014, cette même activité est aussi partagée avec les ergothérapeutes et les professionnels de la physiothérapie dans le cadre d'une collaboration interprofessionnelle laissant ainsi toute la place aux potentiels bénéfiques du travail interdisciplinaire en soins de plaies (Ordre des ergothérapeutes du Québec, OIIQ et Ordre des professionnels de la physiothérapie du Québec, 2014). De plus, en vertu du Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par une infirmière, cette dernière peut maintenant obtenir le droit de prescrire dans les domaines des soins de plaies depuis janvier 2016 si elle en fait la demande et passe le test requis par son ordre professionnel (OIIQ, 2016). L'infirmière détenant ce droit peut, en effet, prescrire des analyses de laboratoire (préalbumine, albumine et culture de plaie), des médicaments topiques (sauf la sulfadiazine et ceux relatifs aux traitements dermatologiques ou oncologiques), ainsi que des produits et pansements reliés au traitement des plaies (OIIQ, 2016).

En plus de l'évolution rapide que connaissent récemment les soins de plaies, de nombreux facteurs intrinsèques et extrinsèques doivent être considérés dans la prévention et le traitement des plaies, contribuant ainsi au défi de développer un plan thérapeutique infirmier fondé sur les données probantes (Gillespie et al., 2014; McCluskey et McCarthy, 2012; Orsted et al., 2018; Stacey, 2016). Cette pratique en soins de plaies fondée sur les données probantes est encouragée et soutenue au Canada par plusieurs organisations de niveau national (par exemple, Wounds Canada et l'Association des infirmières spécialisées en plaies, stomies et continence du Canada) et est également appuyée par des initiatives provinciales et locales. Malgré l'existence de

recommandations pour les meilleures pratiques en soins de plaies publiées par Wounds Canada, un écart entre la théorie et la pratique en soins de plaies perdure (Campbell et al., 2006; Woo et Sibbald, 2008). Cet écart est d'ailleurs documenté par d'autres auteurs à travers le monde, notamment en Australie, au Royaume-Uni et aux États-Unis (Gillespie et al., 2014; Hughes, 2016; Jones et al., 2007; McCluskey et McCarthy, 2012; Welsh, 2018). Des auteurs britanniques soutiennent même que des facteurs associés au retard de cicatrisation des plaies peuvent être attribués à des soins infirmiers sous-optimaux (Dowsett et Hall, 2019; Vowden et Vowden, 2016). En dépit de l'importance accordée aux données probantes en soins de plaies, les infirmières préfèrent utiliser les connaissances tirées de leur expérience personnelle et des interactions avec leurs collègues (Estabrooks et al., 2005; Gillespie et al., 2014; Hughes, 2016). Selon l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2013), le changement dans cette pratique nécessite des programmes d'éducation, des politiques, des procédures et des protocoles associés, ainsi que des outils d'évaluation et de documentation. À cet égard, la création, la diffusion et l'application des connaissances en soins de plaies occupent une place essentielle dans le développement prioritaire d'une pratique basée sur les données probantes. Or, il importe d'étudier la situation du transfert des connaissances en soins de plaies, mais avant d'y arriver, la réalité que vivent les IND sera explicitée afin de mieux comprendre son influence dans leur pratique en soins de plaies.

## **1.2 Les infirmières nouvellement diplômées**

Les IND font en grande partie de la nouvelle génération, soit la génération Z, laquelle exige des environnements de travail où elle peut s'épanouir (Allain, 2016). Ces jeunes nés dans l'ère numérique entre 1995 et 2010 représentent la nouvelle main-d'œuvre dans la pratique. La génération Z apprend avec Internet, tout en considérant l'importance des études (Gentina et

Delécluse, 2018; Pearson, 2018). Leurs modes d'apprentissage préférés sont YouTube®, les applications intelligentes et les vidéos (Pearson, 2018). Malgré les défis qu'elle apporte, la profession infirmière se retrouve dans le top dix des emplois envisagés par la génération Z du Québec (Montambeault et Hamelin-Lalonde, 2019). Pour eux, la conciliation travail-vie personnelle demeure une priorité, car « réussir sa vie professionnelle est synonyme d'équilibre et de passion » (Montambeault et Hamelin-Lalonde, 2019, p. 18).

À la différence des autres provinces canadiennes où le baccalauréat en sciences infirmières est obligatoire pour exercer la profession, les programmes de formation initiale reconnus au Québec pour mener à la carrière d'infirmière sont généralement le diplôme d'études collégiales (DEC) et/ou le baccalauréat (BAC). En 2018-2019, près de 50 % des infirmières québécoises détenaient exclusivement un niveau de formation collégiale (Marleau, 2019). Cette statistique s'inscrit dans le débat sur la formation universitaire comme norme d'entrée à la profession qui perdure depuis plus de trente ans au Québec (OIIQ, 2008). Depuis 2001, les IND réussissant le cours d'une durée de trois ans, menant à un DEC en soins infirmiers, ont l'opportunité de poursuivre leurs études à l'université pour obtenir un BAC en sciences infirmières en deux ans (programme DEC-BAC) (OIIQ, 2012). Le DEC-BAC est accessible dans toutes les régions du Québec : la totalité des 45 collèges et des neuf universités offrant la formation d'infirmière participe à la dispensation d'un tel programme (OIIQ, 2012). Au Québec, l'enseignement des soins de plaies dans la formation initiale est inégal et il est difficile de déterminer une tendance générale (Comité de la formation des infirmières, 2013, 2017). Malgré des améliorations, les données probantes en soins de plaies ne sont pas toujours enseignées dans la formation initiale (Comité de la formation des infirmières, 2013, 2017). Comme ailleurs au Canada, le temps octroyé aux soins

de plaies dans la formation initiale est insuffisant (Abuleal, 2018; Comité de la formation des infirmières, 2013; 2017).

Selon la théorie de la transition de Duchscher (2008), les IND terminant leur formation initiale entrent sur le marché du travail et vivent une étape importante de leur vie, soit la transition à la pratique. Ce passage comporte son lot de défis comme le stress, l'anxiété, la fatigue et le manque de confiance liés à un nouveau rôle multitâche (Benner, 1995; Duchscher, 2009; Rush et al., 2013; Washington, 2012). Malheureusement, les IND éprouvent de la difficulté à faire cette transition, ce qui entraîne des niveaux élevés d'épuisement professionnel, une difficulté de rétention du personnel infirmier et une plus faible satisfaction au travail que leurs collègues plus expérimentés (Rhéaume et al., 2011). Les IND peuvent, en effet, se décourager, se sentir dépassées et être sujettes à quitter leur emploi si elles ne sont pas soutenues professionnellement et socialement par un processus d'intégration structuré offert par l'employeur (Bontrager et al., 2016; Dyess et Parker, 2012; Hatler et al., 2011; Heppell-Cayouette et Maranda, 2016). Quoique situé à 87,5 %, le taux de rétention après cinq ans de pratique ne cesse de baisser au Québec (Marleau, 2019). La rétention des IND en milieux de soins est une préoccupation internationale. Aux États-Unis, 17 % des IND quittent la profession après un an de pratique (Blegen, 2017). En Nouvelle-Zélande, 10 % des infirmières âgées de moins de 30 ans envisagent de délaisser la profession (Clendon et Walker, 2011). Alors qu'en France, 30 % des IND quittent la profession dans les cinq années suivant l'obtention de leur diplôme (Syndicat national des professionnels infirmiers, 2019). Dans le présent contexte de pénurie d'infirmières, le système de santé ne peut se permettre ces pertes. D'envergure mondiale, un manque à gagner de 60 000 infirmières à temps complet est prédit pour 2022 au Canada (AIIC, 2009; Organisation mondiale de la santé, 2016). Considérant ce manque de main-d'œuvre et le coût de roulement pour un poste d'infirmière au Canada pouvant

s'élever jusqu'à 25 000 \$, l'importance que revêt la rétention des IND dans leur milieu de travail est primordiale (Berry et Curry, 2012; Li et Jones, 2013).

Une étude réalisée auprès de 352 IND américaines ayant quitté leur premier poste d'infirmière dévoile que la sécurité des patients, le niveau de stress et l'environnement de travail étaient des préoccupations prioritaires (Bowles et Candela, 2005). La pratique clinique des infirmières a énormément évolué en raison de la diminution des durées de séjour, du virage ambulatoire et de la complexité grandissante des besoins de santé (OIIQ, 2012). Les IND sont mises au défi d'utiliser leurs connaissances et habiletés dans un environnement marqué d'une cadence rapide et exigeante. Un sondage mené par le Comité jeunesse de l'OIIQ auprès des infirmières de moins de trois ans d'expérience (n = 1820) a rapporté que l'intégration à la profession était difficile pour une infirmière sur trois en raison, entre autres, d'une orientation trop brève, d'une formation trop courte et d'un manque de soutien (Heppell-Cayouette et Maranda, 2016).

Tout comme le Comité de la formation des infirmières (2013, 2017), Ousey et al. (2013) recommandent que les gestionnaires cherchent à développer des relations de collaboration avec les établissements d'enseignement offrant la formation initiale et les milieux de soins afin de faciliter un programme de soutien à la transition et ainsi promouvoir les bonnes pratiques en soins de plaies. Ces recommandations sont hors de tout doute difficilement réalisables dans le présent contexte québécois où les établissements offrant la formation initiale, les établissements de santé et l'OIIQ relèvent de trois ministères différents (ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur [MEES], ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] et le ministère de la Justice). Ainsi, les cliniciens en soins de plaies doivent relever le défi de fournir des soins fondés

sur des données probantes au sein d'un système en vase clos avec des barrières organisationnelles les empêchant d'obtenir des résultats optimaux pour leurs patients (Popovich et al., 2010).

L'ensemble de ces facteurs engendrent un écart préoccupant entre la théorie et la pratique en soins de plaies chez les IND (Monaghan, 2015; Murray et al., 2018; Scully, 2011). L'écart entre la théorie et la pratique se produit lorsque les infirmières ont de la difficulté à transposer leurs connaissances acquises en milieu académique dans la pratique clinique du monde réel (Dallaire, 2015). Le fait que les IND éprouvent initialement de la difficulté à ajuster leurs soins en fonction de la situation clinique et du contexte contribue à creuser cet écart (Duchscher, 2001). Des attentes divergentes entre le milieu de l'éducation et les milieux de soins se perpétuent, souvent influencées par le contexte antérieur dans lequel la formation infirmière et la pratique clinique ont été fondées (Wolff et al., 2010). La persistance de cet écart peut devenir accablante pour les IND, d'où l'importance de les soutenir dans le transfert des connaissances.

### **1.3 Le transfert des connaissances**

La pratique fondée sur les données probantes est devenue la norme visée dans toutes les disciplines de la santé, car son intégration dans la pratique clinique est fondamentale pour optimiser la qualité des soins et les résultats (Lenfant, 2003). Cette prémisse est bien étayée par la littérature, car les soins inappropriés ont un impact important et délétère sur les coûts de la prestation de services, les résultats pour les patients et la qualité de vie (Aita et al., 2007; Davis et al., 2003; IRSC, 2016; Lenfant, 2003; Marion et al., 2015; Straus et al., 2013; Straus et al., 2015). En introduction de leurs travaux sur l'application des connaissances en santé avec les IRSC, Straus et al. (2010) indiquent que le tiers des patients ne recevrait pas des traitements basés sur une efficacité prouvée et le quart des patients recevrait des soins non nécessaires ou potentiellement nuisibles, et ce, en raison d'une application inappropriée des connaissances. À ce jour, la



communauté scientifique s'accorde pour dire que les efforts déployés pour transférer les connaissances au niveau clinique ont eu peu de succès (Aita et al., 2007; Bellman et al., 2011; Grimshaw et al., 2012; Straus et al., 2015). Les systèmes de santé ne parviennent pas à utiliser de manière optimale les données probantes, ce qui entraîne une diminution de l'efficacité et de la qualité des soins offerts (Davis et al., 2003; Madon et al., 2007).

Une étude descriptive exploratoire réalisée par Gagnon et al. (2009) examine de plus près la situation au Québec. Celle-ci révèle quatre types de barrières quant au transfert des connaissances en général (Gagnon et al., 2009, p. 20) :

- Barrières liées aux caractéristiques personnelles des infirmières, telles les valeurs et croyances basées sur des années d'expérience et la force de l'habitude, le manque de motivation, de confiance et d'autonomie en regard de la recherche, le manque de formation et de compétences dans la compréhension des résultats de recherche, le manque de volonté de se mettre à jour et le peu de temps à y accorder, puis la compréhension de la langue anglaise écrite pour des non-anglophones;
- Barrières liées à l'organisation, telles la structure et la culture institutionnelle peu enclines à l'introduction d'innovations, le manque de soutien administratif et des autres professionnels, le peu de temps accordé à la lecture et à la compréhension des recherches, et le manque d'autorité et de ressources pour implanter des changements;
- Barrières liées aux caractéristiques et à la nature des recherches, telles les recherches parfois peu pragmatiques et les conclusions parfois peu déterminantes et même contradictoires, les lacunes dans la formation initiale des

infirmières, puis les cultures et visions différentes entre chercheurs et cliniciennes;

- Barrières liées à la communication ou à la diffusion des recherches, telles la présentation statistique et les répercussions dans la pratique peu évidentes, l'accessibilité des recherches difficile en raison du temps de publication et des coûts associés à l'accès, la faible diffusion des recherches pertinentes et, finalement, la vulgarisation déficitaire des résultats.

Le transfert des connaissances est utilisé dans plusieurs écrits pour évaluer la portée des interventions mises en place pour la relève infirmière. Par exemple, un centre de la Baie-des-Chaleurs, situé à l'est de la province de Québec, a conclu que le transfert du savoir tacite des infirmières expérimentées vers les recrues augmente le taux de réussite de l'intégration des nouvelles infirmières et de leur rétention, diminue les heures supplémentaires et contribue à réduire le taux d'accidents (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2009). Le programme d'internat de l'hôpital St. Michael de Toronto démontre même que le transfert des connaissances est essentiel à la durabilité des effectifs infirmiers, à la création d'environnements de travail sains et à la promotion de la croissance professionnelle (Murphy et al., 2004). En lien avec la problématique des soins de plaies, l'application d'un modèle basé sur le transfert des connaissances en soins de plaies dans le département de chirurgie d'un centre tertiaire ontarien a permis d'augmenter les demandes appropriées auprès des stomothérapeutes, d'uniformiser l'évaluation des plaies et d'accroître le nombre de traitements basés sur les données probantes (Graham et Logan, 2004). Une autre étude menée par Harrison et al. (2005), à la suite de la structuration du transfert des connaissances entourant les soins de l'ulcère veineux à domicile, conclut que l'application d'un protocole de soins fondé sur les données probantes améliore la

qualité des soins, augmente le taux de guérison, diminue le nombre de visites infirmières et réduit les coûts d'approvisionnement en matériel. En 2007, la réorganisation des soins de plaies dans un centre de soins communautaires de Niagara (Ontario) démontre que la mise en œuvre d'une pratique fondée sur des données probantes a entraîné une réduction marquée des coûts, une utilisation moindre des pansements traditionnels et une amélioration des indicateurs cliniques comme la durée de cicatrisation des plaies (Hurd et al., 2008).

De façon concertée, les écrits soulèvent que l'amélioration des stratégies de transfert des connaissances est nécessaire et demeure un moyen privilégié de réduire l'écart entre les connaissances produites en santé et leur utilisation dans la pratique infirmière (Armstrong et al., 2006; Dobbins et al., 2002; Grimshaw et Eccles, 2008; Lavis et al., 2003; Mitton et al., 2008; Straus et al., 2011, 2015). En outre, il est souligné qu'un meilleur transfert des connaissances rehausse le sentiment de compétence et la qualité des soins, en plus d'augmenter la satisfaction de tous les acteurs impliqués. Il faut toutefois considérer l'intégration du transfert des connaissances à des méthodologies basées sur la réalité des milieux de travail, tout en étant spécifiques aux problèmes rencontrés (Kitson et al., 2008). En ce sens, une revue systématique *Cochrane* publiée en 2010 conclut que les interventions adaptées aux obstacles relevés de manière prospective avec les données probantes sont plus susceptibles d'améliorer la pratique clinique que l'unique diffusion de lignes directrices (Baker et al.). Les professionnels de la santé peuvent donc fournir une perspective précieuse pour déterminer les obstacles à la prestation des soins de plaies dans les différents secteurs de la santé (Denny et al., 2014).

#### **1.4 Résumé du chapitre**

Les plaies sont une préoccupation grandissante en raison des nombreux impacts qu'elles occasionnent sur la qualité de vie des patients, la charge financière et l'organisation du système de

santé. L'infirmière détient un rôle clé pour réduire le nombre de plaies ou en limiter les conséquences. Malgré l'existence de données probantes, l'écart entre la théorie et la pratique perdure en soins de plaies. Demandant un large éventail de connaissances et de compétences, les soins de plaies fondés sur les données probantes représentent un défi de taille pour les IND qui traversent une période difficile de transition vers la pratique clinique. L'amélioration du transfert des connaissances est nécessaire et demeure un moyen privilégié de réduire le fossé entre les données probantes et leur utilisation dans la pratique infirmière. Afin de combler cet écart entre la problématique et la situation souhaitée des soins de plaies fondés sur les données probantes, il importe de décrire les obstacles au transfert optimal des connaissances. Ainsi, cette étude descriptive des facilitateurs et des obstacles dans le transfert des connaissances en soins de plaies chez des IND travaillant au Québec permettra d'élucider certaines perspectives.

## Références

- Abuleal, S. V. (2018). Wound care education for undergraduate nursing students. *Journal of Healthcare Communications*, 3(2), 28. <https://doi.org/10.4172/2472-1654.100138>
- Aita, M., Richer, M. C. et Héon, M. (2007). Illuminating the processes of knowledge transfer in nursing. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(3), 146-155. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2007.00087>
- Allain, C. (2016). *Le choc des générations : cohabiter, une responsabilité partagée* (8<sup>e</sup> éd.). Les productions Carol Allain.
- Armstrong, R., Waters, E., Roberts, H., Oliver, S. et Popay, J. (2006). The role and theoretical evolution of knowledge translation and exchange in public health. *Journal of Public Health*, 28(4), 384-389. <https://doi.org/10.1093/jpubhealth/fdl072>
- Association des infirmières et des infirmiers du Canada. (2009). *Solutions éprouvées à la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada*. <https://www.cna-aiic.ca/fr/pratique-soins-infirmiers/la-pratique-des-soins-infirmiers/ressources-humaines-de-la-sante#sthash.ItHDvoEL.dpuf>
- Association des infirmières et des infirmiers du Canada et Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2014). *La qualité et la sécurité des soins aux patients*. [https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/quality\\_and\\_safety\\_in\\_patient\\_care\\_roundtable\\_report\\_summary\\_f.pdf?la=fr&hash=8D6F8AFC7230E2025C7A380B01CF39BB79909CC2](https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/quality_and_safety_in_patient_care_roundtable_report_summary_f.pdf?la=fr&hash=8D6F8AFC7230E2025C7A380B01CF39BB79909CC2)
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2013). *Évaluation du risque et prévention des lésions de pression*. <http://rnao.ca/bpg/guidelines/risk-assessment-and-prevention-pressure-ulcers>
- Baker, R., Camosso-Stepinovic, J., Gillies, C., Shaw, E. J., Cheater, F., Flottorp, S. et Robertson, N. (2010). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 17(3), CD005470. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005470.pub2>
- Bellman, L., Webster, J. et Jeanes, A. (2011). Knowledge transfer and the integration of research, policy and practice for patient benefit. *Journal of Research in Nursing*, 16(3), 254-270. <https://doi.org/10.1177/1744987110385271>
- Benner, P. E. (1995). *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*. InterÉditions.
- Berry, L. et Curry, P. (2012). *Nursing workload and patient care*. Canadian Federation of Nurses Union. [https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/07/cfnu\\_workload\\_printed\\_version\\_pdf.pdf](https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/07/cfnu_workload_printed_version_pdf.pdf)
- Blegen, A., Spector, R., Lynn, T., Barnsteiner, T. et Ulrich, T. (2017). Newly licensed RN retention: Hospital and nurse characteristics. *Journal of Nursing Administration*, 47(10), 508-514. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000523>
- Bontrager, S., Hart, P. et Mareno, N. (2016). The role of preceptorship and group cohesion on newly licensed registered nurses' satisfaction and intent to stay. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 47(3), 132-139. <https://doi.org/10.3928/00220124-20160218-09>
- Bowles, C. et Candela, L. (2005). First job experiences of recent RN graduates: Improving the work environment. *Journal of Nursing Administration*, 35(3), 130-137. <https://doi.org/10.1097/00005110-200503000-00006>
- Brown, D. S. et Wolosin, R. (2013). Safety culture relationships with hospital nursing sensitive metrics. *Journal of Health Quality*, 35(4), 61-74. <https://doi.org/10.1111/jhq.12016>

- Campbell, K., Teague, L., Hurd, T. et King, J. (2006). Health policy and the delivery of evidence-based wound care using regional wound teams. *Healthcare Management Forum*, 19(2), 16-21. [https://doi.org/10.1016/S0840-4704\(10\)60818-6](https://doi.org/10.1016/S0840-4704(10)60818-6)
- Clendon, J. et Walker, L. (2011). Characteristics and perceptions of younger nurses in New Zealand: Implications for retention. *Kai Tiaki Nursing Research*, 2(1), 4-16.
- Comité de la formation des infirmières. (2013; 2017). *Avis - Enseignement sur l'évaluation et le traitement des plaies dans la formation infirmière initiale*. OIIQ. [https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/oiiq\\_avis\\_enseignement\\_plaies\\_2013.pdf/8aedf5c5-2d87-b926-f161-734ea506a4a8](https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/oiiq_avis_enseignement_plaies_2013.pdf/8aedf5c5-2d87-b926-f161-734ea506a4a8)
- Dallaire, C. (2015). La difficile relation des soins infirmiers avec le savoir. *Recherche en soins infirmiers*, 121(2), 18-27. <https://doi.org/10.3917/rsi.121.0018>
- Davis, D., Evans, M., Jadad, A., Perrier, L., Rath, D., Ryan, D., Sibbald, G., Straus, S., Rappolt, S., Wowk, M. et Zwarenstein, M. (2003). The case for knowledge translation: Shortening the journey from evidence to effect. *British Medical Journal*, 327(7405), 33-35. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7405.33>
- Denny, K., Lawand, C. et Perry, S. D. (2014). Compromised wounds in Canada. *Healthcare Quarterly*, 17(1), 7-10.
- Dobbins, M., Ciliska, D., Cockerill, R., Barnsley, J. et Dicensio, A. (2002). A framework for the dissemination and utilization of research for health-care policy and practice. *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, E9(1), 149-160. <https://doi.org/10.1111/j.1524-475X.2002.00149.x>
- Dowsett, C. et Hall, Y. (2019). T.I.M.E to improve patient outcomes: Optimising wound care through a clinical decision support tool. *British Journal of Nursing*, 28(6), S17-S21. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.6.S17>
- Duchscher, E. J. (2001). Out in the real world: Newly graduated nurses in acute-care speak out. *Journal of Nursing Administration*, 31(9), 426-439. <https://doi.org/10.1097/00005110-200109000-00009>
- Duchscher, J. B. (2008). A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441-450. <https://doi.org/10.3928/00220124-20081001-03>
- Duchscher, J. B. (2009). Transition shock: The initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103-1113. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04898>
- Dyess, S. et Parker, C. G. (2012). Transition support for the newly licensed nurse: A programme that made a difference. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 615-623. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01330>
- Dykes, P. C. et Collins, S. A. (2013). Building linkages between nursing care and improved patient outcomes: The role of health information technology. *Online Journal of Issues in Nursing*, 18(3), 4. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol18No03Man04>
- Estabrooks, C. A., Chong, H., Brigidear, K. et Profetto-McGrath, J. (2005). Profiling Canadian nurses' preferred knowledge sources for clinical practice. *Canadian Journal of Nursing Research*, 37(2), 118-140.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2009). Knowledge translation, linkage and exchange retaining institutional wisdom: Using an evidence-informed approach to transfer knowledge from experienced nurses to new nursing staff. *Healthcare Policy* 4(4), 57-60. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2009.20819>

- Gagnon, J., Côté, F., Boily, M., Dallaire, C., Gagnon, M. P., Michaud, C., Hatem, M. et Mercure, S. A. (2009). Barrières et facteurs facilitant l'intégration de résultats probants aux soins infirmiers en contexte québécois : étude exploratoire-descriptive. *L'infirmière clinicienne*, 6(1), 19-28.
- Gentina, E. et Delécluse, M.-È. (2018). *Génération Z : des Z consommateurs aux Z collaborateurs*. Dunod.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Allen, P., Morely, N. et Nieuwenhoven, P. (2014). Wound care practices: A survey of acute care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17-18), 2618-2627. <https://doi.org/10.1111/jocn.12479>
- Graham, K. et Logan, J. (2004). Using the Ottawa model of research use to implement a skin care program. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(1), 18-26. <https://doi.org/10.1097/00001786-200401000-00006>
- Grimshaw, J. et Eccles, M. P. (2008). Knowledge translation of research findings. Dans D. Hailey, J. Grimshaw, M. Eccles, C. Mitton, C. E. Adair, E. McKenzie, S. Patten, B. Wayne-Perry, L. Rentzhog, P. Taenzer, C. Harstall, S. Rashid, P. Barton, D. Schopflocher et L. Jobin (dir.), *Effective dissemination of findings from research* (p. 8-24). Institute of Health Economics.
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J. et Squires, J. E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-50>
- Guest, J. F., Ayoub, N., McIlwraith, T., Uchegbu, I., Gerrish, A., Weidlich, D., Vowden, K. et Vowden, P. (2017). Health economic burden that different wound types impose on the UK's National Health Service. *International Wound Journal*, 14(2), 322-330. <https://doi.org/10.1111/iwj.12603>
- Harrison, M. B., Graham, I. D., Lorimer, K., Friedberg, E., Pierscianowski, T. et Brandys, T. (2005). Leg-ulcer care in the community, before and after implementation of an evidence-based service. *Canadian Medical Association Journal*, 172(11), 1447-2452. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1041441>
- Hatler, C., Stoffers, P., Kelly, L., Redding, K. et Carr, L. L. (2011). Work unit transformation to welcome new graduate nurses: Using nurses' wisdom. *Nursing Economic*, 29(2), 88-93.
- Heppell-Cayouette, M. et Maranda, J. (2016, 7 novembre). *Intégration de la relève infirmière dans les milieux cliniques* [communication orale]. Congrès de l'OIIQ. Montréal, QC, Canada. <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/evenements/congres2016/pdf/integration-releve-congres-2016-a11.pdf>
- Hopkins, R. B., Burke, N., Harlock, J., Jegathisawaran, J. et Goeree, R. (2015). Economic burden of illness associated with diabetic foot ulcers in Canada. *BMC Health Services Research*, 15, 13. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0687-5>
- Hughes, M. A. (2016). Wound infection: A knowledge deficit that needs addressing. *British Journal of Nursing*, 25(6 Suppl), S46-51. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.6.S46>
- Hurd, T. et Posnett, J. (2009). Point prevalence of wounds in a sample of acute hospitals in Canada. *International Wound Journal*, 6(4), 287-293. <https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2009.00615>
- Hurd, T., Zuilian, N. et Posnett, J. (2008). Evaluation of the impact of restructuring wound management practices in a community care provider in Niagara, Canada. *International Wound Journal*, 5(2), 296-304. <https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2008.00484>

- Institut canadien d'information sur la santé. (2013). *Les plaies difficiles au Canada*.  
[https://secure.cihi.ca/free\\_products/AiB\\_Compromised\\_Wounds\\_FR.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/AiB_Compromised_Wounds_FR.pdf)
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2016). *À propos de l'application des connaissances*.  
<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html>
- Jones, R. K., Fennie, R. K. et Lenihan, R. A. (2007). Evidence-based management of chronic wounds. *Advances in Skin & Wound Care*, 20(11), 591-600.  
<https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000284936.32707.8d>
- Kitson, A. L., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K. et Titchen, A. (2008). Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARiHS framework: Theoretical and practical challenges. *Implementation Science*, 3(1), 1.  
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-1>
- Lavis, J. N., Robertson, D., Woodside, J. M., McLeod, C. B. et Abelson, J. (2003). How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Quarterly*, 81(2), 221-222.
- Lenfant, C. (2003). Clinical research to clinical practice - Lost in translation? *The New England Journal of Medicine*, 349(9), 868-874. <https://doi.org/10.1056/NEJMs035507>
- Li, Y. et Jones, C. B. (2013). A literature review of nursing turnover costs. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 405-418. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01411>
- Lindholm, C. et Searle, R. (2016). Wound management for the 21st century: Combining effectiveness and efficiency. *International Wound Journal*, 13(2 Suppl), 5-15.  
<https://doi.org/10.1111/iwj.12623>
- Lyder, C. et Ayello, E. (2008). Pressure ulcers: A patient safety issue. Dans R. Hughes (dir.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (p. 267-299). Agency for Healthcare Research and Quality.
- Madon, T., Hofman, K. J., Kupfer, L. et Glass, R. I. (2007). Implementation science. *Science*, 318(5857), 1728-1729. <https://doi.org/10.1126/science.1150009>
- Marion, C., Houlfort, N. et Saussez, F. (2015). Transfert de connaissances issues de la recherche en éducation : situation globale, défis et perspectives. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 18(2), 56-89. <https://doi.org/10.7202/1036033ar>
- Marleau, D. (2019). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2018-2019*. OIIQ.  
[https://www.oiiq.org/documents/20147/3410233/Rapport\\_statistique\\_2018-2019.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/3410233/Rapport_statistique_2018-2019.pdf)
- McCluskey, P. et McCarthy, G. (2012). Nurses' knowledge and competence in wound management. *Wounds UK*, 8(2), 37-47.
- Mcgillis Hall, L., Doran, H. D. et Pink, H. G. (2004). Nurse staffing models, nursing hours, and patient safety outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 34(1), 41-45.  
<https://doi.org/10.1097/00005110-200401000-00009>
- Mitton, C., Adair, C. E., McKenzie, E., Patten, S. et Waye-Perry, B. (2008). Knowledge transfer and exchange (KTE): A systematic review, key informant interviews and design of a KTE strategy. Dans D. Hailey, J. Grimshaw, M. Eccles, C. Mitton, C. E. Adair, E. McKenzie, S. Patten, B. Waye-Perry, L. Rentzhog, P. Taenzer, C. Harstall, S. Rashid, P. Barton, D. Schopflocher et L. Jobin (dir.), *Effective dissemination of findings from research* (p. 25-55). Institute of Health Economics.
- Monaghan, T. (2015). A critical analysis of the literature and theoretical perspectives on theory-practice gap amongst newly qualified nurses within the United Kingdom. *Nurse Education Today*, 35(8), e1-e7. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.03.006>



- Montambeault, C. et Hamelin-Lalonde, C. (2019). *La génération Z du Québec et sa vision du milieu de travail*. Bibliothèque et Archives nationales du Québec.  
<https://academos.lpages.co/generation-z/>
- Murphy, M., Petryshen, P. et Read, N. (2004). Retaining and transferring nursing knowledge through a hospital internship program. *Innovation in Leadership*, 17(2), 60-68.  
<https://doi.org/10.12927/cjnl.2004.16268>
- Murray, M., Sundin, D. et Cope, V. (2018). New graduate registered nurses' knowledge of patient safety and practice: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 31-47. <https://doi.org/10.1111/jocn.13785>
- Nussbaum, S. R., Carter, M. J., Fife, C. E., Davanzo, J., Haight, R., Nusgart, M. et Cartwright, D. (2018). An economic evaluation of the impact, cost, and medicare policy implications of chronic nonhealing wounds. *Value in Health*, 21(1), 27-32.  
<https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.07.007>
- Olsson, M., Jarbrink, K., Divakar, U., Bajpai, R., Upton, Z., Schmidtchen, A. et Car, J. (2019). The humanistic and economic burden of chronic wounds: A systematic review. *Wound Repair and Regeneration*, 27(1), 114-125. <https://doi.org/10.1111/wrr.12683>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Ordre des professionnels de la physiothérapie du Québec. (2014). *Une action concertée pour optimiser le traitement des plaies chroniques et complexes : cadre de collaboration interprofessionnelle pour les ergothérapeutes, les infirmières et les professionnels de la physiothérapie*.  
[http://www.oiiq.org/sites/default/files/8403\\_ActionConcerteePlaiesChroniques.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/8403_ActionConcerteePlaiesChroniques.pdf)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2012). *La relève infirmière du Québec : une profession, une formation*. <https://www.oiiq.org/la-releve-infirmiere-du-quebec-une-profession-une-formation-memoire>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*.  
[https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1466\\_doc.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1466_doc.pdf)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2008). *La petite histoire de 1917 à 1991*.
- Organisation mondiale de la santé (2016). *Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020*.
- Orsted, H. L., Keast, D. H., Forest-Lalande, L., Kuhnke, J. L., O'Sullivan-Drombolis, D., Jin, S., Haley, J. et Evans, R. (2018). *Recommandation pour les pratiques exemplaires pour la prévention et la gestion des plaies*. Wounds Canada. [www.woundscanada.ca/docman/public/1180-pratiques-exemplaires-pour-la-prevention-et-la-gestion-des-plaies](http://www.woundscanada.ca/docman/public/1180-pratiques-exemplaires-pour-la-prevention-et-la-gestion-des-plaies)
- Ousey, K., Stephenson, J., Cook, L., Kinsey, L. et Batt, S. (2013). Final year student nurses' experiences of wound care: An evaluation. *British Journal of Community Nursing*, 18(Supp.3), S7-8, S10, S12. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.sup3.s7>
- Pearson. (2018). *Beyond millennials: The next generation of learners*. [https://www.pearson.com/content/dam/one-dot-com/one-dot-com/global/Files/news/news-announcements/2018/The-Next-Generation-of-Learners\\_final.pdf](https://www.pearson.com/content/dam/one-dot-com/one-dot-com/global/Files/news/news-announcements/2018/The-Next-Generation-of-Learners_final.pdf)
- Popovich, K., Tohm, P. et Hurd, T. (2010). Skin and wound care excellence: Integrating best-practice evidence. *Healthcare Quarterly*, 13(Spec), 42-46.  
<https://doi.org/10.12927/hcq.2010.21965>

- Rao, D. P., Kropac, E., Do, M. T., Roberts, K. C. et Jayaraman, G. C. (2016). Childhood overweight and obesity trends in Canada. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention Journal*, 36(9), 194-198. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.36.9.03>
- Rhéaume, A., Clément, L. et Lebel, N. (2011). Understanding intention to leave amongst new graduate Canadian nurses: A repeated cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 490-500. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.08.005>
- Rush, K. L., Adamack, M., Gordon, J., Lilly, M. et Janke, R. (2013). Best practices of formal new graduate nurse transition programs: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 345-356. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.06.009>
- Scully, N. J. (2011). The theory-practice gap and skill acquisition: An issue for nursing education. *Collegian*, 18(2), 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2010.04.002>
- Sen, C. K., Gordillo, G. M., Roy, S., Kirsner, R., Lambert, L., Hunt, T. K., Gottrup, F., Gurtner, G. C. et Longaker, M. T. (2009). Human skin wounds: A major and snowballing threat to public health and the economy. *Wound Repair and Regeneration*, 17(6), 763-771. <https://doi.org/10.1111/j.1524-475X.2009.00543>
- Stacey, M. (2016). Why don't wounds heal? *Wounds International*, 7(1), 16-21.
- Stacey, M., Waters, N. et Houghton, P. (2017). How many wounds? *Wounds Care Canada*, 15(1), 38-39.
- Statistiques Canada. (2017, 3 mai). *Chiffres selon l'âge et le sexe, et selon le type de logement : faits saillants du Recensement de 2016* (publication no 11-001-X). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/170503/dq170503a-fra.pdf>
- Straus, S. E., Tetroe, J. et Graham, I. D. (2011). Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(1), 6-10. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.08.016>
- Straus, S. E., Tetroe, J. et Graham, I. D. (2013). *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2<sup>e</sup> éd.). Wiley.
- Straus, S. E., Tetroe, J. et Graham, I. D. (2015). *L'application des connaissances dans les soins de santé : transition des données probantes à la pratique*. IRSC. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/40618.html>
- Straus, S. E., Tetroe, J., Graham, I. D. et Leung, E. (2010). *Des connaissances à la pratique : ce que c'est et ce que ce n'est pas*. IRSC. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/41928.html>
- Syndicat national des professionnels infirmiers. (2019). *Infirmiers : 30% des nouveaux diplômés abandonnent dans les 5 ans*. Syndicat national des professionnels infirmiers. <http://www.syndicat-infirmier.com/Infirmiers-30-des-nouveaux-diplomes-abandonnent-dans-les-5-ans.html>
- Vowden, P. et Vowden, K. (2016). Clinical care implications of the 'Burden of wounds' study. *Wounds UK*, 12(3), 12-21.
- Washington, T. G. (2012). Performance anxiety in new graduate nurses: Is it for real? *Dimensions of Critical Care Nursing*, 31(5), 295-300. <https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e3182619b4c>
- Welsh, L. (2018). Wound care evidence, knowledge and education amongst nurses: A semi-systematic literature review. *International Wound Journal*, 15(1), 53-61. <https://doi.org/10.1111/iwj.12822>
- White, P., Pringle, D., Doran, D. et McGillis Hall, L. (2005). Le projet d'étude sur les soins infirmiers et les résultats des soins de santé. *Infirmière canadienne*, 101(9), 15-18.

- Wolff, A., Pesut, B. et Regan, S. (2010). New graduate nurse practice readiness: Perspectives on the context shaping our understanding and expectations. *Nurse Education Today*, 30(2), 187-191.
- Woo, K. Y. et Sibbald, R. G. (2008). Vacuum-assisted closure home care training: A process to link education to improved patient outcomes. *International Wound Journal*, 5(2 Suppl), 1-9. <https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2008.00474.x>
- Wounds Canada. (2017). *The burden of wounds in Canada*. <https://www.woundscanada.ca/leader-change-maker/overview/burden-of-wounds-in-canada>

## Chapitre 2 – Recension des écrits

Le présent chapitre a pour but de faire l'état des connaissances relatives à la problématique précédemment énoncée, soit le transfert difficile des connaissances en soins de plaies en début de pratique. Malgré une recherche documentaire exhaustive et le soutien des services bibliothécaires de l'Université d'Ottawa, la littérature au sujet du transfert des connaissances en soins de plaies dans sa globalité chez les IND est quasi inexistante au moment de la rédaction de cette thèse de maîtrise. Alors, une revue intégrative portant sur les obstacles du transfert des connaissances en soins de plaies chez les infirmières en général a été réalisée en guise de recension des écrits et est présentée ici sous forme d'article, lequel a été soumis à une revue.

Pour compléter le contenu de l'article, une recension des écrits sur la transition à la pratique des IND sera présentée pour mieux comprendre la réalité des IND en soins de plaies. Finalement, le but et les questions de recherche seront formulés.

### 2.1 Article 1

La recension des écrits est présentée dans ce chapitre avec le manuscrit qui a été soumis le 9 mai 2020 à la revue *Recherche en soins infirmiers*, comme en fait foi l'accusé de réception présenté à l'Annexe A.

Référence pour l'article 1 : Gagnon, J., Lalonde, M., Polomeno, V., Beaumier, M., & Tourigny, J. (2020). Le transfert des connaissances en soins de plaies chez les infirmières : une revue intégrative des écrits. *Recherche en soins infirmiers*. [soumis pour publication].

**Titre :** Le transfert des connaissances en soins de plaies chez les infirmières : une revue intégrative des écrits.

**Auteurs**

Mme Julie GAGNON, B. Sc., Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université d'Ottawa, Canada

Mme Michelle LALONDE, Ph. D, Professeure adjointe, Université d'Ottawa, Canada

Mme Viola POLOMENO, Ph. D, Professeure agrégée, Université d'Ottawa, Canada

Mme Maryse BEAUMIER, Ph. D, Professeure agrégée, Université du Québec à Trois-Rivières

Mme Jocelyne TOURIGNY, Ph. D, Professeure émérite, Université d'Ottawa, Canada

**Résumé et mots clés en français**

**Introduction :** Faisant partie intégrante du rôle professionnel infirmier, les soins de plaies représentent un enjeu de santé publique et sont une préoccupation importante.

**Contexte :** En dépit des guides de pratique et l'existence de lignes directrices, un écart persiste entre les données probantes et la pratique clinique.

**Objectifs :** Faire l'état de la situation et répertorier les obstacles au transfert optimal des connaissances en soins de plaies chez les infirmières.

**Méthode :** Une revue intégrative a été effectuée. La recherche des données reliées à la pratique infirmière a été réalisée dans six bases de données.

**Résultats :** Parmi les 82 écrits répertoriés, 13 articles ont été retenus pour l'analyse. Les écrits, tous publiés en anglais, soulèvent l'écart entre la théorie et la pratique infirmière en soins de plaies. Des obstacles reliés aux connaissances, aux attitudes et au contexte contribuent à entretenir celui-ci.

**Discussion :** Le rôle infirmier aurait avantage à être optimisé relativement aux soins de plaies. La situation des nouvelles infirmières et la réalité des milieux de soins ruraux sont peu explorées dans ce contexte.

**Conclusion :** Un plan stratégique adapté à chaque établissement de santé permettrait d'améliorer la qualité de la pratique en soins de plaies.

**Mots clés :** Soins de plaies, pratique infirmière, transfert des connaissances, développement professionnel, pratique fondée sur les données probantes, revue intégrative

### **Summary and keywords in English**

**Introduction:** As an integral part of the professional nursing role, wound care represents a major health issue is an important concern.

**Background:** Despite the existence of best practice recommendations and clinical guidelines, there is a gap that continues to persist between the evidence and clinical practice.

**Purpose:** Assess the current situation and identify the obstacles to nurses' optimal knowledge transfer in wound care.

**Method:** An integrative literature review was used in this study. An electronic related to nursing practice was conducted in six databases.

**Results:** Of the 82 articles that were collected, 13 were retained for analysis. They are all published in English. The literature highlights the gap between theory and practice in wound care. Obstacles relating to knowledge, attitudes and environmental factors contribute to maintaining this gap.

**Discussion:** The nursing role would benefit from being optimized in relation to wound care. There has been limited exploration of the situation of new graduate nurses and the reality of rural health care settings in regard to this context.

**Conclusion:** A strategic plan, that would be adapted to the situation of each healthcare facility, could improve the quality of the wound care practice.

**Keywords:** Wound care, nurse competency, knowledge transfer, professional development, evidence-base practice, integrative literature review

## Introduction

### Contexte

Les plaies représentent un enjeu de santé publique, lequel a d'importants impacts sur la qualité de vie des personnes soignées, le personnel soignant et le réseau de la santé (1-3). Les dernières données recueillies en 2011-2012 par l'Institut canadien d'information sur la santé révèlent que, malgré leur probable sous-déclaration, les plaies au Canada ont une prévalence de 28,2 % en soins continus complexes, 9,6 % en soins de longue durée, 7,3 % en soins à domicile ainsi que 3,7 % en soins hospitaliers de courte durée (2). Selon Hurd et Posnett, les plaies de pression et les infections de plaies chirurgicales coûtent à chaque hôpital canadien plus d'un million de dollars par année (4). Les plaies sont un enjeu mondial de plusieurs milliards de dollars : les dépenses annuelles en soins de santé pour tous les types de plaies sont estimées de façon conservatrice à près de 27,6 milliards de dollars<sup>2</sup> aux États-Unis (5). Quant au Royaume-Uni, Guest et al. (6) ont calculé que le coût annuel de la prise en charge des plaies chroniques est estimé à 5 milliards de dollars<sup>3</sup> (6). Mais au-delà des implications pécuniaires, les plaies ont des impacts considérables sur la santé et la qualité de vie des patients qui en souffrent (2, 7, 8).

Considérant le vieillissement de la population, le mode de vie sédentaire, l'augmentation des taux d'obésité et des maladies chroniques, en particulier le diabète, la prévalence des plaies s'accroît chaque année. L'urgence d'améliorer les traitements de celles-ci devient justifiée (1, 5, 9-11). Cette situation nécessite l'amélioration des compétences et des connaissances des infirmières pour optimiser la prestation des soins de plaies selon les données probantes. Lindholm

<sup>2</sup> Équivalent en dollars canadiens de 32 milliards de dollars américains (19,7 milliards d'euros) selon le taux de change de la Banque du Canada en date de l'étude (31 décembre 2014).

<sup>3</sup> Équivalent en dollars canadiens de 3,2 milliards de livres sterling (3,8 milliards d'euros) selon le taux de change de la Banque du Canada en date de l'étude (30 avril 2013).



et Searle soulignent que l'écart entre les services disponibles et la demande en soins de plaies continuera de se creuser, d'où l'importance de trouver des moyens d'accroître l'efficacité de la gestion des plaies par l'entremise, entre autres, de l'optimisation du rôle infirmier (12).

Plusieurs approches infirmières permettent de réduire le nombre de plaies ou d'en limiter les conséquences comme la prévention précoce, les soins adaptés, la collaboration à l'équipe interdisciplinaire et l'organisation optimale des services (13). La littérature scientifique appuie le lien entre la pratique des infirmières et les résultats positifs pour les patients et le système de santé comme démontré par la diminution des plaies de pression (14, 15). De plus, l'amélioration des taux de cicatrisation et la réduction de la fréquence des changements de pansements contribuent à une diminution des coûts associés à la dispensation des soins infirmiers en représentant une économie à long terme (13). La qualité des décisions cliniques prises par les infirmières en ce qui concerne le plan de traitement en soins de plaies a donc une influence pour les patients et le système de santé. La création, la diffusion et l'application des connaissances en soins de plaies revêtent d'une importance accrue afin de fournir des soins basés sur les données probantes.

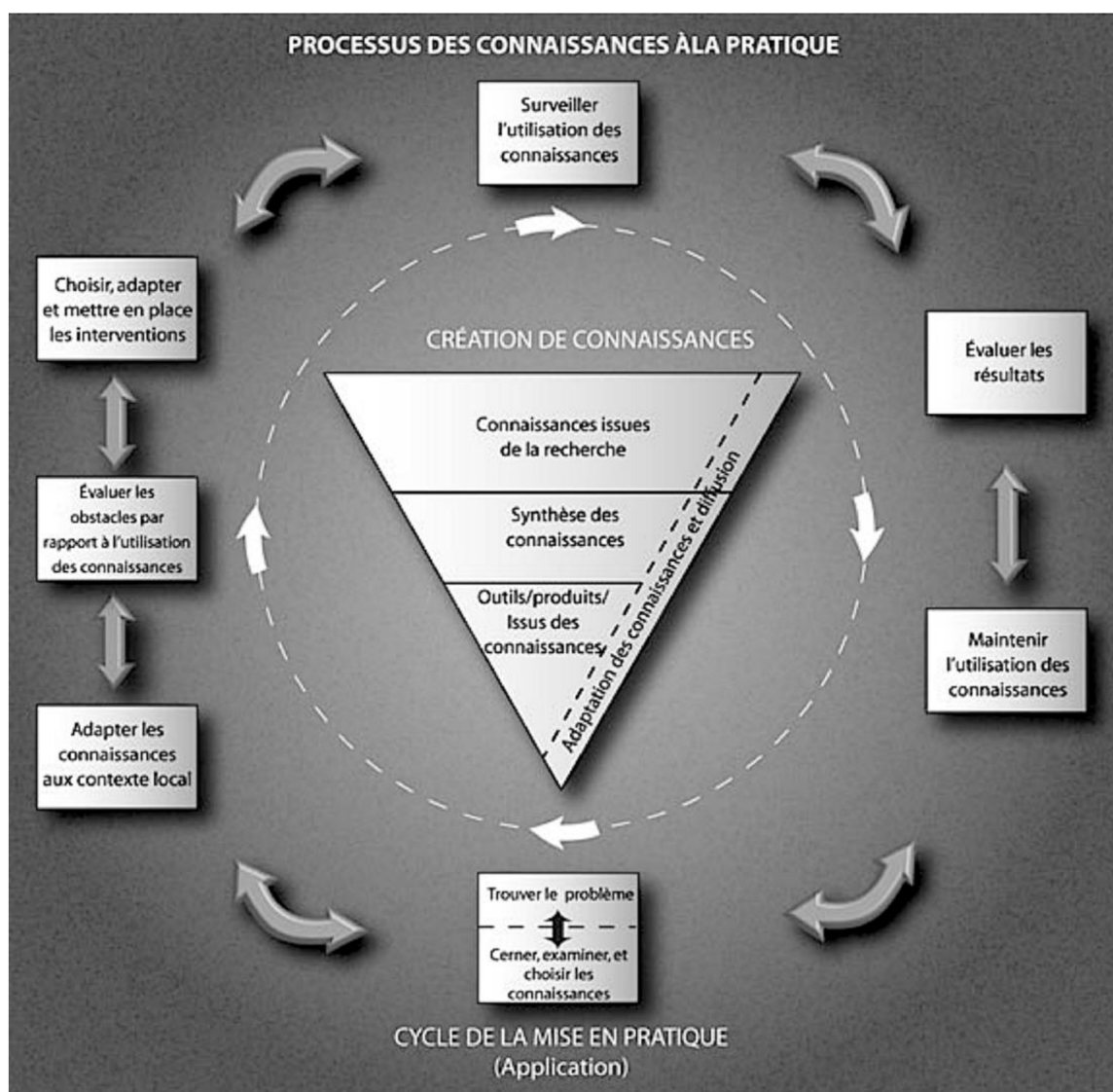
Les soins de plaies sont un domaine d'expertise relativement nouveau et en développement rapide par rapport aux autres spécialités de la profession infirmière (16, 17). Cette complexité croissante engendre un défi supplémentaire afin de développer cette expertise. Afin de guider les infirmières à travers l'élaboration du plan de traitement, l'organisme Wounds Canada publie des recommandations pour les meilleures pratiques exemplaires depuis l'an 2000. Leur récente publication sur la prévention et la gestion des plaies présente un schéma illustrant le processus qui consiste à transférer les connaissances jusqu'au chevet du patient (13, 18). Ce processus a comme point de départ les données probantes issues de la littérature, l'expérience clinique et l'opinion d'experts. Cependant, on remarque malheureusement en clinique que les traitements en soins de

plaies ne sont pas toujours basés sur ces recommandations. Woo et Sibbald soulignent qu'un déficit du transfert des données probantes à la pratique en soins de plaies perdure malgré la disponibilité de lignes directrices (19). En ce sens, Jones, Fennie et Lenihan ont examiné la pratique clinique des soins de plaies chroniques dans une étude rétrospective sur 400 dossiers patients de multiples milieux (20). Les auteurs ont rapporté des variations significatives à l'adhésion de la pratique fondée sur les données probantes, par exemple en ce qui a trait à la sélection et l'application appropriées des pansements ( $p < 0,001$ ). Dans l'optique d'un éventuel changement dans les pratiques organisationnelles, les interventions adaptées aux obstacles identifiés de manière prospective sont les plus susceptibles d'améliorer la pratique professionnelle (21). Or, il s'avère nécessaire d'explorer la situation et d'expliquer le respect si limité des données probantes en soins de plaies par les infirmières. Par conséquent, cet article a pour but de présenter une révision des écrits théoriques et empiriques portant sur le transfert des connaissances en soins de plaies chez les infirmières.

### **Cadre théorique**

De nombreux termes sont utilisés dans la littérature pour décrire le processus de mise en pratique des connaissances (22, 23). Au Royaume-Uni et en Europe, les termes « mise en œuvre de la science » ou « utilisation de la recherche » sont régulièrement utilisés. Aux États-Unis, il est davantage question de « diffusion », « mise en œuvre » et « utilisation de la recherche » ainsi que de « transfert » ou d'« utilisation des connaissances ». Au Canada, les termes « échange », « application » ou « transfert des connaissances » sont couramment utilisés (24). Bien qu'interchangeable et dans un but d'uniformisation, le terme utilisé dans le présent article sera « transfert des connaissances ». La présente recherche est encadrée du modèle conceptuel de « L'application des connaissances dans les soins de santé : transition des données probantes à la

pratique » de Straus, Tetroe et Graham (24). Les auteurs y définissent le concept du transfert des connaissances comme étant les « méthodes pour combler les lacunes dans le passage des connaissances à la pratique » (24, p.4) [traduction par les Instituts de recherche en santé du Canada (25)]. Ce modèle est basé sur le processus des connaissances à la pratique (Figure 1) et permet d'avoir une vision globale du transfert des connaissances.



**Figure 1. Schéma du processus des connaissances à la pratique (22).**

Traduction française par les Instituts de recherche en santé du Canada (26). Reproduction autorisée.

Au centre, l'entonnoir représente la création des connaissances et démontre que celles-ci s'affinent et deviennent de plus en plus utiles au fur et à mesure du processus. Autour, le cycle continu de la mise en pratique agit comme cadre d'orientation pour définir et décrire l'application des connaissances, exposer les stratégies visant à renforcer leur capacité d'application et faciliter leur mise en œuvre (25). L'étape intitulée « Évaluer les obstacles par rapport à l'utilisation des connaissances » permet de cibler les possibles lacunes d'un transfert de connaissances sous-optimal et de stimuler une démarche réflexive dont les résultats offriront un portrait plus clair de la situation et de nouvelles connaissances utiles à la pratique.

### **Objectifs**

La présente revue intégrative vise à recenser les écrits scientifiques théoriques et empiriques traitant du sujet, afin de : 1) faire l'état de la situation relative au transfert des connaissances en soins de plaies chez les infirmières; 2) répertorier les obstacles au transfert optimal des connaissances en soins de plaies chez les infirmières.

### **Méthodologie de la recherche**

La réalisation de cette revue intégrative a été guidée par la méthodologie de Whittemore et Knafl (27). Cette méthode a pour principal avantage de permettre la combinaison des résultats d'études empiriques avec des écrits théoriques (27). De plus, ce type de revue permet de comparer et analyser les résultats de manière à enrichir l'état actuel des connaissances et d'en dégager des conclusions éclairantes pour la pratique clinique (28). Cette approche méthodologique inclut cinq étapes : l'identification du problème, la recherche documentaire, l'évaluation des données, l'analyse des données et la présentation des résultats.

## Stratégies de recherche

Une stratégie de recherche a été élaborée et validée par la bibliothécaire des Sciences de la santé de l'Université d'Ottawa dans le but de répondre à la question suivante : quels sont les obstacles au transfert optimal des connaissances en soins de plaies chez les infirmières ? Le repérage d'articles scientifiques a été effectué via les bases de données CINAHL, Medline, Cochrane, Scopus, Repère et LiSSa. Les mots clés *knowledge transfer*, *wound care* (incluant tous les types de plaies; aiguës ou chronique) et *nurse*, ainsi que leurs synonymes et dérivés traduits en français et en anglais, ont été utilisés. Les opérateurs booléens ont été combinés avec les mots clés et leurs variations dans différentes équations de recherche pour extraire tous les articles. Les critères d'inclusion appliqués sont : rédaction en langue française ou anglaise, parution entre 2000 et 2019, population cible les infirmières et réalisation dans les pays occidentaux (Amérique du Nord, Australie, Nouvelle-Zélande et Europe). Le fait que les soins de plaies se réalisent souvent en équipe interdisciplinaire a amené des articles où l'échantillon n'était pas exclusivement composé d'infirmières. Ces articles ont été conservés pour la revue. La vérification des références citées dans les articles recensés a servi de stratégie complémentaire afin de découvrir les perles de citation. Les articles dont l'objet n'était pas relié au sujet à l'étude, les écrits décrivant une intervention éducative ponctuelle sans étudier l'ensemble des éléments englobant le transfert des connaissances, les textes publiés avec un financement provenant de l'industrie, les dissertations et les textes tirés de conférences ont été exclus.

## Analyse des données

Un journal de lecture a été utilisé afin d'exposer le ou les buts, la stratégie ou le devis de recherche, l'échantillon, la population cible, les principaux résultats trouvés et leur pertinence pour répondre aux objectifs de la revue intégrative. Conformément à la méthode de Whitemore et

Knafl, les données recueillies ont ensuite été ordonnées, catégorisées, synthétisées et comparées dans le but de dégager les thèmes récurrents (27). Une analyse de contenu a été réalisée avec l'approche déductive proposée par Elo et Kyngäs et basée sur le cadre théorique de « L'application des connaissances dans les soins de santé : transition des données probantes à la pratique » (24, 29).

## Résultats

Au total, 82 articles ont été identifiés à partir des bases de données (Figure 2). Suite à l'application des critères d'inclusion, à l'élimination des doublons ainsi qu'à un retrait par titre et

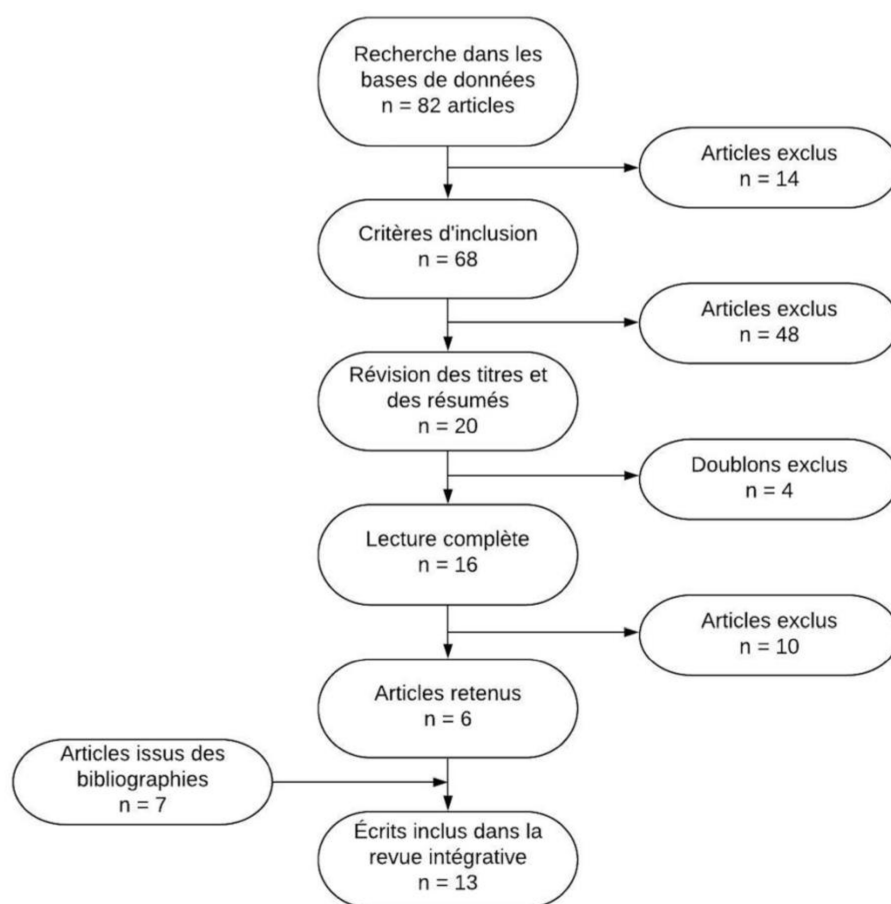


Figure 2. Diagramme de flux selon la méthodologie de Whitemore et Knafl (27).

résumé, 16 articles ont été analysés. Conséquemment, six articles ont été retenus pour répondre aux objectifs de l'étude auxquels sept autres articles issus des références citées (méthode des « perles de citation ») ont été ajoutés. La sélection définitive inclut 13 articles exclusivement publiés en anglais (Tableau 1). De ceux-ci sept proviennent de l'Europe, deux de l'Australie, deux des États-Unis et deux du Canada. Les devis employés dans ces études sont : revue de littérature (n = 3), revue semi-systématique (n = 1), mixte (n = 1), quantitatif (n = 5) et qualitatif (n = 3). Parmi les neuf recherches empiriques, six ont été réalisées en centre de soins tertiaires ou en hôpital urbain, une dans un hôpital général de courte durée (sans spécifier la région), et deux en contexte éducatif. Donc, la réalité régionale ou rurale de certains milieux de pratique n'est que peu reflétée dans les résultats. Les populations à l'étude sont généralement composées d'infirmières soignantes expérimentées, mais aussi d'infirmières praticiennes, de médecins, de gestionnaires et d'autres professionnels de la santé. Les infirmières étudiées possèdent majoritairement un niveau de formation universitaire de premier cycle premier degré. D'autre part, deux articles excluent les infirmières nouvellement diplômées de leur échantillon (16, 30). Enfin, 4 articles sur 13 (31 %) ont été publiés entre 2005 et 2009, 2 sur 13 entre 2010 et 2014 (15 %) et 7 sur 13 (54 %) entre 2015 et 2019.

L'analyse des 13 articles a permis de cibler trois principaux thèmes d'obstacles reliés au cadre théorique, dont les connaissances (trois sous-thèmes), les attitudes (trois sous-thèmes) ainsi que le contexte (quatre sous-thèmes) (Tableau 2). Les thèmes et leurs sous-thèmes seront maintenant explicités pour analyser les résultats.

### **Thème un : obstacles reliés aux connaissances**

Considérant que l'écart entre la théorie et la pratique est soulevé de façon unanime dans l'ensemble des écrits (16, 17, 30-40), le premier thème dégagé de cette revue est le besoin des

infirmières d'approfondir leurs connaissances en soins de plaies. Ce thème contient trois sous-thèmes : le manque de formation ou de connaissances, la disponibilité restreinte de preuves et les outils manquants ou non adaptés dont voici leurs descriptions respectives.

**Manque de formation ou de connaissances.** Le manque de formation et de connaissances a été identifié comme étant un obstacle dans dix articles (30-32, 34-40). Des difficultés se retrouvent notamment dans la reconnaissance des signes d'infection, la décharge du pied diabétique et les méthodes d'asepsie en soins de plaies. Ces éléments engendrent une prise en charge sous-optimale des plaies et un climat d'incertitude pour le patient qui reçoit les traitements (30, 35-37). Trois articles spécifient que la formation initiale d'infirmière présente des lacunes au sujet de l'enseignement des soins de plaies rendant ainsi le transfert des connaissances particulièrement difficile chez les nouvelles diplômées (31, 35, 36). Certains avis sont toutefois partagés. McCluskey et McCarthy indiquent que les infirmières ont de bonnes connaissances, mais que celles-ci ne sont pas reflétées dans la pratique (16). Cette dernière conclusion est d'ailleurs soutenue par Gillespie et ses collaborateurs dans leur constat qu'en dépit d'une bonne connaissance théorique dans l'évaluation des plaies et le processus de cicatrisation, les infirmières perpétuent une mauvaise application des directives de pratique clinique (17). Une autre étude témoigne de cet écart en prouvant que l'importance de la technique d'asepsie est bien comprise par les infirmières, mais que l'application des principes en découlant nécessite des améliorations (30). Somme toute, un besoin de formation continue sur les données probantes en soins de plaies est décrié par les infirmières qualifiant celle-ci comme étant sporadique, mal organisée dans le temps et dépourvue de cadre multidisciplinaire (37). Un auteur soutient même que la formation continue devrait être obligatoire (36).



**Disponibilité restreinte des preuves.** La faible quantité de preuves scientifiques robustes en soins de plaies ou leurs accès limités sont des obstacles soulevés dans sept articles (30, 31, 33-35, 37, 38). Welsh dénote que l'existence de preuves scientifiques de haute qualité concernant la prise en charge des plaies est restreinte, ce qui signifie la rareté d'études randomisées contrôlées portant sur le sujet (40). De plus, cet auteur mentionne le peu de recherches qualitatives en soins de plaies. Deux autres articles arrivent au même constat en relevant la rareté des écrits empiriques et la faible rigueur méthodologique des écrits trouvés dans leur revue de littérature (31, 35). L'étendue des données probantes concernant la pratique des soins de plaies s'avère limitée et fortement dépendante du soutien financier de l'industrie créant ainsi de potentiels conflits éthiques (40). En plus d'être restreints, les résultats d'articles scientifiques en soins de plaies sont difficiles d'accès sur le terrain (30) et les infirmières ont parfois de la difficulté à les interpréter (34).

**Outils manquants ou non adaptés.** Selon le cadre théorique, les outils de connaissances correspondent aux directives de pratique clinique et ont pour but d'aider les infirmières à décider des soins qui conviennent dans des circonstances cliniques précises (25). Quatre articles soulignent des lacunes en lien avec les outils utilisés en soins de plaies. Les outils font ici référence aux schémas d'aide à la prise de décision, aux aide-mémoires de méthodes de soins et aux formulaires d'évaluation. Le manque de mises à jour (30, 37), de consensus scientifique (34) et d'information basée sur les données probantes (35) qu'on y trouve est considéré comme un obstacle au transfert des connaissances. De plus, la multitude d'outils peut contribuer à semer la confusion chez les infirmières (34, 35). Enfin, deux articles font valoir que ces outils contribuent à transférer les connaissances, mais que ceux-ci demeurent inefficaces, car les utilisateurs en ignorent l'existence (17, 34). À ce sujet, Gillespie et al. ont constaté dans leur échantillon de 120 infirmières travaillant

en soins aigus d'un grand hôpital australien que seulement 50 % d'entre elles connaissaient la présence d'une norme de pratique nationale sur la gestion des plaies (17).

### **Thème deux : obstacles reliés aux attitudes**

Le deuxième thème révélé par les résultats de la revue intégrative est les attitudes des infirmières relativement à la pratique des soins de plaies fondée sur les données probantes. Celui-ci met en évidence trois sous-thèmes : la persistance des pratiques rituelles, le manque de confiance ou de motivation ainsi que le faible engagement ou adhérence aux données probantes.

**Persistance des pratiques rituelles.** Selon Strange, les pratiques rituelles se définissent souvent par un comportement répétitif associé à une croyance, plutôt qu'à la connaissance et à la pensée (41). Un cumul de 11 articles soutient que la persistance des pratiques rituelles est un obstacle au transfert des connaissances en soins de plaies (16, 17, 30, 31, 33-38, 40). Les résultats soulèvent l'importance accordée aux pratiques rituelles, désuètes et sous-optimales qui se poursuivent (16, 17, 33, 34, 36-38, 40). Des pratiques obsolètes et hasardeuses encore utilisées mettent ainsi en péril la qualité des soins offerts (31). Les opinions et préférences personnelles des infirmières prédominent dans le choix du pansement utilisé chez le patient (17, 37).

**Manque de confiance ou de motivation.** La motivation ou la confiance nécessaires pour mettre en œuvre les données probantes sont citées comme de possibles obstacles dans cinq articles (31, 35, 37-39). Une étude qualitative décrit entre autres le manque de confiance des infirmières dans l'application des recommandations de base en soins de plaies comme l'enseignement des stratégies préventives relatives aux plaies de pression (37). De plus, le faible engagement de l'équipe interprofessionnelle est rapporté par Walker et al. comme étant un des principaux obstacles à l'optimisation des soins de plaies (39).

**Faible engagement ou adhérence aux données probantes.** Quatre articles dénotent le faible engagement ou la faible adhérence des infirmières au sujet des données probantes en soins de plaies. Historiquement, la connaissance infirmière en soins de plaies a été associée à un savoir-faire pratique traditionnellement considéré comme ayant une plus grande importance que la théorie (34). Ceci a eu pour effet le renforcement d'une équipe soignante hautement développée en compétences pratiques sans généralement connaître les bases théoriques de celles-ci. Or, la critique et le scepticisme en regard de la pratique fondée sur les données probantes en soins de plaies (34, 38), la faible adhérence aux directives de pratique clinique et le faible niveau d'engagement (30, 39) engendrent des obstacles importants au transfert des connaissances. Gillespie et al. rapportent que 22 % des 120 participants à leur étude affirment ne jamais ou rarement consulter les articles scientifiques disponibles sur le site Web de leur hôpital (17). Encore, seulement 10 % sur un nombre de 145 participants à l'étude de McCluskey et McCarthy se réfèrent aux lignes directrices en soins de plaies (16).

### **Thème trois : obstacles relatifs au contexte**

Finalement, le troisième thème porte sur obstacles externes issus du contexte de travail des infirmières. Celui-ci comporte quatre sous-thèmes : la complexité relative aux produits, le manque d'encadrement, le manque de temps et/ou de personnel ainsi que l'accès limité aux ressources humaines spécialisées.

**Complexité relative aux produits.** Les difficultés rencontrées en raison de la diversité des produits en soins de plaies sont dénotées dans neuf articles (17, 31, 33, 34, 36-40). On remarque que la connaissance des produits reliés aux soins plaies n'est pas constante dans les différents milieux de soins et que les infirmières manquent d'accès aux produits (37). Certains sont utilisés par défaut, car ils sont les seuls connus ou disponibles, et non pas parce qu'ils sont recommandés

(37). Le transfert des connaissances relatif aux pansements est ardu en raison de leur développement rapide et du nombre de catégories toujours croissant (17, 33, 38). De plus, une confusion persiste entre les allégations des compagnies et les informations validées par la recherche, entravant ainsi la pratique fondée sur les données probantes (38).

**Pratiques organisationnelles défailantes.** Neuf articles indiquent que les politiques et procédures présentes dans les établissements de soins sont des obstacles au transfert des connaissances (17, 30, 33-39). En plus d'être restrictives (33) ou désuètes (30, 38), les procédures et politiques en soins de plaies font souvent défaut (39). La structure de celles-ci pose aussi problème : il est parfois nécessaire de se référer à plusieurs politiques pour trouver réponse à une même question (30). Le manque de communication entre les professionnels et parmi les différentes instances du réseau interfère aussi avec la transmission efficace de l'information. Les notes d'évolution infirmières ne sont pas uniformisées (30, 39), l'existence des cliniques spécialisées est méconnue (39) et les professionnels ignorent la tenue d'événements éducatifs gratuits (36). Enfin, les restrictions budgétaires sont explicitement ciblées comme un obstacle dans un article (33).

**Manque de temps et/ou de personnel.** Le constat que le manque de temps ou de personnel entrave le transfert des connaissances en soins de plaies est partagé par six auteurs (17, 30, 34, 37-39). Les infirmières sont souvent trop occupées pour s'approprier les preuves scientifiques de la recherche existante (17, 34). La réalité actuelle de la pratique infirmière est marquée par une pénurie de personnel et une lourde charge de travail faisant obstacle au transfert optimal des connaissances (38). Les contraintes de temps représentent une préoccupation pour les infirmières prodiguant des soins de plaies (37), lesquelles manquent de temps aussi pour lire sur les données probantes (34) ou pour bien documenter les plaies dans leurs notes d'observation (30).

**Accès limité aux ressources humaines spécialisées.** Quatre articles arrivent au constat d'un manque d'accès aux personnes-ressources spécialisées en soins de plaies (34, 37-39). Ces spécialistes sont idéalement placés pour combler le fossé entre la théorie et la pratique ainsi qu'influencer leurs collègues et les organisations dans lesquelles ils travaillent (34). Étant identifiées comme des sources d'informations importantes par leurs collègues, les infirmières cliniciennes spécialisées en soins de plaies et les stomothérapeutes agissent comme vecteur dans la transmission des données probantes et peuvent faire office de mentors sur le plan clinique (16). Un des articles évoque particulièrement le manque de ressources pour les quarts de soir et de nuit (37). Un autre défi est aussi que la majorité des infirmières éducatrices en milieu de soins ne sont pas des expertes en soins de plaies et que peu de ressources sont disponibles pour les aider à diffuser les données probantes (38).

## **Discussion**

Les écrits retenus lors du processus de cette revue intégrative sont interprétés sous l'angle du modèle de « L'application des connaissances dans les soins de santé : transition des données probantes à la pratique » (24) afin de répondre aux deux objectifs de recherche, soit de faire l'état de la situation et de répertorier les obstacles au transfert optimal des connaissances en soins de plaies chez les infirmières. Ensuite, l'implication globale des résultats dans la pratique et la recherche infirmière est envisagée.

Cette revue intégrative démontre bien le défi que représentent la création et l'application des données probantes en soins de plaies. Ce constat corrobore la littérature soutenant de façon concertée le besoin d'améliorer les stratégies de transfert des connaissances en santé (42-45). Les résultats révèlent que l'expérience personnelle et l'opinion de collègues prédominent en tant que

sources de connaissances et que cela continue d'influencer les soins de plaies de façon certaine (30, 31, 36). Le fait que les infirmières préfèrent les collègues comme source d'information est reconnu dans la littérature (46, 47), et cela peut constituer un obstacle si les connaissances de ces dernières ne sont pas à jour. Dans ce cas, le plan de traitement des plaies se trouve alors basé sur une gamme d'approches et de trucs avec lesquels les infirmières ont eu de bons résultats dans le passé. Le savoir traditionnel se perpétue ainsi à travers les générations d'infirmières, entretenant ainsi certains mythes et mauvaises pratiques (34). Cette situation contribue à maintenir une pratique fondée sur les préférences personnelles et donc à faire perdurer l'écart avec la théorie (17). Ce constat dégage l'importance de surveiller, évaluer et maintenir l'utilisation des connaissances telle qu'elle est énoncée aux dernières étapes du cadre théorique. Pour y arriver, la ligne directrice de Wounds Canada suggère que des évaluations du transfert de connaissances à la pratique soient faites par l'entremise d'audits et d'études de cas (48). Les recommandations relatives à la fréquence de ces évaluations ne sont toutefois pas précisées dans la littérature.

D'autre part, les résultats démontrent qu'une révision des outils s'impose afin qu'ils reposent sur les données récentes, qu'ils soient rassemblés stratégiquement et qu'ils puissent devenir une référence fiable. Lorsqu'une décision clinique repose sur un instrument de mesure ou d'évaluation, on doit s'assurer de la validité et de la fidélité de celui-ci (13). En se référant au cadre théorique, les outils de connaissances, comme les directives de pratique clinique, sont essentiels au transfert réussi des connaissances et servent effectivement à soutenir les infirmières à prendre des décisions fondées sur les données probantes (49). Il faut néanmoins se rappeler que la création de tels outils ne remplace pas pour autant la formation au sujet des soins de plaies qui est nécessaire pour les infirmières.

Les résultats de la présente étude mettent en lumière que les programmes d'éducation structurés en soins de plaies sont un besoin criant pour les infirmières. Les conclusions divergentes à propos de la formation initiale des infirmières démontrent une diversité quant à la place qu'occupent les soins de plaies dans les différents cursus académiques. Ce manque de congruence et l'absence de lignes directrices claires sur les contenus obligatoires à enseigner ont un impact sur l'apprentissage des étudiantes infirmières et leur application des connaissances en soins de plaies (50). Après l'obtention de leur diplôme et tout au long de leur vie professionnelle, les infirmières doivent essentiellement poursuivre les apprentissages en lien avec la gestion des plaies (51, 52). On ne trouve pas de programme adapté de formation continue sur les soins de plaies dans tous les établissements de soins, ayant ainsi pour conséquence d'entretenir le manque de connaissances préalables à l'application de celles-ci (53).

Le fait de libérer les infirmières de leurs fonctions pour leur permettre de suivre des programmes de formation d'éducation continue est essentiel afin de transférer les connaissances avec succès (38). Par contre, la réalité est que très peu d'infirmières sont disponibles pour remplacer leurs collègues, réduisant ainsi la disponibilité d'assister à ces formations. Tout cela sans compter que les besoins de formations en soins de plaies se retrouvent parmi de nombreuses autres offres et exigences éducatives entre lesquelles l'infirmière doit partager son temps (34, 38). Par ailleurs, le manque de temps mis en évidence dans les résultats est reconnu dans les recherches antérieures comme étant l'obstacle le plus contraignant au transfert des connaissances dans la pratique infirmière (54). À cet égard, des interventions planifiées et structurées peuvent être mises en place comme identifier la fréquence optimale et l'intensité des interventions auprès du personnel infirmier déjà surchargé d'informations (55). Devant ce défi, les organisations de soins de santé doivent chercher des solutions innovantes et développer des stratégies visant à mieux

diffuser les connaissances (56). Pour y arriver, un élément primordial soulevé dans les résultats et soutenu par Pentland et al. est l'importance de bien communiquer les données issues de la recherche (57). En plus de les rendre physiquement et rapidement accessibles, leur présentation doit être claire et concise.

La littérature reconnaît la faible quantité de preuves scientifiques robustes, telles que des résultats issus d'études randomisées contrôlées, en soins de plaies en raison, entre autres, du financement public limité, des multiples interventions et variables présentes dans le plan de traitement d'une plaie, et du recrutement difficile des patients souffrant souvent de plusieurs comorbidités (58). Malgré ces défis, développer une culture de recherche au sein des organisations pourrait contribuer à atténuer plusieurs obstacles reliés aux connaissances et aux attitudes envers les soins de plaies (59, 60). En effet, le faible engagement envers les pratiques fondées sur les données probantes soulevé dans les résultats bénéficierait d'une culture de recherche implantée dans la pratique quotidienne des infirmières. Celle-ci serait caractérisée par le partage des connaissances, la pensée critique, le soutien des gestionnaires et le respect des directives de pratique clinique (61). De tels gains contribueraient à réduire les variations de pratique et à améliorer la qualité des soins aux patients (62).

De plus, le développement de modèles de recherche collaborative appliquée aux soins de plaies permettrait de mieux soutenir le transfert des connaissances en renforçant la motivation et en contribuant à une meilleure intégration des données probantes à la pratique clinique (63). En effet, la collaboration entre les infirmières, les chercheurs et les différentes instances du réseau de la santé ne peut qu'être bénéfique pour la promotion des données probantes (61). Plusieurs auteurs soulignent d'ailleurs que les infirmières en pratique avancée et les infirmières cliniciennes sont bien placées pour assurer cette collaboration à chaque étape du processus afin de créer et



transmettre clairement les nouvelles connaissances pertinentes à la pratique (57, 64, 65). Afin d'augmenter l'efficacité des interventions, il faut donc considérer l'apport de la collaboration et de la motivation intrinsèque, tout en n'oubliant pas de créer une démarche adaptée au milieu de travail (66).

En ce qui concerne le contexte, les résultats des écrits analysés révèlent l'existence de multiples obstacles qui empêchent l'adhérence et la mise en œuvre des données probantes en pratique clinique. Tel qu'évoqué dans le modèle de Straus et al. (24), la considération du contexte local revêt une haute importance dans le processus du transfert des connaissances. Il est bien connu que la simple diffusion des résultats de recherche n'assure pas leur utilisation et que, selon les contextes d'utilisation, certaines stratégies sont plus efficaces que d'autres en considérant les obstacles du milieu (66). Par exemple, les résultats de cette revue intégrative soutiennent que chaque établissement de santé devrait avoir des infirmières expertes en soins de plaies et un nombre suffisant d'éducatrices. Ce constat est cohérent avec d'autres études qui arguent l'accès aux ressources humaines spécialisées pour améliorer le transfert de connaissances vers la pratique clinique (67, 68). Toutefois, cet idéal peut être difficilement réalisable pour certains établissements de santé régionaux ou dans les communautés rurales comme démontré dans l'article récent de Gray, Wilson, Dumville et Cullum, lequel relève le manque de spécialistes en soins de plaies dans le secteur de la santé communautaire au Royaume-Uni (69). Selon ces auteurs, cette réalité serait entre autres expliquée par les limites budgétaires, le manque de ressources et le rôle multisites des infirmières spécialisées. Il serait alors pertinent d'explorer la possible généralisation de ces résultats en vérifiant l'équivalence des soins communautaires du Royaume-Uni et des pays de la francophonie afin de vérifier si ces limites sont partagées.

Adapter les connaissances au contexte implique aussi de moduler les interventions en tenant compte des cas cliniques rencontrés et des produits utilisés dans chaque milieu. À ce sujet, les résultats supportent ceux d'autres auteurs indiquant que l'ampleur de l'arsenal thérapeutique en soins de plaies est reconnue comme un défi dans l'élaboration du plan de traitement (70-72). Parmi eux, Beldon a rapporté que la multitude changeante de choix de pansements rend difficile l'application des connaissances dans l'élaboration d'un plan de traitement efficace et rentable (71). Afin de réduire cet obstacle, elle suggère de dresser une nomenclature normalisée des produits en soins de plaies.

### **Implications pour la pratique et la recherche infirmière**

Cette revue intégrative dévoile de nombreuses interventions possibles dans la pratique et la recherche infirmière. L'état de la situation illustre que les soins de plaies sont un domaine où l'adoption et la durabilité des innovations se heurtent à des défis importants. La progression rapide des traitements et la complexification des soins engendrent un besoin de connaissances chez les infirmières. En conséquence, les établissements doivent développer une compréhension globale des facteurs qui nuisent au transfert des connaissances en soins de plaies dans leur milieu afin de guider la conception d'un plan stratégique complet et la mise en œuvre d'interventions ciblées à ce domaine. D'un point de vue organisationnel, les gestionnaires auraient avantage à valoriser et à prioriser les soins de plaies afin de mieux soutenir la transformation des systèmes actuels vers une pratique fondée sur les données probantes (37). Considérant que chaque facteur perçu comme un obstacle peut aussi être identifié en tant que facilitateur (24), les résultats de cette revue apportent manifestement de potentielles informations pouvant améliorer la situation. Par exemple, un des articles indique que le personnel soignant a lui-même identifié le besoin d'étendre la pratique fondée sur les données probantes et s'y dit engagé (37). Les outils de connaissances

constituent également un exemple qui peut servir de stratégie efficace, car ils nécessitent la collaboration active entre les experts de contenu et les infirmières soignantes (24). Il est donc suggéré que les facilitateurs du transfert des connaissances en soins de plaies fassent aussi l'objet de recherche exploratoire qualitative afin de potentialiser les résultats dans la pratique. De plus, le fait que les infirmières nouvellement diplômées soient exclues dans l'échantillon de certains articles limite la généralisation des résultats à l'ensemble des infirmières. Pourtant, le transfert des connaissances est reconnu comme étant particulièrement difficile en début de pratique et l'écart entre la théorie et la pratique y est encore plus ressenti (73). Représentant la relève, il serait donc intéressant de se pencher sur les obstacles vécus par cette population. Une étude future permettrait d'obtenir des données afin de mettre en place des interventions adaptées, optimisant ainsi un transfert des connaissances en soins de plaies dans tout le continuum professionnel.

### **Forces et limites**

La présente revue intégrative comporte des forces et des limites pertinentes à soulever. Tout d'abord, le type de devis utilisé offre une ouverture aux différents écrits en ne limitant pas les résultats recensés. Une grande force de cette revue réside dans sa réalisation selon la méthodologie rigoureuse de Whitemore et Knafl (27). De plus, le cadre théorique utilisé offre une vision globale du transfert des connaissances en soins de plaies tout en impliquant les différents acteurs à tous les niveaux du processus. En plus de permettre l'identification des obstacles, il favorise l'action en dégagant de possibles interventions pour améliorer la problématique. Enfin, les résultats répondent aux objectifs établis et contribuent à démontrer l'importance d'avancer la recherche sur le transfert des connaissances en soins de plaies au regard de la francophonie, de la relève infirmière et des milieux de soins ruraux. Quant aux limites, les résultats comportent quatre

articles publiés il y a plus de 10 ans diminuant ainsi la récurrence des données, mais démontrant à la fois l'importance du développement de la recherche en soins de plaies pour répondre à son enjeu reconnu actuellement dans notre société. De plus, la limite linguistique peut avoir exclu des articles pertinents dans d'autres langues que l'anglais et le français. Le fait que les articles retenus dans l'analyse sont publiés exclusivement en anglais induit un biais de langue. Les recherches présentées possèdent une grandeur d'échantillon très étendue ainsi que des participants non exclusivement en soins infirmiers. En effet, certaines études incluent aussi médecins, gestionnaires et autres professionnels de la santé. En ce qui a trait aux différents devis utilisés, les résultats des 13 articles soulèvent une limite dans le fait que l'hétérogénéité des écrits retenus rend leur comparaison impossible.

### **Conclusion**

Les résultats de cette revue permettent de dresser un portrait sommaire du transfert des connaissances en soins de plaies ainsi que d'en répertorier les obstacles. En s'appuyant sur le modèle de « L'application des connaissances dans les soins de santé : transition des données probantes à la pratique » de Straus, Tetroe et Graham (24), les obstacles entravant la pratique fondée sur les données probantes en soins de plaies ont été examinés à travers une vision globale. Cette démarche a permis de dégager des interventions optimisant le rôle infirmier à différentes étapes des cycles de la création et de l'application des connaissances. La possibilité de combler le fossé entre la théorie et la pratique est souvent semée d'embûches causées par des facteurs individuels, organisationnels et contextuels. En adoptant une vision adaptée aux différents milieux de soins, il va sans dire que le processus réussi du transfert des connaissances peut être obtenu par la mise en œuvre simultanée de plusieurs stratégies cliniques, éducatives et opérationnelles.

**Déclaration de conflits d'intérêts**

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

## Références

1. Olsson M, Jarbrink K, Divakar U, Bajpai R, Upton Z, Schmidtchen A, et al. The humanistic and economic burden of chronic wounds: a systematic review. *Wound Repair Regen.* 2019 Jan-Feb;27(1):114-25. doi:10.1111/wrr.12683
2. Institut canadien d'information sur la santé. Les plaies difficiles au Canada. Ottawa (ON): Institut canadien d'information sur la santé, 2013.
3. Sen CK, Gordillo GM, Roy S, Kirsner R, Lambert L, Hunt TK, et al. Human skin wounds: a major and snowballing threat to public health and the economy. *Wound Repair Regen.* 2009 Nov-Dec;17(6):763-71. doi:10.1111/j.1524-475X.2009.00543.x
4. Hurd T, Posnett J. Point prevalence of wounds in a sample of acute hospitals in Canada. *Int Wound J.* 2009 Aug;6(4):287-93. doi:10.1111/j.1742-481X.2009.00615.x
5. Nussbaum SR, Carter MJ, Fife CE, Davanzo J, Haught R, Nusgart M, et al. An economic evaluation of the impact, cost, and medicare policy implications of chronic nonhealing wounds. *Value Health.* 2018 Jan;21(1):27-32. doi:10.1016/j.jval.2017.07.007
6. Guest JF, Ayoub N, McIlwraith T, Uchegbu I, Gerrish A, Weidlich D, et al. Health economic burden that different wound types impose on the UK's National Health Service. *Int Wound J.* 2017 Apr;14(2):322-30. doi:10.1111/iwj.12603
7. Augustin M, Brocatti LK, Rustenbach SJ, Schäfer I, Herberger K. Cost-of-illness of leg ulcers in the community. *Int Wound J.* 2014 Jun;11(3):283-92. doi:10.1111/j.1742-481X.2012.01089.x
8. Hurd T, Zuiliani N, Posnett J. Evaluation of the impact of restructuring wound management practices in a community care provider in Niagara, Canada. *Int Wound J.* 2008 Jun;5(2):296-304. doi:10.1111/j.1742-481X.2008.00484.x
9. Hopkins RB, Burke N, Harlock J, Jegathisawaran J, Goeree R. Economic burden of illness associated with diabetic foot ulcers in Canada. *BMC Health Serv Res.* 2015 Jan 22;15(13). doi:10.1186/s12913-015-0687-5
10. Rao DP, Kropac E, Do MT, Roberts KC, Jayaraman GC. Childhood overweight and obesity trends in Canada. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention Journal.* 2016 Sep;36(9):194-8.
11. Statistiques Canada. Chiffres selon l'âge et le sexe, et selon le type de logement : faits saillants du Recensement de 2016. Ottawa (ON): Gouvernement du Canada, 3 mai 2017.
12. Lindholm C, Searle R. Wound management for the 21st century: combining effectiveness and efficiency. *Int Wound J.* 2016 Jul;13(2 Suppl):5-15. doi:10.1111/iwj.12623
13. Orsted HL, Keast DH, Forest-Lalande L, Kuhnke JL, O'Sullivan-Drombolis D, Jin S, et al. Recommandation pour les pratiques exemplaires pour la prévention et la gestion des plaies. North York (ON): Wounds Canada, 2018.
14. White P, Pringle D, Doran D, McGillis Hall L. Le Projet d'étude sur les soins infirmiers et les résultats des soins de santé. *Infirm Can.* 2005 Nov;101(9):15-8.
15. Lyder C, Ayello E. Pressure ulcers: a patient safety issue. Dans: Hughes R, éditeur. *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses.* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. p. 267-99.
16. McCluskey P, McCarthy G. Nurses' knowledge and competence in wound management. *Wounds UK.* 2012 Jun;8(2):37-47.
17. Gillespie BM, Chaboyer W, Allen P, Morely N, Nieuwenhoven P. Wound care practices: a survey of acute care nurses. *J Clin Nurs.* 2014 Sep;23(17-18):2618-27. doi:10.1111/jocn.12479

18. Orsted HL, Keast DH, McConnell H, Ratcliff C. Best Practice Guidelines, algorithms, and standards: tools to make the right thing easier to do. Dans: Krasner D, éditeur. *Chronic Wound Care*. Malvern (PA): HMP Communications; 2014. p. 319–30.
19. Woo KY, Sibbald RG. Vacuum-assisted closure home care training: a process to link education to improved patient outcomes. *Int Wound J*. 2008 Jun;5(2 Suppl):1-9. doi:10.1111/j.1742-481X.2008.00474.x
20. Jones RK, Fennie RK, Lenihan RA. Evidence-Based Management of Chronic Wounds. *Adv Skin Wound Care*. 2007 Nov;20(11):591-600. doi:10.1097/01.ASW.0000284936.32707.8d
21. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Mar;17(3):CD005470. doi:10.1002/14651858.CD005470.pub2
22. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof*. 2006 Hiver;26(1):13-24. doi:10.1002/chp.47
23. Straus SE, Tetroe J, Graham ID. Defining knowledge translation. *CMAJ*. 2009 Aug 4;181(3-4):165-8. doi:10.1503/cmaj.081229
24. Straus SE, Tetroe J, Graham ID. *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*. 2<sup>e</sup> éd. Chichester (Royaume-Uni): Wiley; 2013.
25. Straus SE, Tetroe J, Graham ID. L'application des connaissances dans les soins de santé : transition des données probantes à la pratique [En ligne]. Ottawa (ON): Instituts de recherche en santé du Canada; 2015 [cité le 2 mai 2020]. Disponible: <https://cihr-irsc.gc.ca/f/40618.html>
26. Instituts de recherche en santé du Canada. À propos de l'application des connaissances [En ligne]. Ottawa (ON): Gouvernement du Canada; 2016 [cité le 2 mai 2020]. Disponible: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html>
27. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005 Dec;52(5):546-53. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
28. Whittemore R. Combining evidence in nursing research: methods and implications. *Nurs Res*. 2005 Jan-Feb; 54(1):56-62.
29. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008 Apr;62(1):107-15. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.
30. Lin F, Gillespie BM, Chaboyer W, Li Y, Whitelock K, Morley N, et al. Preventing surgical site infections: facilitators and barriers to nurses' adherence to clinical practice guidelines—A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2019 May;28(9-10):1643-52. doi:10.1111/jocn.14766
31. Ashton J, Price P. Survey comparing clinicians' wound healing knowledge and practice. *Br J Nurs*. 2006 Oct 26-Nov 8;15(19):S18-26. doi:10.12968/bjon.2006.15.Sup4.22114
32. Ayello EA, Zulkowski K, Capezuti E, Jicman WH, Sibbald RG. Educating nurses in the United States about pressure injuries. *Adv Skin Wound Care*. 2017 Feb;30(2):83-94. doi:10.1097/01.ASW.0000512123.02172.91
33. Dugdall H, Watson R. What is the relationship between nurses' attitude to evidence based practice and the selection of wound care procedures? *J Clin Nurs*. 2009 May;18(10):1442-50. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02715.x
34. Flanagan M. Barriers to the implementation of best practice in wound care. *Wounds UK*. 2005 Nov;1(3):71-82.

35. Greatrex-White S, Moxey H. Wound assessment tools and nurses' needs: an evaluation study. *Int Wound J*. 2015 Jun;12(3):293-301. doi:10.1111/iwj.12100
36. Hughes MA. Wound infection: a knowledge deficit that needs addressing. *Br J Nurs*. 2016 Mar;25(6 Suppl):S46-51. doi:10.12968/bjon.2016.25.6.S46
37. Kuhnke JL, Keast D, Rosenthal S, Evans RJ. Health professionals' perspectives on delivering patient-focused wound management: a qualitative study. *Journal of Wound Care*. 2019 Jul;28(7 Suppl):S4-S13. doi:10.12968/jowc.2019.28.Sup7.S4.
38. Lloyd-Vossen J. Implementing wound care guidelines: observations and recommendations from the bedside. *Ostomy Wound Manage*. 2009 Jun 1; 55(6):50-5.
39. Walker CA, Rahman A, Gipson-Jones TL, Harris CM. Hospitalists' needs assessment and perceived barriers in wound care management. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*. 2019 Mar-Apr;46(2):98-105. doi:10.1097/WON.0000000000000512
40. Welsh L. Wound care evidence, knowledge and education amongst nurses: a semi-systematic literature review. *Int Wound J*. 2018 Feb;15(1):53-61. doi:10.1111/iwj.12822
41. Strange F. The persistence of ritual in nursing practice. *Clin Eff Nurs*. 2001 Dec;5(4):177-83. doi:10.1054/cein.2001.0240
42. Mitton C, Adair CE, McKenzie E, Patten S, Waye-Perry B. Knowledge transfer and exchange (KTE): a systematic review, key informant interviews and design of a KTE strategy. Dans: Hailey D, Grimshaw J, Eccles M, Mitton C, Adair CE, McKenzie E, et al., éditeurs. *Effective dissemination of findings from research*. Edmonton (AB): Institute of Health Economics; 2008. p. 25-55.
43. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge translation of research findings. *Implement Sci*. 2012 May 31;7:50. doi:10.1186/1748-5908-7-50
44. Davis D, Evans M, Jadad A, Perrier L, Rath D, Ryan D, et al. The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. *BMJ*. 2003 Jul 5;327(7405):33-5. doi:10.1136/bmj.327.7405.33
45. Straus SE, Tetroe J, Graham ID. Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *J Clin Epidemiol*. 2011 Jan;64(1):6-10. doi:10.1016/j.jclinepi.2009.08.016
46. Estabrooks CA, Chong H, Brigidear K, Profetto-McGrath J. Profiling Canadian nurses' preferred knowledge sources for clinical practice. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2005 Jun;37(2):118-40.
47. Marshall A, West SH, Aitken LM. Clinical credibility and trustworthiness are key characteristics used to identify colleagues from whom to seek information. *J Clin Nurs*. 2013 May;22(9-10):1424-33. doi:10.1111/jocn.12070.
48. Norton L, Parslow N, Johnston D, Ho C, Afalavi A, Mark M, et al. *Recommandations pour les pratiques exemplaires pour la prévention et la gestion des lésions de pression*. North York (ON): Wounds Canada, 2018.
49. Brouwers M, Stacey D, O'Connor A. Knowledge translation tools. Dans: Straus S, Tetroe J, Graham I, éditeurs. *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*. 2<sup>e</sup> éd. Chichester (Royaume-Uni): Wiley; 2013. p. 50-62.
50. Abuleal SV. Wound care education for undergraduate nursing students. *J Health Commun*. 2018 Apr;3(2):28. doi:10.4172/2472-1654.100138
51. Goudy-Egger L, Dunn KS. Use of continuing education to increase nurses' knowledge of chronic wound care management. *J Contin Educ Nurs*. 2018 Oct 1;49(10):454-9. doi:10.3928/00220124-20180918-05



52. Smith G, Greenwood M, Searle R. Ward nurses' use of wound dressings before and after a bespoke education programme. *J Wound Care*. 2010 Sep;19(9):396-402. doi:10.12968/jowc.2010.19.9.78229
53. Soban LM, Finley EP, Miltner RS. Identifying patterns in implementation of hospital pressure ulcer prevention programs: a multisite qualitative study. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2016 May-Jun;43(3):248-53. doi:10.1097/WON.0000000000000228
54. Hutchinson A, Johnston L. Beyond the barriers scale: commonly reported barriers to research use. *J Nurs Adm*. 2006 Apr;36(4):189-99. doi:10.1097/00005110-200604000-00008
55. Slaughter SE, Estabrooks CA, Jones CA, Wagg AS, Eliasziw M. Sustaining transfers through affordable research translation (START): study protocol to assess knowledge translation interventions in continuing care settings. *Trials*. 2013 Oct 26;14(1):355. doi:10.1186/1745-6215-14-355
56. Gagnon M-P, Payne-Gagnon J, Fortin J-P, Paré G, Côté J, Courcy F. A learning organization in the service of knowledge management among nurses: a case study. *Int J Inf Manage*. 2015 May;35(5):636-42. doi:10.1016/j.ijinfomgt.2015.05.001
57. Pentland D, Forsyth K, Maciver D, Walsh M, Murray R, Irvine L, et al. Key characteristics of knowledge transfer and exchange in healthcare: integrative literature review. *J Adv Nurs*. 2011 Jul;67(7):1408-25. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05631.x
58. Van Rijswijk L, Gray M. Evidence, research, and clinical practice: a patient-centered framework for progress in wound care. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2012 Jan-Feb;39(1):35-44. doi:10.1097/WON.0b013e3182383f31
59. Ho C, Bogie K. Integrating wound care research into clinical practice. *Ostomy Wound Manage*. 2007 Oct;53(10):18-25.
60. Lode K, Sorensen EE, Salmela S, Holm AL, Severinsson E. Clinical nurses' research capacity building in practice: a systematic review. *Open J Nurs*. 2015 Jan;5(7): 664-77. doi:10.4236/ojn.2015.57070
61. Berthelsen CB, Holge-Hazelton B. 'Nursing research culture' in the context of clinical nursing practice: addressing a conceptual problem. *J Adv Nurs*. 2017 May;73(5):1066-74. doi:10.1111/jan.13229
62. Bellman L WJ, Jeanes A. Knowledge transfer and the integration of research, policy and practice for patient benefit. *J Res Nurs*. 2011 May;16(3):254-70. doi:10.1177/1744987110385271
63. Gillespie B, Chaboyer W, Nieuwenhoven P, Rickard C. Drivers and barriers of surgical wound management in a large health care organisation: results of an environmental scan. *Wound Practice and Research*. 2012 Jun;20(2):90-102.
64. Gerrish K, McDonnell A, Nolan M, Guillaume L, Kirshbaum M, Tod A. The role of advanced practice nurses in knowledge brokering as a means of promoting evidence-based practice among clinical nurses. *J Adv Nurs*. 2011 Sep;67(9):2004-14. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05642.x
65. Ducharme F. La recherche: voie privilégiée du développement du savoir infirmier. *Infirm Que*. 2001 Mar-Apr;8(4):23-34.
66. Breckon J, Dodson J. Using evidence. What works? Londres: Alliance for Useful Evidence; 2016.
67. Tully S, Ganson C, Savage P, Banez C, Zarins B. Implementing a wound care resource nurse program. *Ostomy Wound Manage*. 2007 Aug;53(8):46-53.

68. Profetto-Mcgrath J, Ehrenberg A, Young S, Hill W. Clinical nurse specialists' role in selecting and using knowledge to improve practice and develop practice-based policies designed to promote optimum patient outcomes. Ottawa (ON): Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2012.
69. Gray TA, Wilson P, Dumville JC, Cullum NA. What factors influence community wound care in the UK? A focus group study using the Theoretical Domains Framework. *BMJ Open*. 2019 Jul 31;9(7):e024859. doi:10.1136/bmjopen-2018-024859
70. Hall P, Schumann L. Wound care: meeting the challenge. *J Am Acad Nurse Pract*. 2001 Jun;13(6):258-68. doi:10.1111/j.1745-7599.2001.tb00031.x
71. Beldon P. How to select and choose appropriate wound dressings. *Nurse Prescribing*. 2013 Nov 18;11(10):487-92. doi:10.12968/npre.2013.11.10.487
72. Pagnamenta F. Evidence generation for wound care dressing selection: reviewing the issues. *J Wound Care*. 2017 Sep 2;26(9):545-50. doi:10.12968/jowc.2017.26.9.545
73. Scully NJ. The theory-practice gap and skill acquisition: an issue for nursing education. *Collegian*. 2011 ;18(2):93-8. doi:10.1016/j.colegn.2010.04.002

**Tableau 1. Résumé des articles en ordre alphabétique du premier auteur**

| Auteurs <sup>1</sup> , année et pays              | Objectif                                                                                                                                                                                                                     | Devis                                                              | Population étudiée                                                                                                                                                                                        | Échantillon et instrument de mesure                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ashton et Price (31)<br><br>2006<br>Royaume-Uni   | Comparer le niveau de connaissance en soins de plaies entre les cliniciens d'un milieu spécialisé versus un milieu non spécialisé et évaluer l'efficacité avec laquelle ces connaissances sont transposées dans la pratique. | Revue de littérature et étude quantitative descriptive comparative | 25 études de devis variés<br><br>n = 238<br>Infirmières (n = 186)<br>Médecins (n = 52)<br>(130 provenant d'unités spécialisées et 108 d'unités non spécialisées d'un hôpital général de la Thames Valley) | Questionnaire postal : 74 réponses (31 %) dont 62 inf. (34 d'unités spécialisées, 28 d'unités non spécialisées) et 12 médecins (8 d'unités spécialisées, 4 d'unités non spécialisées) |
| Ayello et al. (32)<br><br>2017<br>États-Unis      | Illustrer le niveau actuel de la formation et des connaissances concernant les soins de plaies et les plaies de pression pour discuter de leur application dans la pratique.                                                 | Revue de littérature                                               | Articles de devis variés concernant les infirmières de novice à experte (nombre non spécifié)                                                                                                             | -                                                                                                                                                                                     |
| Dugdall et Watson (33)<br><br>2009<br>Royaume-Uni | Explorer les attitudes des infirmières à l'égard de la pratique fondée sur les données probantes et si cela influence leur sélection de produits en soins de plaies.                                                         | Étude quantitative descriptive                                     | n = 652<br>Infirmières qualifiées travaillant en soins aigus primaires dans trois établissements nationaux                                                                                                | Questionnaire postal : 156 réponses (24 %)                                                                                                                                            |
| Flanagan (34)<br><br>2005<br>Royaume-Uni          | Examiner les barrières à la mise en œuvre des données probantes pour la cicatrisation des plaies.                                                                                                                            | Revue de littérature                                               | Articles de devis variés concernant les professionnels de la santé, principalement les infirmières (nombre non spécifié)                                                                                  | -                                                                                                                                                                                     |
| Gillespie et al. (17)                             | Décrire les pratiques et connaissances en soins de plaies.                                                                                                                                                                   | Étude quantitative descriptive                                     | Infirmières soignantes (n = 250) exerçant en soins aigus de                                                                                                                                               | Questionnaire : 120 réponses (48 %)                                                                                                                                                   |

| Auteurs <sup>1</sup> , année et pays                    | Objectif                                                                                                                                                                                              | Devis                                                              | Population étudiée                                                                                                                                                                                              | Échantillon et instrument de mesure                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2014<br>Australie                                       |                                                                                                                                                                                                       |                                                                    | médecine et chirurgie dans un grand hôpital métropolitain                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                      |
| Greatrex-White et Moxey (35)<br><br>2015<br>Royaume-Uni | Évaluer si les différents outils d'évaluation des plaies sont adaptés et répondent aux besoins des infirmières.                                                                                       | Revue de littérature et étude qualitative de type recherche-action | Articles de devis variés concernant les infirmières (nombre non spécifié)<br><br>14 outils datant de 1997 à 2010 ont été utilisés et révisés par des infirmières                                                | Audits comprenant des critères d'évaluations validés                                                                                                                                 |
| Hughes (36)<br><br>2016<br>Royaume-Uni                  | Évaluer la compréhension relative aux infections de plaie et les traitements s'y rattachant.                                                                                                          | Étude quantitative descriptive                                     | n = 116<br>Professionnels de la santé et délégués à un congrès en soins de plaies                                                                                                                               | Questionnaire à choix multiples : 72 % complétés en entier                                                                                                                           |
| Kuhnke et al. (37)<br><br>2019<br>Canada                | Étudier la perspective des professionnels de la santé sur les obstacles et les solutions possibles pour offrir des soins de plaies centrés sur le patient et les données probantes.                   | Étude qualitative descriptive                                      | n = 261<br>Gestionnaires de soins de santé, experts cliniques, infirmières et professionnels de la santé impliqués dans les soins de plaies (collecte faite lors d'une formation de 2 jours en soins de plaies) | Questionnaire à questions ouvertes : 194 réponses (74 %) dont 187 inf., 3 ergothérapeutes, 2 médecins de famille, 2 non spécifié                                                     |
| Lin et al. (30)<br><br>2019<br>Australie                | Identifier les barrières et éléments facilitateurs à l'adhésion des lignes directrices relatives à la pratique fondée sur les données probantes en prévention des infections de plaies chirurgicales. | Étude qualitative ethnographique                                   | n = 20<br>Infirmières du service de chirurgie d'un hôpital tertiaire (avec minimum 1 an de pratique) (n = 18)<br>Gestionnaires (n = 2)                                                                          | Examen des 11 politiques et procédures de l'hôpital<br><br>Entrevues individuelles semi-dirigées avec les gestionnaires, groupes de discussion semi-dirigée avec les inf. soignantes |

| Auteurs <sup>1</sup> , année et pays          | Objectif                                                                                                                                                                                                       | Devis                          | Population étudiée                                                                                                            | Échantillon et instrument de mesure                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lloyd-Vossen (38)<br><br>2009<br>Canada       | Examiner les obstacles au transfert de connaissances en soins de plaies entravant l'application des données probantes au chevet du patient ainsi que fournir des recommandations pratiques pour les surmonter. | Revue de littérature           | Articles de devis variés concernant les infirmières (nombre non spécifié)                                                     | -                                                                                                                                          |
| McCluskey et McCarthy (16)<br>2012<br>Irlande | Explorer les connaissances et les compétences en matière d'évaluation et de gestion des plaies.                                                                                                                | Étude quantitative descriptive | n = 150 infirmières avec minimum 1 an d'expérience dans un hôpital général de courte durée (région non spécifiée)             | Questionnaire : 145 réponses (97 %)                                                                                                        |
| Walker et al. (39)<br><br>2019<br>États-Unis  | Identifier les connaissances, les pratiques et les opinions sur la prise en charge en milieu hospitalier des plaies de pression et des complications du pied diabétique.                                       | Étude mixte                    | n = 56 dans un hôpital universitaire<br>Infirmières praticiennes (n = 8)<br>Adjoints au médecin (n = 10)<br>Médecins (n = 38) | Questionnaire en ligne : 29 réponses (52 %) dont 3 inf.<br><br>Groupe de discussion semi-structurée : 18 participations (33 %) dont 1 inf. |
| Welsh (40)<br><br>2018<br>Écosse              | Déterminer les connaissances et les compétences en soins de plaies afin de fournir un aperçu critique de la base de données probantes actuelle ainsi que de son utilisation.                                   | Revue semi-systématique        | 5 études de devis variés concernant les infirmières participant à la prise en charge des plaies                               | Outil adapté du Critical Appraisal Skills Programme (CASP) pour l'évaluation d'études quantitatives                                        |

<sup>1</sup>Le chiffre entre parenthèses qui suit le ou les auteurs correspond à son numéro dans la liste des références.

**Tableau 2. Résumé des obstacles selon les articles<sup>1</sup>**

| Thèmes et sous-thèmes                                | Flanagan<br>(34) | Kuhnke et<br>al. (37) | Lloyd-<br>Vossen (38) | Lin et al.<br>(30) | Walker et al.<br>(39) | Greatrex-<br>White et<br>Moxey (35) | Ashton et<br>Price (31) | Dugdall et<br>Watson (33) | Gillespie et<br>al. (17) | Hughes (36) | Welsh (40) | Ayello et al.<br>(32) | McCluskey<br>et McCarthy<br>(16) |
|------------------------------------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------|------------|-----------------------|----------------------------------|
| <b>Connaissances</b>                                 |                  |                       |                       |                    |                       |                                     |                         |                           |                          |             |            |                       |                                  |
| Manque de formation ou de connaissances              | ✓                | ✓                     | ✓                     | ✓                  | ✓                     | ✓                                   | ✓                       |                           |                          | ✓           | ✓          | ✓                     |                                  |
| Disponibilité restreinte des preuves                 | ✓                | ✓                     | ✓                     | ✓                  |                       | ✓                                   | ✓                       | ✓                         |                          |             |            |                       |                                  |
| Outils manquants ou non adaptés                      | ✓                | ✓                     |                       | ✓                  |                       | ✓                                   |                         |                           |                          |             |            |                       |                                  |
| <b>Attitude</b>                                      |                  |                       |                       |                    |                       |                                     |                         |                           |                          |             |            |                       |                                  |
| Persistance des pratiques rituelles                  | ✓                | ✓                     | ✓                     | ✓                  |                       | ✓                                   | ✓                       | ✓                         | ✓                        | ✓           | ✓          |                       | ✓                                |
| Manque de confiance ou de motivation                 |                  | ✓                     | ✓                     |                    | ✓                     | ✓                                   | ✓                       |                           |                          |             |            |                       |                                  |
| Faible engagement ou adhérence aux données probantes | ✓                |                       | ✓                     | ✓                  | ✓                     |                                     |                         |                           |                          |             |            |                       |                                  |
| <b>Contexte</b>                                      |                  |                       |                       |                    |                       |                                     |                         |                           |                          |             |            |                       |                                  |
| Complexité liée aux produits                         | ✓                | ✓                     | ✓                     |                    | ✓                     |                                     | ✓                       | ✓                         | ✓                        | ✓           | ✓          |                       |                                  |
| Pratiques organisationnelles défaillantes            | ✓                | ✓                     | ✓                     | ✓                  | ✓                     | ✓                                   |                         | ✓                         | ✓                        | ✓           |            |                       |                                  |
| Manque de temps ou de personnel                      | ✓                | ✓                     | ✓                     | ✓                  | ✓                     |                                     |                         |                           | ✓                        |             |            |                       |                                  |
| Accès limité aux ressources humaines spécialisées    | ✓                | ✓                     | ✓                     |                    | ✓                     |                                     |                         |                           |                          |             |            |                       |                                  |

<sup>1</sup>Les articles sont ordonnancés en ordre alphabétique décroissant quant au nombre d'obstacles qu'ils contiennent

## 2.2 Les infirmières nouvellement diplômées

Les résultats de cette revue intégrative démontrent que peu d'études décrivent la situation des IND quant au transfert des connaissances en soins de plaies. Pourtant, celles-ci se retrouvent dans une période intense de leur vie où elles doivent s'adapter à de nombreux défis professionnels. Le choc vécu par les IND lorsqu'elles passent de la formation initiale à la pratique clinique est un sujet bien étayé dans la littérature en sciences infirmières. C'est d'abord Kramer (1966, 1974), qui a attiré l'attention sur cette problématique avec sa théorie sur le *Reality Shock*. Celle-ci décrit l'écart entre les valeurs exemplaires enseignées à l'école d'infirmières et les valeurs du monde du travail. Kramer (1974) sous-tend que les IND passent par une transition croissante d'apprentissages composée de quatre phases : la lune de miel, le choc, la récupération et la résolution. Depuis, un large éventail de chercheurs ont contribué à mieux comprendre la réalité que vivent les IND dans leur entrée à la profession (Anderson et al., 2012; Duchscher, 2008, 2009; Edwards et al., 2015; Kelly et Courts, 2007; Letourneau et Fater, 2015; Mellor et al., 2017; Missen et al., 2014; Rush et al., 2013). L'écart entre la théorie et la pratique est documenté dans la nouvelle littérature sur la transition des IND (Rush et al., 2019). Cet écart perdure depuis au moins quatre décennies et peu de choses ont changé au fil du temps (Huston et al., 2018; Maben et al., 2006). De plus, il contribue au niveau de stress élevé chez les IND, ce qui augmente le risque d'erreurs, d'épuisement et d'abandon de la profession (Bowles et Candela, 2005; Duchscher, 2001; Laschinger, 2012; Rhéaume et al., 2011; Rudman et Gustavsson, 2011; Washington, 2012). La nécessité d'un programme plus efficace favorisant le transfert des connaissances chez les IND est d'une importance capitale dans la volonté de réduire cet écart (Finn et al., 2010; Monaghan, 2015; Murray et al., 2018).

## 2.2.1 État de situation pour le support et l'encadrement des IND

Internationalement, un essor des développements de programmes de soutien à la transition des IND est remarqué (Rush et al., 2019). Le *Scotland's Flying Start* en Écosse (Banks et al., 2011), le *New Zealand's National Nurse Entry to Practice Program* (Ministry of Health, 2019) et le cadre du préceptorat au Royaume-Uni (Department of Health, 2010; Forde-Johnston, 2017) ne sont que quelques exemples des programmes obligatoires mis en place pour les IND de ces pays. Aux États-Unis, le développement de programmes officiels non obligatoires s'intensifie depuis plus d'une quinzaine d'années, tel le modèle *Transition to Practice* conçu pour les milieux de soins qui embauchent les IND (Spector et Echternacht, 2010; Ulrich et al., 2010). Au Canada, le Guide sur le préceptorat et le mentorat de l'AIIC (2004) énonce des lignes directrices pour aider les différentes instances à instaurer des programmes de transition de grande qualité. Selon les provinces, d'autres programmes sont parfois ajoutés. Ainsi, en 2017, le *Nursing Graduate Guarantee* a été mis en place en Ontario pour financer les employeurs afin que les IND embauchées puissent occuper des postes temporaires surnuméraires à temps plein pour les six premiers mois de leur pratique (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée). Au Québec, un programme national de soutien clinique, lequel correspond à un guide pratique, a été rédigé en 2008 et permet à chaque établissement du réseau de la santé d'élaborer un programme en fonction de ses réalités particulières (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec). En ce sens, l'OIIQ indique qu'il revient formellement à la Direction des soins infirmiers (DSI) de chaque hôpital de déterminer les composantes des programmes d'intégration des nouvelles embauches, d'assurer le développement et la mise en place d'un système de jumelage et d'élaborer des stratégies de rétention (OIIQ, 2004). Par conséquent, les programmes d'intégration pour les IND au Québec varient considérablement d'un milieu de soins à l'autre.



Les programmes recensés dans la littérature portent une variété de noms : programme de transition, programme d'accueil, résidence, stage, internat, programmes de soins infirmiers en début de carrière et autres appellations. Comme constaté par Harrison et Ledbetter (2014), il importe initialement de normaliser la terminologie utilisée, car les définitions varient selon les articles consultés et les programmes mis en place. À ce sujet, les définitions des termes utilisés au sujet de l'intégration des IND selon l'AIIC (2004), Duchscher (2012) et le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008) figurent dans le lexique de la présente thèse.

Dans leur revue intégrative ayant pour objectif de recenser les meilleures pratiques relatives aux programmes d'intégration des IND, Rush et al. (2019) soulignent l'importance du mentorat, du préceptorat, des opportunités d'activités de soutien avec d'autres IND, des séances d'enseignement pratique sur le terrain et de l'environnement de travail sain. Tous ces éléments ont des effets positifs sur la rétention des IND ainsi que sur le développement de leurs compétences et de leur confiance personnelle, contribuant ainsi à l'atteinte de leur autonomie professionnelle. Les milieux de soins ont besoin d'une approche structurée pour mettre en place un programme d'intégration complet répondant aux besoins spécifiques de leurs nouvelles employées (Dyess et Parker, 2012; Hatler et al., 2011; Heppell-Cayouette et Maranda, 2016). Ce programme, qui devrait inclure l'orientation, le préceptorat et le mentorat, fait en sorte que les IND sont moins susceptibles de quitter leur emploi, apprécient davantage leur travail et traversent plus facilement le choc de la transition (Bontrager et al., 2016; Duchscher, 2012; Laschinger, 2012; Rhéaume et al., 2011; Rush et al., 2019; Salt et al., 2008). Ces interventions combinées à un environnement favorable, à des relations de travail saines et à des stratégies de promotion d'une bonne santé mentale vont, de plus, réduire les niveaux d'épuisement émotionnel chez les IND et avoir un effet protecteur sur le bien-être des celles-ci (Comité jeunesse de l'OIIQ, 2018; Laschinger et Grau, 2012).

### 2.2.2 La pratique des soins de plaies des IND

La revue intégrative présentée au début de ce chapitre révèle que la majorité des écrits recensés dans la littérature sur le transfert des connaissances en soins de plaies concerne des infirmières qui détiennent un diplôme universitaire, délaissant ainsi la particularité de la formation initiale collégiale du Québec (Gagnon et al., 2020). Contrairement à l'Europe, où la formation des infirmières diplômées est encadrée par des curriculums détaillant les objectifs d'apprentissage en soins de plaies selon le niveau de l'infirmière (European Wound Management Association, 2020), le Canada ne bénéficie pas de programme standardisé de formation sur ce point précis. Quelques études traitent des soins de plaies chez les étudiantes infirmières, à savoir si elles se sentent prêtes à gérer les soins de plaies dans leur futur et si le contenu de la formation est suffisant (Christiansen et Rethmeier, 2015; Moore et Clarke, 2011; Ousey et al., 2013). Parmi celles-ci, une récente étude mixte a été réalisée auprès de 126 étudiantes infirmières et de 44 membres d'un département de sciences infirmières dans l'Ouest canadien ayant pour but d'explorer la formation initiale en soins de plaies. Celle-ci vient entre autres à la conclusion que le temps octroyé aux soins de plaies dans la formation initiale est insuffisant (Abuleal, 2018).

La seule mention du Ministère de l'Éducation du Québec (2007) en lien avec l'enseignement des soins de plaies dans la formation initiale infirmière concerne le niveau collégial. Ce programme ministériel stipule que les finissantes doivent être en mesure de déterminer les directives infirmières de façon appropriée. Ces directives incluent les indications relatives au plan de traitement d'une plaie ainsi que la surveillance clinique quant à la vigilance aux risques de plaies de pression. En raison d'un manque d'exigences plus détaillées et de la disparité des programmes offerts, il est actuellement impossible de connaître la place exacte qu'occupent les soins de plaies dans la formation initiale des infirmières au Québec. Un rapport du Comité de formation de l'OIIQ, ayant pour but de « dresser un état de la situation sur la

formation infirmière initiale quant à l'évaluation et le traitement des plaies (Comité de la formation des infirmières, 2013; 2017, p. 1), a été produit en 2013. L'enseignement des soins de plaies dans la formation initiale au Québec est inégal à un point tel que la variabilité des données collectées quant au nombre d'heures consacrées à ce domaine ne permet pas aux auteurs de ce rapport de déterminer une tendance générale.

Cela dit, le programme de huit des neuf universités québécoises offrant le baccalauréat en sciences infirmières comprend un cours en soins de plaies au premier cycle (McGill University, 2020; Université de Sherbrooke, 2020; Université du Québec à Chicoutimi, 2020; Université du Québec à Rimouski, 2020; Université du Québec à Trois-Rivières, 2020; Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, 2020; Université du Québec en Outaouais, 2020; Université Laval, 2018). Ce cours est parfois obligatoire au cursus en sciences infirmières et peut être suivi de façon transversale ou en bloc de deux ou trois crédits. Le rapport du comité démontrait aussi que les données probantes en soins de plaies n'étaient pas toujours enseignées dans la formation initiale (Comité de la formation des infirmières, 2013; 2017). En faisant le suivi de ce rapport en 2017, le comité a constaté d'importantes améliorations apportées par plusieurs milieux d'enseignement, comme l'ajustement des contenus théoriques et pratiques, l'acquisition de nouveau matériel ainsi que l'insertion d'un laboratoire sur les soins de plaies plus tôt dans la formation. Toutefois, des difficultés de collaboration persistent avec les milieux de soins au Québec au sujet de l'exposition aux situations cliniques et de la communication avec les experts en soins de plaies (Comité de la formation des infirmières, 2013; 2017).

Cullen et Cox (2005) décrivent les éléments de base essentiels à une orientation globale en soins de plaies pour les infirmières travaillant en soins à domicile. Même si l'article ne concerne pas exclusivement les IND et n'examine pas le transfert des connaissances en soins de plaies dans son ensemble, les connaissances qu'il apporte sont pertinentes à soulever. Tout d'abord, il y est

indiqué que le processus pour devenir compétent dans la prise de décision en matière de soins de plaies peut prendre jusqu'à un an et nécessite un développement et un suivi continu. D'une durée suggérée de 12 semaines, le programme d'orientation doit, selon les auteures, impérativement avoir une composante de préceptorat. Afin de s'assurer que les infirmières acquièrent des compétences nécessaires en soins de plaies, les gestionnaires devraient faire appel à des spécialistes, comme les stomothérapeutes, pour former le personnel infirmier pendant leur orientation. Les contenus enseignés pendant la phase initiale de l'orientation devraient, au minimum, inclure l'étiologie de la plaie, l'état nutritionnel du patient, la surveillance des infections et la gestion de la charge bactérienne de la plaie, s'il y a lieu. La poursuite des apprentissages se réalise en pratique et permet d'appliquer l'évaluation du risque, la classification et le traitement des plaies de pression et des plaies des membres inférieurs, de réaliser l'examen clinique global incluant la plaie, puis de documenter la plaie adéquatement.

Certes, les soins de plaies représentent un défi considérable pour les IND qui traversent une période de transition exigeante. Un transfert des connaissances structuré en soins de plaies peut contribuer à améliorer la qualité des soins offerts par les infirmières. En dépit de cela, il n'existe actuellement pas de directives officielles en regard des moyens concrets à appliquer pour soutenir le transfert des connaissances en soins de plaies en début de pratique infirmière au Québec.

### **2.3 But et questions de recherche**

La précédente recension des écrits a permis de recenser ce qui est connu et de ce qui reste à découvrir sur la problématique. Il est démontré que peu d'études explorent la situation des IND quant au transfert des connaissances en soins de plaies. La totalité des études retenues dans la revue intégrative s'avère anglophone et la réalité des milieux de soins ruraux ou régionaux n'est que rarement explorée. Également, aucune recherche examinant ce sujet auprès des IND du Québec n'a été trouvée. Néanmoins, la revue intégrative a permis d'élargir la perspective de recherche en

indiquant que les obstacles peuvent aussi être des facilitateurs et vice-versa. Il est donc important d'étudier non seulement les obstacles, mais aussi les facilitateurs du transfert des connaissances.

La problématique met en lumière à quel point le transfert des connaissances en soins de plaie présente des défis en début de pratique, mais plusieurs questions demeurent sans réponses. Une compréhension accrue des facteurs qui influencent ce transfert est une des étapes initiales dans la mise en pratique des données probantes et dans l'amélioration de la transition pour les IND.

Alors, le but de cette étude est de décrire les facilitateurs et les obstacles au transfert des connaissances en soins de plaies chez des IND travaillant au Québec en répondant aux questions de recherche suivantes :

- 1) Quels sont les facilitateurs et les obstacles au transfert des connaissances en soins de plaies chez les IND au Québec?
- 2) Quelles sont les perceptions de ces IND québécoises en regard des facilitateurs et des obstacles dans le transfert des connaissances vécu en soins de plaies?

## Références

- Abuleal, S. V. (2018). Wound care education for undergraduate nursing students. *Journal of Healthcare Communications*, 3(2), 28. <https://doi.org/10.4172/2472-1654.100138>
- Anderson, G., Hair, C. et Todero, C. (2012). Nurse residency programs: An evidence-based review of theory, process, and outcomes. *Journal of Professional Nursing*, 28(4), 203-212. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.11.020>
- Association des infirmières et des infirmiers du Canada. (2004). *Guide sur le préceptorat et le mentorat*. <http://saskpreceptors.ca/documents/CNA%20Preceptor%20guide.pdf>
- Banks, P., Roxburgh, M., Kane, H., Lauder, W., Jones, M., Kydd, A. et Atkinson, J. (2011). Flying start NHS™: Easing the transition from student to registered health professional. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3567-3576. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03796>
- Bontrager, S., Hart, P. et Mareno, N. (2016). The role of preceptorship and group cohesion on newly licensed registered nurses' satisfaction and intent to stay. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 47(3), 132-139. <https://doi.org/10.3928/00220124-20160218-09>
- Bowles, C. et Candela, L. (2005). First job experiences of recent RN graduates: Improving the work environment. *Journal of Nursing Administration*, 35(3), 130-137. <https://doi.org/10.1097/00005110-200503000-00006>
- Christiansen, S. et Rethmeier, A. (2015). Preparing student nurses for the future of wound management: Telemedicine in a simulated learning environment. *European Wound Management Association Journal*, 15(2), 23-27.
- Comité de la formation des infirmières. (2013; 2017). *Avis - Enseignement sur l'évaluation et le traitement des plaies dans la formation infirmière initiale*. OIIQ. [https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/oiiq\\_avis\\_enseignement\\_plaies\\_2013.pdf/8aedf5c5-2d87-b926-f161-734ea506a4a8](https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/oiiq_avis_enseignement_plaies_2013.pdf/8aedf5c5-2d87-b926-f161-734ea506a4a8)
- Comité jeunesse de l'OIIQ. (2018). *Avis - Plans de carrière et de développement professionnel : levier pour la professionnalisation de la relève infirmière*. OIIQ. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/avis-plans-de-carriere-et-developpement-professionnel-20180925-26.pdf/2891434c-09ae-77b5-7224-1a8f8f757fc8>
- Cullen, M. et Cox, F. (2005). Developing a wound management orientation program using evidence-based guidelines. *Home Health Care Management & Practice*, 17(4), 308-315. <https://doi.org/10.1177/1084822304271812>
- Department of Health. (2010). *Preceptorship framework for newly registered nurses, midwives and allied health professionals*. Government of the United Kingdom. [https://www.networks.nhs.uk/nhs-networks/ahp-networks/documents/dh\\_114116.pdf](https://www.networks.nhs.uk/nhs-networks/ahp-networks/documents/dh_114116.pdf)
- Duchscher, E. J. (2001). Out in the real world: Newly graduated nurses in acute-care speak out. *Journal of Nursing Administration*, 31(9), 426-439. <https://doi.org/10.1097/00005110-200109000-00009>
- Duchscher, J. B. (2008). A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441-450. <https://doi.org/10.3928/00220124-20081001-03>
- Duchscher, J. B. (2009). Transition shock: The initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103-1113. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04898>
- Duchscher, J. B. (2012). *From surviving to thriving: Navigating the first year of professional nursing practice*. Nursing The Future.

- Dyess, S. et Parker, C. G. (2012). Transition support for the newly licensed nurse: A programme that made a difference. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 615-623. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01330>
- Edwards, D., Hawker, C., Carrier, J. et Rees, C. (2015). A systematic review of the effectiveness of strategies and interventions to improve the transition from student to newly qualified nurse. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), 1254-1268. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.007>
- European Wound Management Association. (2020). *Wound management curriculum for post registration qualification of nurses*. <https://ewma.org/what-we-do/education/ewma-wound-curricula/nurses/>
- Finn, F. L., Fensom, S. A. et Chesser-Smyth, P. (2010). Promoting learning transfer in post registration education: A collaborative approach. *Nurse Education in Practice*, 10(1), 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2009.03.005>
- Forde-Johnston, C. (2017). Developing and evaluating a foundation preceptorship programme for newly qualified nurses. *Nursing Standard*, 31(42), 42-52. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10413>
- Gagnon, J., Lalonde, M., Polomeno, V., Beaumier, M. et Tourigny, J. (2020). *Le transfert des connaissances en soins de plaies chez les infirmières : une revue intégrative des écrits*. [soumis pour publication].
- Harrison, D. et Ledbetter, C. (2014). Nurse residency programs: Outcome comparisons to best practices. *Journal for Nurses in Professional Development*, 30(2), 76-82. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000001>
- Hatler, C., Stoffers, P., Kelly, L., Redding, K. et Carr, L. L. (2011). Work unit transformation to welcome new graduate nurses: Using nurses' wisdom. *Nursing Economic*, 29(2), 88-93.
- Heppell-Cayouette, M. et Maranda, J. (2016, 7 novembre). *Intégration de la relève infirmière dans les milieux cliniques* [communication orale]. Congrès de l'OIIQ. Montréal, QC, Canada. <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/evenements/congres2016/pdf/integration-releve-congres-2016-a11.pdf>
- Huston, C. L., Phillips, B., Jeffries, P., Toder, C., Rich, J., Knecht, P., Sommer, S. et Lewis, M. P. (2018). The academic-practice gap: Strategies for an enduring problem. *Nursing Forum*, 53(1), 27-34. <https://doi.org/10.1111/nuf.12216>
- Kelly, S. et Courts, N. (2007). The professional self-concept of new graduate nurses. *Nurse Education in Practice*, 7(5), 332-337. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2006.10.004>
- Kramer, M. (1966). The NG speaks. *American Journal of Nursing*, 66(11), 2420-2424.
- Kramer, M. (1974). *Reality shock; Why nurses leave nursing*. Mosby.
- Laschinger, H. K. S. (2012). Job and career satisfaction and turnover intentions of newly graduated nurses. *Journal of Nursing Management*, 20(4), 472-484. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01293>
- Laschinger, H. K. S. et Grau, A. L. (2012). The influence of personal dispositional factors and organizational resources on workplace violence, burnout, and health outcomes in new graduate nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 282-291. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.004>
- Letourneau, M. R. et Fater, H. K. (2015). Nurse residency programs: An integrative review of the literature. *Nursing Education Perspectives*, 36(2), 96-101. <https://doi.org/10.5480/13-1229>
- Maben, J., Latter, S. et Clark, J. M. (2006). The theory-practice gap: Impact of professional-bureaucratic work conflict on newly-qualified nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 465-477. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03939>

- McGill University. (2020). *NUR1 329 Skin integrity and wound care*.  
<https://www.mcgill.ca/study/2018-2019/courses/nur1-329>
- Mellor, P., Gregoric, C., Atkinson, L. M. et Greenhill, J. A. (2017). A critical review of transition-to-professional-practice programs: Applying a standard model of evaluation. *Journal of Nursing Regulation*, 8(2), 23-30. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(17\)30095-9](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(17)30095-9)
- Ministère de l'Éducation du Québec. (2007). *Soins infirmiers programme d'études techniques*. Les publications du Québec.  
<http://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/1762703>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008). *Programme national de soutien clinique - Volet préceptorat*. Les publications du Québec.  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-526-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2017). *Guidelines for participation in the nursing graduate guarantee*. Gouvernement de l'Ontario.  
<https://www.care4nurses.org/wp-content/uploads/NGG-Guidelines-EN-April-2017.pdf>
- Ministry of Health. (2019). *Education and training - Nursing entry to practice program*. Gouvernement de la Nouvelle-Zélande. <https://www.health.govt.nz/our-work/health-workforce/education-and-training>
- Missen, K., McKenna, L. et Beauchamp, A. (2014). Satisfaction of newly graduated nurses enrolled in transition-to-practice programmes in their first year of employment: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2419-2433.  
<https://doi.org/10.1111/jan.12464>
- Monaghan, T. (2015). A critical analysis of the literature and theoretical perspectives on theory-practice gap amongst newly qualified nurses within the United Kingdom. *Nurse Education Today*, 35(8), e1-e7. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.03.006>
- Moore, Z. et Clarke, E. (2011). A survey of the provision of education in wound management to undergraduate nursing students. *European Wound Management Association Journal*, 11(1), 35-38.
- Murray, M., Sundin, D. et Cope, V. (2018). New graduate registered nurses' knowledge of patient safety and practice: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 31-47. <https://doi.org/10.1111/jocn.13785>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2004). *La gouvernance des soins infirmiers dans le cadre d'une organisation de services intégrés*.  
<https://www.oiiq.org/uploads/publications/avis/Gouverne.pdf>
- Ousey, K., Stephenson, J., Cook, L., Kinsey, L. et Batt, S. (2013). Final year student nurses' experiences of wound care: An evaluation. *British Journal of Community Nursing*, 18(Supp.3), S7-8, S10, S12. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.sup3.s7>
- Rhéaume, A., Clément, L. et Lebel, N. (2011). Understanding intention to leave amongst new graduate Canadian nurses: A repeated cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 490-500. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.08.005>
- Rudman, A. et Gustavsson, J. P. (2011). Early-career burnout among new graduate nurses: A prospective observational study of intra-individual change trajectories. *International Journal of Nursing Studies*, 48(3), 292-306.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.07.012>
- Rush, K. L., Adamack, M., Gordon, J., Lilly, M. et Janke, R. (2013). Best practices of formal new graduate nurse transition programs: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 345-356. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.06.009>



- Rush, K. L., Janke, R., Duchscher, J. E., Phillips, R. et Kaur, S. (2019). Best practices of formal new graduate transition programs: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 139-158. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.010>
- Salt, G. J., Cummings, G. G. et Profetto-Mcgrath, G. J. (2008). Increasing retention of new graduate nurses: A systematic review of interventions by healthcare organizations. *The Journal of Nursing Administration*, 38(6), 287-296. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000312788.88093.2e>
- Spector, N. et Echternacht, M. (2010). A regulatory model for transitioning newly licensed nurses to practice. *Journal of Nursing Regulation*, 1(2), 18-25. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(15\)30346](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(15)30346)
- Ulrich, B., Krozek, C., Early, S., Ashlock, C. H., Africa, L. M. et Carman, M. L. (2010). Improving retention, confidence, and competence of new graduate nurses: Results from a 10-year longitudinal database. *Nursing Economic*, 28(6), 363.
- Université de Sherbrooke. (2020). FII248 - Soins des plaies. <https://www.usherbrooke.ca/admission/fiches-cours/FII248/>
- Université du Québec à Chicoutimi. (2020). SSOI234 Soins de plaies. <https://cours.uqac.ca/ssoi234>
- Université du Québec à Rimouski. (2020). Soins de plaies (SSN30405). <https://www.uqar.ca/etudes/etudier-a-l-uqar/programmes-d-etudes/cours/ssn30405>
- Université du Québec à Trois-Rivières. (2020). SOI1109 - Soins de plaies. [https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/couw001?owa\\_sigle=SOI1109](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/couw001?owa_sigle=SOI1109)
- Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. (2020). Nouveau cours - Soins de plaies. <https://www.uqat.ca/soins-de-plaies/>
- Université du Québec en Outaouais. (2020). SOI1073 - Soins de plaies. <https://etudier.uqo.ca/cours/description-cours/SOI1073>
- Université Laval. (2018). SIN-3318 Pratique infirmière et soins de plaie. <https://www.ulaval.ca/les-etudes/cours/repertoire/detailsCours/sin-3318-pratique-infirmiere-et-soin-de-plaie.html>
- Washington, T. G. (2012). Performance anxiety in new graduate nurses: Is it for real? *Dimensions of Critical Care Nursing*, 31(5), 295-300. <https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e3182619b4c>

### **Chapitre 3 – Assises théoriques**

Ce troisième chapitre expose les aspects théoriques considérés dans l'élaboration de cette thèse de maîtrise. En premier lieu, la position paradigmatique du pragmatisme sera présentée, offrant une vision définie du problème et influençant la manière dont le projet de thèse a été mené. En deuxième lieu, le cadre de référence et la définition conceptuelle du transfert des connaissances seront décrits par l'entremise du modèle de « L'application des connaissances en santé : transition des données probantes à la pratique » de Straus et al. (2013). Ce modèle a été utilisé tout au long de la thèse, incluant les deux articles de recherche. Considérant que ce dernier ne tient pas compte des défis spécifiques aux IND, il a été bonifié avec la théorie de la transition de Duchscher (2008), laquelle permet de mieux comprendre la réalité que vivent les IND en début de pratique.

#### **3.1 Position paradigmatique**

Guba et Lincoln (1994) définissent les paradigmes comme étant la vision qui guide l'action de recherche. Cette étude a été réalisée en adoptant la position ontologique et épistémologique liée au pragmatisme. Comme évoqué par Dewey (1931), le pragmatisme devient utile lorsqu'il y a un écart et un questionnement sur comment la connaissance est utilisée dans la pratique. Le lien direct se dessine alors avec la problématique présentée et le concept du transfert des connaissances. Souvent perçu comme un intermédiaire entre le postpositivisme et le constructivisme, le pragmatisme propose différentes nuances, mais demeure toujours avec l'objectif principal de clarifier les concepts en se penchant sur leurs conséquences pratiques (Legg et Hookway, 2019). Ce paradigme a été choisi, car il reconnaît le rôle essentiel des expériences pratiques dans la création continue des savoirs (Morgan, 2014). Gutek (2014) soutient que la philosophie du pragmatisme met l'accent sur l'application pratique des idées en se concentrant sur un univers en continuelle mutation. D'un point de vue ontologique, ce paradigme reconnaît d'ailleurs l'existence et l'importance du monde naturel, mais aussi de la réalité et de l'influence du monde intérieur dans

l'expérience vécue (Johnson et Onwuegbuzie, 2004). L'inséparabilité et l'interdépendance des connaissances et des pratiques sont alors concédées : la vérité est perçue comme étant une solution fonctionnelle à un problème dans un contexte pratique donné et dans un espace-temps précis (Doane et Varcoe, 2005). La construction du savoir émane donc de la découverte empirique et offre une justification épistémologique pour réunir plusieurs sources de connaissances en adoptant une diversité de raisonnements afin de mieux comprendre le monde et de trouver des solutions utiles aux problèmes rencontrés (Johnson et Onwuegbuzie, 2004).

Cette vision associe les différents courants de pensée dans un mouvement syncrétique ayant pour but la mise en commun des données subjectives, objectives et pratiques pour mieux comprendre le transfert des connaissances des soins de plaies en début de carrière. Cette coexistence pacifique de diverses épistémologies influence la conception du problème en lui octroyant une vision plus large et transdisciplinaire. L'éclectisme du pragmatisme donne aussi l'occasion d'appliquer des approches dynamiques pour traiter cette problématique complexe et multiforme (Nowell, 2015). Brendel (2006) souligne, en effet, que ce fondement philosophique s'adapte pertinemment aux domaines de la santé en raison de sa capacité à rapprocher les dualismes, à se concentrer sur les problèmes pratiques et à inclure de multiples perspectives. Étroitement lié au pragmatisme qui reconnaît la valeur équivalente des multiples approches et s'ouvre à explorer les méthodes découlant de différentes sciences, le pluralisme méthodologique postule l'existence et la validité de plusieurs méthodes de recherches et de vérités (Brandom, 2011; Nazon et Perron, 2014). Ainsi, il permet de rassembler diverses sources de connaissances dans le but de répondre aux questions de recherche.

### **3.2 Cadre de référence**

Selon Fortin et Gagnon (2016), le cadre de référence correspond à un regroupement de concepts ou de théories réunis en raison des liens qu'ils partagent avec la problématique étudiée.

Celui-ci détermine l'orientation de l'étude en guidant l'élaboration des questions de recherche et ses étapes subséquentes. Le cadre de référence de cette thèse de maîtrise est composé de deux principaux éléments. D'abord, le modèle de « L'application des connaissances en santé : transition des données probantes à la pratique » de Straus et al. (2013) encadrera l'ensemble de la thèse, en plus d'offrir une définition conceptuelle du transfert des connaissances. Puis, la théorie de la transition de Judy Boychuk Duchscher (2008) sera utilisée particulièrement dans l'Article 2 et la discussion intégrée afin de mieux comprendre la réalité des IND.

### **3.2.1 Le modèle de « L'application des connaissances en santé : transition des données probantes à la pratique »**

Le modèle conceptuel de « L'application des connaissances en santé : transition des données probantes à la pratique » de Straus et al. (2013) a été sélectionné parmi la soixantaine de propositions théoriques, cadres ou modèles traitant du transfert des connaissances. Originellement écrits en anglais, les travaux des auteurs ont été traduits en partie par les IRSC (2015) transformant ainsi le titre « *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice* » par « L'application des connaissances en santé : transition des données probantes à la pratique ». Comme on peut le constater, la traduction française semble exclusivement se concentrer sur l'application des connaissances causant ainsi une certaine confusion dans l'utilisation du modèle. Malgré son titre français, il importe de souligner que les fondements théoriques du modèle englobent tout le cycle des connaissances, de leur création à leur application.

Les racines initiales de ce modèle remontent à 1998 avec *The Ottawa Model of Research Use* de Logan et Graham (1998). Actualisée par les mêmes auteurs en 2004, ce modèle permet de coordonner la mise en œuvre d'une nouvelle politique ou d'un nouveau programme de santé publique dans plusieurs organismes (Graham et Logan). C'est ensuite en 2006 que Graham et al. (2006) ont proposé le cycle des connaissances à la pratique (*knowledge-to-action process*)

initialement créé pour réfléchir au processus et intégrer les rôles de chaque instance dans la formation continue des professionnels de la santé. La Figure 1 démontre les deux phases du cycle : la création et l'application des connaissances. C'est sur ce cycle qu'est fondé l'actuel modèle de « L'application des connaissances en santé : transition des données probantes à la pratique » de Straus et al. (2013).

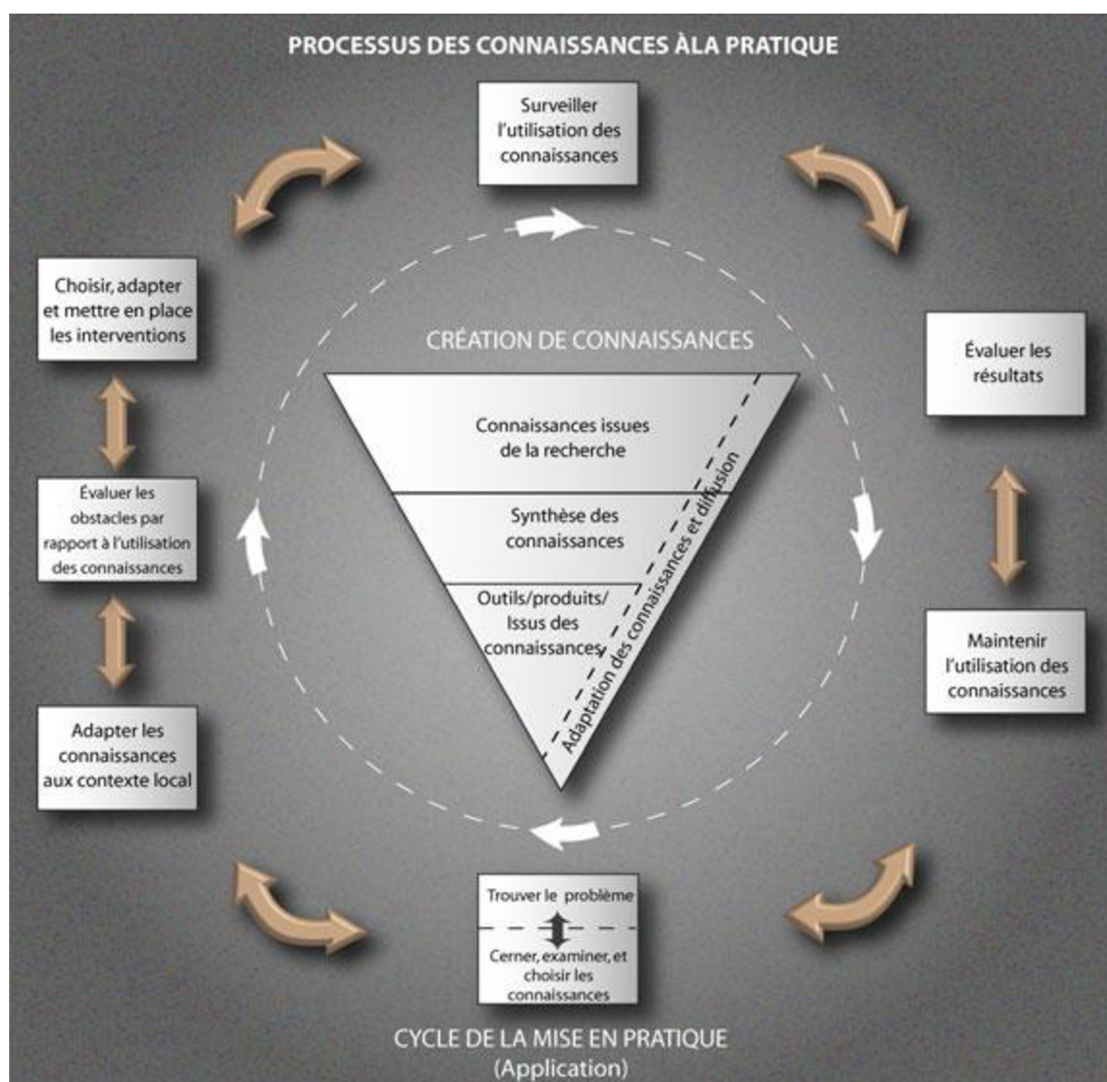


Figure 1. Schéma du processus des connaissances à la pratique (Graham et al., 2006). Traduction française par les IRSC (2016). Reproduction autorisée.

Ce modèle a été adopté pour encadrer les éléments de recherche de cette thèse de maîtrise, car il permet de réfléchir au processus du transfert des connaissances en intégrant les rôles de chaque instance. S'inscrivant directement dans les orientations des Instituts de recherche en santé du Canada (2016), le modèle est basé sur quatre théories provenant de différentes disciplines; 1) la théorie des organisations, provenant des sciences administratives et sociopolitiques; 2) la théorie de l'action planifiée; 3) les théories de l'éducation; 4) la théorie de l'amélioration de la qualité. Cette pluralité liée au paradigme pragmatique offre la possibilité de mettre l'accent sur la problématique étudiée en employant de multiples théories qui permettront d'explorer les différentes composantes du contexte et des connaissances (Denscombe, 2008).

En plus d'apporter une structure logique contextualisée, le modèle a permis de guider la méthodologie de l'étude descriptive (voir Article 2) en suggérant un instrument de mesure validé dont les prémisses suivent le modèle et ses principes, et en soutenant l'élaboration des autres instruments de collecte de données. Le modèle permet aussi d'exposer les stratégies visant à faciliter l'application et le transfert des données scientifiques à la pratique par les multiples parties prenantes du réseau de la santé (Field et al., 2014). De plus, il appuie la démarche en considérant les facilitateurs et les obstacles au transfert des connaissances comme des variables plus qu'importantes à cerner afin de poursuivre le processus optimal. L'approche interactive favorise la participation des utilisateurs et accorde une importance particulière à l'expérience vécue par chacun d'entre eux. Tel le point de vue ontologique proposé dans le pragmatisme, la problématique est alors conceptualisée comme étant évolutive et dépendante des expériences personnelles et des intérêts du monde réel. Ainsi, la pertinence de recueillir des données auprès des IND prend tout son sens. Ce mode de collaboration et d'interaction rejoint la vision interdisciplinaire du modèle et soulève le potentiel des communautés de pratique promu par le pragmatisme. Un autre point pertinent pour son utilisation est l'importance de la mise en œuvre pratique et de l'adaptation au

contexte local. Les travaux s'inscrivent dans une démarche épistémologique visant la clarification de la problématique en se penchant sur ses conséquences pratiques. Les défis quotidiens pour créer des connaissances utiles à la pratique de façon évolutive et dynamique seront alors abordés en ce sens. Ainsi, une description concrète du problème peut être réalisée sur les plans subjectifs et objectifs à l'aide d'un devis mixte. De celle-ci découleront des solutions applicables offrant des résultats pertinents pour les chercheurs, les cliniciens, les gestionnaires, les bailleurs de fonds, les responsables des politiques et les autres parties concernées.

Étant donné qu'il offre une vision globale tout en reconnaissant l'implication de tous les acteurs à différents niveaux du processus, l'utilisation du modèle de « L'application des connaissances en santé : transition des données probantes à la pratique » dans la présente recherche offre une structure afin de comprendre les facilitateurs et les obstacles d'un transfert de connaissances sous-optimal. Les phases segmentées définies au Tableau 4 permettent, en effet, de mieux cerner les enjeux, les défis et les stratégies les plus appropriées en fonction des objectifs établis et du rôle de chaque acteur impliqué dans la création ou l'application des connaissances (Field et al., 2014; Lemire et al., 2009). Chaque étape du processus ainsi que les actions qui y sont reliées peuvent alors être analysées afin d'éclairer la problématique du transfert des connaissances en soins de plaies chez les IND. Donc, les facilitateurs et les obstacles pour transférer les connaissances utiles à la pratique seront abordés de façon évolutive et dynamique tout en ayant une vision globale. Ainsi, l'utilisation du modèle dans la présente thèse de maîtrise permet d'orienter le processus de recherche, de guider la collecte de données, d'encadrer l'analyse et l'interprétation des résultats ainsi que de définir un des principaux concepts à l'étude : le transfert des connaissances.

Tableau 3. Étapes du processus des connaissances à la pratique (Straus et al., 2010)

|                               | Étape                                                               | Opérationnalisation selon le modèle conceptuel                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Création des connaissances    | Connaissances issues de la recherche                                | Tirer des connaissances d'études primaires, comme des essais contrôlés randomisés.                                                                                                                                                                                   |
|                               | Synthèse de la recherche                                            | Synthétiser des études primaires pour produire des connaissances secondaires, comme des examens systématiques ou des méta-analyses.                                                                                                                                  |
|                               | Outils/produits issus des connaissances                             | Créer des outils ou des produits de connaissances (connaissances de troisième génération) comme des guides de pratique, des aides à la décision ou des voies de soins fondées sur les données les plus probantes distillées à partir des connaissances synthétisées. |
| Application des connaissances | Trouver le problème                                                 | Cerner le problème et déterminer, examiner et choisir les connaissances.                                                                                                                                                                                             |
|                               | Adapter les connaissances au contexte local                         | Adapter les connaissances au contexte local.                                                                                                                                                                                                                         |
|                               | Évaluer les obstacles par rapport à l'utilisation des connaissances | Évaluer les facteurs qui contribuent ou qui font obstacle à l'utilisation des connaissances.                                                                                                                                                                         |
|                               | Choisir, adapter et mettre en place les interventions               | Choisir, adapter et mettre en œuvre des interventions pour éliminer les obstacles à l'utilisation des connaissances.                                                                                                                                                 |
|                               | Surveiller l'utilisation des connaissances                          | Surveiller l'utilisation des connaissances.                                                                                                                                                                                                                          |
|                               | Évaluer les résultats                                               | Évaluer le résultat de l'utilisation des connaissances.                                                                                                                                                                                                              |
|                               | Maintenir l'utilisation des connaissances                           | Créer des mécanismes pour faire durer l'utilisation des connaissances.                                                                                                                                                                                               |

### 3.2.2 Définition conceptuelle du transfert des connaissances

Le transfert des connaissances représente le fil conducteur du modèle de Straus et al. (2013). Intégré au domaine de la santé depuis le début du 19<sup>e</sup> siècle, le concept de transfert des connaissances a connu un essor considérable à partir des années 1980 avec le développement de plusieurs modèles, l'avènement du *theory-practice gap*, l'implication des communautés de pratique et l'intégration du concept dans les politiques et organisations. Ce concept demeure



aujourd'hui une priorité pour de nombreuses institutions scientifiques comme les IRSC et le Fonds de recherche en santé du Québec.

Un constat évident se dessine à travers les multiples écrits sur le transfert des connaissances : le fait que ce concept soit utilisé de plusieurs façons et qu'il soit interchangeable engendre un manque de clarté conceptuelle (Graham et al., 2006; Thompson et al., 2006; Ward et al., 2009). Cela empêche donc de procéder à des comparaisons directes entre les études et occasionne une confusion. Dans le domaine de la santé, l'Organisation mondiale de la santé (2005) définit le transfert des connaissances par « *the synthesis, exchange and application of knowledge by relevant stakeholders to accelerate the benefits of global and local innovation in strengthening health systems and improving people's health* » (p. 2). Les chercheuses américaines Ignatavicius et Chung (2016) développent quant à elles une définition davantage pratique comme étant « *the degree to which learners apply the knowledge, skills, and attitudes gained in a training context to the practice. It reflects teaching and learning effectiveness and implies successful application of that knowledge in the practice* » (p. 139). Du côté canadien, les IRSC (2016) stipulent qu'il s'agit d'un « processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application conforme à l'éthique des connaissances dans le but d'améliorer la santé et d'offrir de meilleurs services de santé et de renforcer le système de santé » (paragr. 4). Enfin, l'Institut national de santé publique du Québec définit le concept ainsi :

Ensemble des activités et des mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation des connaissances les plus à jour possible en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans l'exercice de la gestion en matière de santé. [C'est un] processus englobant le partage, l'échange et la transmission de connaissances entre plusieurs groupes d'acteurs œuvrant dans des environnements organisationnels différents. (Lemire et al., 2009, p. 7)

Le concept du transfert des connaissances n'est pas évident à cerner, car la littérature n'offre pas de consensus précis. De nombreux termes sont utilisés pour décrire le processus de mise en action des connaissances. Parmi les multiples appellations rencontrées dans la littérature (transfert, échange, partage, translation, mobilisation des connaissances ou encore diffusion, utilisation, application, implantation et, plus récemment, valorisation des connaissances), le terme « transfert des connaissances » reste celui qui demeure le plus utilisé au Canada (Straus et al., 2013) et au Québec (Lemire et al., 2009; Proulx, 2011). Le modèle de Straus et al. (2013) permet aussi de clarifier le concept du transfert des connaissances comme étant les « méthodes pour combler les lacunes dans le passage des connaissances à la pratique » [traduction libre] (p. 4). Cette dernière définition sera utilisée sur le plan empirique afin d'opérationnaliser le concept du transfert des connaissances dans la thèse (Fortin et Gagnon, 2016).

### **3.2.3 Théorie de la transition**

Étant donné qu'il apporte une vision globale du transfert des connaissances, le modèle de Straus et al. (2013) concerne de multiples acteurs du système de la santé (chercheurs, cliniciens, gestionnaires, responsables des politiques et autres), n'explorant pas ainsi les particularités de la population qui se trouve au cœur de cette thèse : les IND. Les écrits présentés dans la recension démontrent que les IND vivent une période difficile qui pourrait influencer le transfert des connaissances en début de pratique. Ainsi, une théorie spécifique à cette population doit être utilisée afin d'interpréter et d'expliquer les résultats dans la réalité plus large des IND.

Résultant d'un programme de recherche échelonné sur dix ans, ainsi qu'une vaste expérience de travail avec cette population, la théorie de la transition de l'infirmière Judy Boychuk Duchscher (2008) sera utilisée pour compléter le cadre de référence. Dans le but d'élaborer une théorie fondamentale sur la transition des IND vers la pratique clinique, l'auteure a réalisé une série de travaux auprès d'IND canadiennes. Parmi ceux-ci, l'étude phénoménologique auprès de

14 IND dans leurs premiers 12 mois de pratique clinique en soins de courte durée fut le point culminant des recherches permettant de publier en 2008 la théorie de la transition (Duchscher). Depuis, l'auteure a publié un livre intitulé *From Surviving to Thriving: Navigating the first year of Professional Nursing Practice* dans lequel elle présente les résultats de ses recherches et explique l'expérience de la transition aux IND (Duchscher, 2012). Bien qu'elle ait été élaborée à partir d'études menées à l'extérieur du Québec, la théorie de Duchscher (2008) demeure une des théories les plus utilisées au Québec, au Canada et dans le monde entier pour comprendre la transition à la pratique auprès des IND (Gemme et al., 2020; Graf et al., 2020; Hansen, 2011; Murray et al., 2019; Rhéaume et al., 2011; Varner et Leeds, 2012).

Cette théorie est destinée à être utilisée comme guide par les éducatrices cliniques, les gestionnaires d'unité et les administrateurs d'hôpitaux qui recrutent, orientent, encadrent et cherchent à intégrer avec succès les IND dans leur milieu de travail. Elle définit le début de pratique comme étant une expérience non linéaire qui fait évoluer les IND à travers les domaines personnel, professionnel, intellectuel et émotif. Cette théorie encadre la planification, le développement et la mise en œuvre des programmes de transition des IND dans le contexte actuel du système de santé nord-américain. En plus d'appuyer théoriquement le choix de la population étudiée (infirmières diplômées depuis moins d'un an), cette théorie permet de comprendre la réalité et les besoins des IND afin de mieux interpréter les résultats dans l'Article 2 (Chapitre 5). Comprendre ce que les IND vivent lors de leur transition à la pratique clinique donne aussi l'opportunité de voir ce qui fonctionne et ce qui pourrait être amélioré dans les programmes existants. L'auteure de cette théorie rapporte l'importance de chaque étape du processus illustré en Figure 3.

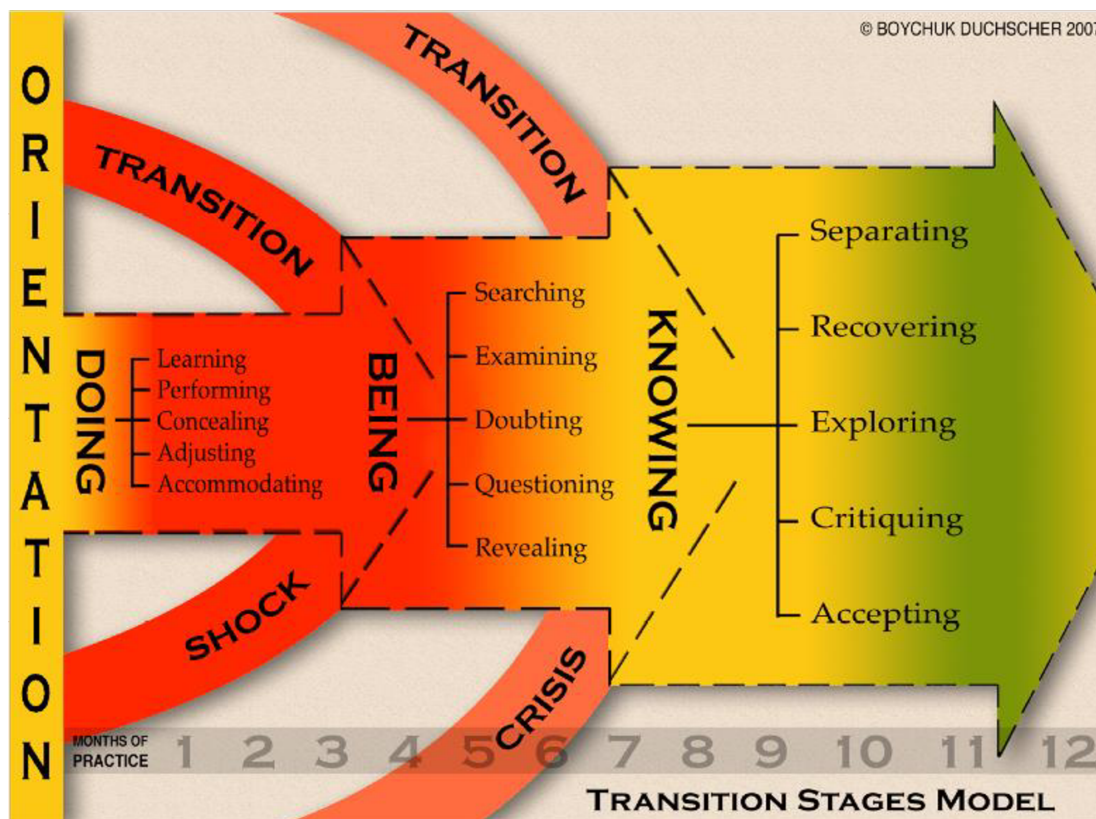


Figure 3. Étapes de la théorie de la transition (Duchscher, 2008). Reproduction autorisée.

Lorsqu'elles commencent leur emploi, les IND passent à travers un processus ponctué de trois étapes (Tableau 5). Après l'embauche, elles ont une orientation qui comprend souvent des cours formels en groupe, suivis d'une partie clinique avec une préceptrice sur l'unité de soins. Une fois l'orientation terminée, l'IND entre dans la phase « *doing* » pour une durée de 1 à 3 mois. C'est alors qu'elle vit le choc relié à son nouvel environnement de travail : niveau de confiance limité, stress dû à la charge de travail et discordance entre réalité et expériences antérieures. Cette période exigeante a parfois pour conséquences un épuisement et un découragement. La pensée linéaire et l'exécution machinale des connaissances chez l'IND justifient le besoin de la présence continue d'une préceptrice formée et volontaire. Vers le troisième mois, l'IND entre dans la phase « *being* ». C'est alors qu'elle est en mesure de réfléchir sur son rôle professionnel, ses responsabilités, ses connaissances et ses compétences. La réflexion est en constante évolution et la distinction se

marque de plus en plus clairement entre le rôle d'étudiante et d'IND. Enfin, vers le septième mois, l'IND atteint la phase « *knowing* » et possède un niveau de pratique assez confortable pour lui permettre de développer sa pensée critique et sa capacité de jugement clinique.

Tableau 4. Situation des IND selon les étapes de la transition (Duchscher, 2008)

| Stade                       | État des IND                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Recommandations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Doing</i><br>1-3 mois    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exécution machinale des connaissances</li> <li>• Gamme intense et fluctuante d'émotions</li> <li>• Processus de découvertes, d'adaptation, d'apprentissages, d'ajustements et d'accommodements</li> <li>• Choc, anxiété et stress</li> </ul>                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Répondre à leurs besoins de prévisibilité, de soutien et de reconnaissance</li> <li>• Les aider à mettre leurs limites</li> <li>• Réduire le multitâche qui pourrait leur être attribué autant que faire se peut</li> <li>• Éviter de leur confier les cas cliniques très complexes ou instables</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Éviter : <ul style="list-style-type: none"> <li>- de les faire travailler sur plus de deux unités</li> <li>- de les faire orienter des étudiants ou de nouveaux membres du personnel</li> <li>- de leur imposer des horaires variables ou des heures supplémentaires excessives</li> <li>- de leur confier la responsabilité de l'unité</li> </ul> </li> <li>• Viser un ratio infirmière/patient inférieur à 1 pour 8</li> <li>• Clarifier les attentes</li> <li>• Offrir un soutien constructif et de la rétroaction</li> </ul> |
| <i>Being</i><br>3-7 mois    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Passage de novices à débutantes</li> <li>• Aisance avec les routines de leur unité ainsi qu'avec les rôles et responsabilités s'y rattachant</li> <li>• Capable de prédire et réagir aux situations présentées</li> <li>• Processus de doutes, de questionnements et de révélations</li> <li>• Fatigue résiduelle de l'étape précédente</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouver le juste milieu entre supervision étroite et autonomie progressive</li> <li>• Guider leur réflexion au lieu de la façonner</li> <li>• Les inciter à poursuivre des activités personnelles de perfectionnement</li> <li>• Leur rappeler de garder une place pour les éléments de leur vie personnelle</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <i>Knowing</i><br>7-12 mois | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien d'un équilibre variable entre la satisfaction de leur travail et le goût de progresser</li> <li>• Processus d'exploration, de critiques et d'acceptation</li> <li>• Récupération physique et mentale</li> </ul>                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les encourager à établir des relations de travail harmonieuses</li> <li>• Les aider à trouver un sens à leur vie professionnelle</li> </ul>                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

### 3.3 Résumé du chapitre

La posture épistémologique de l'auteure de la présente thèse de maîtrise avec le choix du paradigme pragmatique permet une vision plus claire et approfondie de la problématique du transfert des connaissances en soins de plaies auprès des IND, tout en assurant un fondement scientifique à la recherche. Afin de trouver une solution pratique au problème, l'étude du transfert des connaissances sera encadrée avec le modèle de « L'application des connaissances en santé : transition des données probantes à la pratique » de Straus et al. (2013). Ce choix permet de guider le processus de recherche et de définir le transfert des connaissances de façon logique et appliquée tout au long de la thèse. Enfin, la théorie de la transition de Duchscher (2008) viendra bonifier le modèle en offrant une meilleure compréhension de la réalité que vivent les IND dans leur première année de pratique. Cette dernière théorie sera utilisée pour l'Article 2 et la discussion intégrée (voir Chapitres 5 et 6). L'ensemble de ces éléments donne les assises théoriques nécessaires à la réalisation de cette étude en offrant une structure significative qui oriente la méthodologie pour répondre aux questions de recherche.

## Références

- Brandom, R. (2011). *Perspectives on pragmatism: Classical, recent, and contemporary*. Harvard University Press.
- Brendel, D. H. (2006). *Healing psychiatry: Bridging the science/humanism divide*. MIT Press.
- Denscombe, M. (2008). Communities of practice: A research paradigm for the mixed methods approach. *Journal of Mixed Methods Research*, 2(3), 270-283.  
<https://doi.org/10.1177/1558689808316807>
- Dewey, J. (1931). The development of American pragmatism. Dans J. Dewey (dir.), *Philosophy and civilization* (p. 13-35). Minton, Balch and Co.
- Doane, H. G. et Varcoe, H. C. (2005). Toward compassionate action: Pragmatism and the inseparability of theory/practice. *Advances in Nursing Science*, 28(1), 81-90.  
<https://doi.org/10.1097/00012272-200501000-00009>
- Duchscher, J. B. (2008). A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441-450. <https://doi.org/10.3928/00220124-20081001-03>
- Duchscher, J. B. (2012). *From surviving to thriving: Navigating the first year of professional nursing practice*. Nursing The Future.
- Field, B., Booth, A., Illott, I. et Gerrish, K. (2014). Using the knowledge to action framework in practice: A citation analysis and systematic review. *Implementation Science*, 9(1), 172-172. <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0172-2>
- Fortin, F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3<sup>e</sup> éd.). Chenelière Éducation.
- Gemme, M., Carrier, S. et Lajeunesse, A. (2020). Agir aujourd'hui pour soutenir les infirmières de demain. *Perspective infirmière*, 17(1), 22-26.
- Graf, A. C., Jacob, E., Twigg, D. et Nattabi, B. (2020). Contemporary nursing graduates' transition to practice: A critical review of transition models. *Journal of Clinical Nursing*, 00, 1-11. <https://doi.org/10.1111/jocn.15234>
- Graham, I. D. et Logan, J. (2004). Innovations in knowledge transfer and continuity of care. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 36(2), 89-103.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W. et Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (p. 105-117). Sage Publications.
- Guttek, G. (2014). *Philosophical, ideological, and theoretical perspectives on education*. Pearson.
- Hansen, J. (2011). *Nurse residency program builder: Tools for a successful new graduate program*. HCPro.
- Ignatavicius, D. et Chung, C. E. (2016). Professional development for nursing faculty: Assessing transfer of learning into practice. *Teaching and Learning in Nursing*, 11(4), 138-142.  
<https://doi.org/10.1016/j.teln.2016.05.005>
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2015). *L'application des connaissances dans les soins de santé : transition des données probantes à la pratique*. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/40618.html>
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2016). *À propos de l'application des connaissances*. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html>

- Johnson, R. B. et Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33(7), 14-26.  
<https://doi.org/10.3102/0013189X033007014>
- Legg, C. et Hookway, C. (2019). Pragmatism. Dans E. N. Zalta (dir.), *The Stanford encyclopedia of philosophy*. Metaphysics Research Lab, Stanford University.  
<https://plato.stanford.edu/archives/spr2019/entries/pragmatism>
- Lemire, N., Souffez, K. et Laurendeau, M.-C. (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation*. Institut national de santé publique du Québec.
- Logan, J. et Graham, I. D. (1998). Toward a comprehensive interdisciplinary model of health care research use. *Science Communication*, 20(2), 227-246.  
<https://doi.org/10.1177/1075547098020002004>
- Morgan, D. L. (2014). Pragmatism as a paradigm for social research. *Qualitative Inquiry*, 20(8), 1045-1053. <https://doi.org/10.1177/1077800413513733>
- Murray, M., Sundin, D. et Cope, V. (2019). Benner's model and Duchscher's theory: Providing the framework for understanding new graduate nurses' transition to practice. *Nurse Education in Practice*, 34, 199-203. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.12.003>
- Nazon, E. et Perron, A. (2014). Vers une approche pluraliste en sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 116(1), 6-12. <https://doi.org/10.3917/rsi.116.0006>
- Nowell, L. (2015). Pragmatism and integrated knowledge translation: Exploring the compatibilities and tensions. *Nursing Open*, 2(3), 141-148.  
<https://doi.org/10.1002/nop2.30>
- Organisation mondiale de la santé. (2005). *Bridging the “know-do” gap meeting on knowledge translation in global health*.  
<https://www.measureevaluation.org/resources/training/capacity-building-resources/high-impact-research-training-curricula/bridging-the-know-do-gap.pdf>
- Proulx, R. (2011). Le transfert des connaissances et les guides de pratique comme leviers d'amélioration des services. *Revue consortium national de recherche sur l'intégration sociale*, 2(2), 8-12.
- Rhéaume, A., Clément, L. et Lebel, N. (2011). Understanding intention to leave amongst new graduate Canadian nurses: A repeated cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 490-500. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.08.005>
- Straus, S. E., Tetroe, J. et Graham, I. D. (2013). *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2<sup>e</sup> éd.). Wiley.
- Straus, S. E., Tetroe, J., Graham, I. D. et Leung, E. (2010). *Des connaissances à la pratique : ce que c'est et ce que ce n'est pas*. IRSC. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/41928.html>
- Thompson, G. N., Estabrooks, C. A. et Degner, L. F. (2006). Clarifying the concepts in knowledge transfer: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), 691-701.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03775>
- Varner, K. D. et Leeds, R. A. (2012). Transition within a graduate nurse residency program. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 43(11), 491-499.  
<https://doi.org/10.3928/00220124-20121001-28>
- Ward, V., House, A. et Hamer, S. (2009). Developing a framework for transferring knowledge into action: A thematic analysis of the literature. *Journal of Health Services Research & Policy*, 14(3), 156-164. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2009.008120>



## **Chapitre 4 – Méthodologie**

Ce quatrième chapitre présente les étapes de la méthodologie employée pour la réalisation de l'étude. Le type de recherche et le devis retenus seront d'abord explicités, suivis de la présentation de l'échantillon, du milieu de recherche et du recrutement. Ensuite, les méthodes de collecte et d'analyse des données seront décrites. Enfin, les critères de rigueur scientifique et les considérations éthiques seront abordés pour terminer le chapitre.

### **4.1 Type de recherche et devis**

Pour répondre aux questions de recherche, l'étude descriptive à devis mixte a été sélectionnée. Celle-ci a été menée auprès d'IND travaillant au Québec afin de dresser le portrait des facilitateurs et des obstacles qu'elles rencontrent dans le transfert des connaissances en soins de plaies. La recherche à méthodes mixtes se définit comme une recherche qui intègre à la fois des données quantitatives et qualitatives dans une seule étude afin d'obtenir une meilleure compréhension du problème de recherche (Creswell, 2009). Faisant l'objet d'une montée fulgurante en sciences infirmières, elle s'inscrit parfaitement dans le pluralisme méthodologique soutenu par le paradigme pragmatique (Brandom, 2011).

Plusieurs modèles existent pour réaliser une étude selon les méthodes mixtes (Creswell et Creswell, 2018; Morgan, 1998; Onwuegbuzie et Collins, 2007; Teddlie et Tashakkori, 2009). Pour obtenir une perspective élargie et complète de la problématique étudiée, la perspective de Creswell et Creswell (2018) a été adoptée. Dans une vision rejoignant celle de Teddlie et Tashakkori (2009), ces auteurs sous-tendent que l'avancement des connaissances découle de l'action établissant un lien direct avec le paradigme pragmatique. Dans cette réalité méthodologique, comprenant des données qualitatives et quantitatives, le paradigme pragmatique modérée et pluraliste est ainsi respecté.

Selon Creswell (2009), six types de devis peuvent être utilisés avec les méthodes mixtes. Ces derniers se divisent en deux grandes catégories : les devis séquentiels (explicatif, exploratoire ou transformatif) et les devis concomitants (triangulé, imbriqué ou transformatif). Le devis mixte concomitant imbriqué avec prédominance quantitative, présenté à la Figure 4, a été retenu. Suivant les prémisses de celui-ci, une collecte simultanée de données a été réalisée auprès d'un échantillon principal d'IND. Les données ont ensuite été analysées selon la méthode prédominante choisie, soit la méthode quantitative (Creswell et Creswell, 2018; Onwuegbuzie et Collins, 2007). Un sous-échantillon, provenant de l'échantillon principal, a été créé pour recueillir des données qualitatives dont l'analyse fut complémentaire (Johnson et al., 2007).

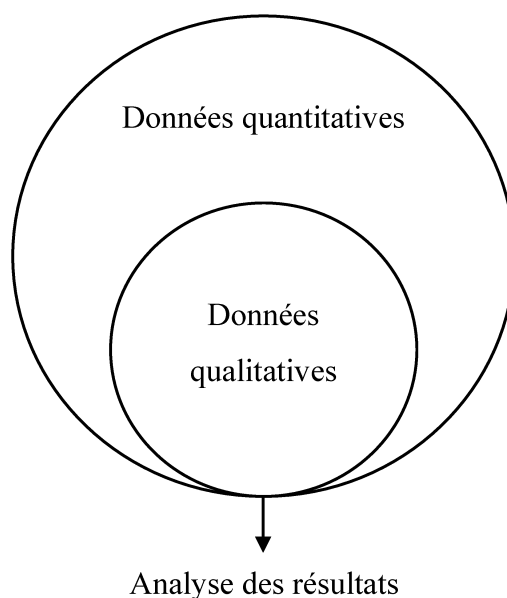


Figure 4. Devis concomitant imbriqué à prédominance quantitative.  
Inspiré de Creswell (2009, p. 210) cité dans Fortin et Gagnon (2016, p. 253).

#### 4.2 Population cible et milieu de recherche

La population ciblée est les IND travaillant au Québec depuis moins de 12 mois. Sur les 3376 IND inscrites au tableau 2018-2019 de l'OIIQ, plus de 80 % travaillent en soins de courte durée (Marleau, 2019). Le recrutement des participantes s'est donc concentré sur ces milieux de

soins. Les IND ciblées, quel que soit leur niveau de diplomation, devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : être infirmières, travailler en soins de courte durée depuis moins de 12 mois, consentir à participer à l'étude et posséder une connaissance minimale de la langue française. Les critères d'exclusion se détaillaient comme suit : ne pas être infirmière, ne pas avoir plus de 12 mois de pratique comme infirmière, ne pas travailler en soins de courte durée et ne pas connaître la langue française. Dans cette optique, un appel a été fait aux IND possédant le profil demandé et travaillant dans les hôpitaux d'un Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la province de Québec. Le CISSS concerné est composé d'établissements de soins publics et ne comporte pas de centre universitaire. L'autorisation officielle du milieu pour réaliser la recherche a été obtenue (Annexe B).

### **4.3 Échantillon**

Les IND ont été recrutées selon la méthode d'échantillonnage par convenance (Fortin et Gagnon, 2016). La participation à l'étude étant volontaire, l'échantillon est donc non probabiliste (Parahoo, 2006). Un premier contact téléphonique avec la DSI a été établi en avril 2019. Cet appel a permis de s'assurer leur collaboration dans la réalisation de l'étude et de définir la taille de l'échantillon qui a été fixée à 52 IND, soit la totalité des IND remplissant les critères d'inclusion au CISSS concerné. En utilisant les méthodes mixtes, l'obtention d'un échantillon représentatif lequel fournit également des informations significatives doit être visé, tout en considérant la disponibilité des personnes ciblées (Creswell et Plano Clark, 2018). Le recrutement auprès des 52 IND de ce CISSS respecte la taille échantillonnale minimale de 50 personnes établie par Teddlie et Tashakkori (2009) pour obtenir une représentativité des résultats quantitatifs dans les devis mixtes.

#### 4.4 Recrutement

Suivant la méthode de Dillman et al. (2014), un courriel d'invitation à participer à un questionnaire en ligne de type Survey Monkey® a été transmis aux IND par l'agente administrative de la DSI (Annexe C). Afin de susciter l'attention de potentielles participantes, des copies d'une affiche promotionnelle ont aussi été distribuées par courrier interne et placardées sur les murs des unités de soins (Annexe D). Deux autres courriels, incluant un document de rappel sur lequel figurait toujours le lien pour le questionnaire, ont ensuite été acheminés à la même cohorte d'IND à des intervalles de deux semaines (Annexe E). Les IND qui remplissaient le questionnaire en ligne étaient conviées, à la fin de celui-ci, à se joindre volontairement à un groupe de discussion en présentiel. Les IND ayant manifesté leur intérêt pour ce groupe ont été contactées afin que le contenu et les autres détails de cette rencontre leur soient précisés. Enfin, un consentement leur a été acheminé avant le groupe de discussion (Annexe F).

#### 4.5 Méthodes de collecte de données

Étant donné que la génération Z préfère le Web pour répondre aux sondages (Millar et al., 2009), les données quantitatives ont été recueillies par l'entremise d'un questionnaire en ligne sur la plateforme de SurveyMonkey®. Ce questionnaire était composé de questions sociodémographiques, de l'Alberta Context Tool (ACT) et de questions spécifiques aux soins de plaies. Ensuite, les données qualitatives ont été recueillies par des groupes de discussion.

##### 4.5.1 Alberta Context Tool

Il existe diverses méthodes pour identifier les obstacles potentiels au transfert des connaissances, sans toutefois y avoir d'approches standards disponibles (Grol et al., 2004). Dans le plus récent volume de Straus et al. (2013) intitulé *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice*, Légaré et Zhang (2013) suggèrent plusieurs instruments de mesure validés permettant d'examiner les facilitateurs et les obstacles au transfert des connaissances dans

les milieux de soins. Toutefois, aucun d'entre eux n'a été créé pour le sujet appliqué en soins de plaies. Pour recueillir les données relatives à la première question de recherche, un de ces instruments intitulé l'Alberta Context Tool (ACT) a été utilisé. Cet instrument a été créé au sein du *Knowledge Utilisation Studies Program* de l'University of Alberta par Estabrooks et al. (2009) pour évaluer la perception du contexte par les différents prestataires de soins de santé. L'Annexe G présente les divisions subséquentes de l'instrument (huit dimensions), leur définition, leur méthode de pointage et leur coefficient respectif alpha de Cronbach. L'autorisation formelle d'utiliser cet instrument de mesure pour la recherche a été obtenue (Annexe H) et celle-ci implique la non-diffusion de son contenu original, en partie ou en totalité.

Offerte en français, la version abrégée du questionnaire spécifique aux soins de courte durée comporte 56 items couvrant les huit dimensions du contexte organisationnel. Le peu de temps requis pour y répondre (en moyenne 9 minutes lorsque remplie en ligne) permet son utilisation dans les milieux de soins avec une lourde charge de travail (Squires et al., 2014). Le questionnaire est composé de deux parties : la première consiste en huit questions fermées concernant les informations socioprofessionnelles des participantes; la seconde sert à évaluer le contexte à l'aide d'items évalués sur une échelle ordinale de type Likert. Celle-ci, graduée de 1 à 5, permet de coter chacun des énoncés en lien avec le contexte, 1, indiquant « fortement en désaccord ou jamais » et 5, « fortement en accord ou toujours ». Les participantes ont été invitées à compléter l'ACT en faisant référence aux soins de plaies de l'unité où elles travaillent la plupart du temps.

Une analyse composée de cinq études effectuées dans différents milieux, dont une évaluation psychométrique en contexte similaire à l'étude actuelle auprès d'infirmières travaillant en soins de courte durée, a déjà été complétée par les auteurs de l'instrument et d'autres collaborateurs pour évaluer la validité et la fiabilité de l'ACT (Squires et al., 2015). Cette analyse

a, entre autres, démontré une cohérence interne avec les coefficients alpha de Cronbach pour les dix thèmes et sous-thèmes évalués par le questionnaire (Annexe G). Bien qu'un thème se trouve en deçà du seuil acceptable de 0,70 (Polit et Beck, 2006), le questionnaire peut être considéré comme fiable. De plus, les analyses bivariées y indiquent que 53 items sur 56 ont obtenu une corrélation statistiquement significative avec chacun des thèmes (seuil de 5 %) (Squires et al., 2015; Squires et al., 2014). Enfin, la validité de contenu par analyse factorielle confirme que l'instrument permet de bien caractériser les facteurs du contexte des milieux de soins qui facilitent ou entravent le transfert des connaissances en général (Squires et al., 2015).

#### **4.5.2 Questions spécifiques aux soins de plaies en début de pratique**

Afin de collecter des données quantitatives spécifiques aux soins de plaies en début de pratique, neuf questions développées par l'auteure de la présente étude et la directrice de thèse ont été ajoutées au questionnaire (Annexe I). Les six premières questions étaient à choix de réponses et ont permis de recueillir des données quantitatives sur la place des soins de plaies dans le programme d'intégration des IND et les ressources disponibles. Deux autres questions ont permis de recueillir le niveau autodéclaré de connaissances et de confiance personnelle en soins de plaies sur une échelle ordinale de 1 à 10 (1, étant « très faible » et 10, « très élevé »). Une dernière question ouverte donnait l'opportunité aux IND d'ajouter des commentaires en lien avec les facilitateurs et les obstacles rencontrés.

Cette partie additionnelle du questionnaire a été préexpérimentée auprès de sept infirmières (cinq IND ne faisant pas partie de l'échantillon à l'étude, une conseillère clinique et une experte en soins de plaies) afin d'évaluer la durée nécessaire pour remplir le questionnaire, la clarté et l'ordre des questions, les contraintes technologiques et les possibles améliorations quant à la présentation générale (fautes, conception et autres). Un questionnaire d'appréciation composé de sept questions fermées et une question ouverte leur a été remis afin de recueillir les commentaires

et les possibles améliorations (Annexe J). Le taux de réponse à ce questionnaire a été de 100 %. Les résultats de cette révision par les pairs ont permis de constater que la question sur le niveau de confiance personnelle nécessitait un éclaircissement en ce qui concernait sa formulation. Une modification a été apportée pour préciser que le niveau de confiance autoévalué faisait exclusivement référence aux situations cliniques en soins de plaies.

#### **4.5.3 Groupes de discussion semi-dirigée**

Selon Fortin et Gagnon (2016), le groupe de discussion semi-dirigée correspond à un type courant d'entrevue qui réunit un animateur et un petit nombre de participants ayant certaines caractéristiques communes pour discuter d'un sujet précis. Ainsi, les données qualitatives ont été collectées par l'entremise de groupes de discussion semi-dirigée dont la composition visée se situait entre six et dix personnes (Fortin et Gagnon, 2016). Un guide d'entrevue (Annexe K), contenant quatre thèmes sous forme de neuf questions ouvertes, a été développé par l'auteure de la présente étude et la directrice de thèse à partir du modèle de « L'application des connaissances dans les soins de santé : transition des données probantes à la pratique » (Straus et al., 2013). Le guide d'entrevue permettait d'aborder les thèmes suivants : le parcours professionnel, les attitudes et les perceptions en regard des soins de plaies, le soutien offert, ainsi que les facilitateurs et les obstacles rencontrés au transfert des connaissances en soins de plaies en début de pratique. Conformément à l'aspect semi-dirigé de la discussion, l'étudiante chercheuse et animatrice a utilisé le guide d'entrevue pour orienter la discussion, tout en favorisant l'interaction entre les participantes et la création de nouvelles idées (Fortin et Gagnon, 2016). Le guide terminait avec une question ouverte permettant d'ajouter des commentaires ou des suggestions.

Une préexpérimentation a été réalisée auprès d'un petit groupe de trois IND répondant aux critères d'inclusion, mais ne faisant pas partie de l'échantillon ciblé. Une discussion semi-dirigée avec ces dernières, d'une durée totale d'environ 60 minutes, a permis de passer le guide d'entrevue

dans son intégralité. Cette démarche avait pour but de vérifier divers aspects du groupe de discussion, comme la durée, la clarté et l'ordre des questions, de même que s'il n'y avait pas lieu d'en ajouter. Une rétroaction commune a été réalisée de vive voix à la suite de la discussion. Les questions ouvertes et échanges informels qui sont ressortis ont permis de recueillir des commentaires sur les questions posées et sur le déroulement du groupe de discussion. Aucune modification n'a été apportée à la suite de cette préexpérimentation.

La collecte de données auprès des participantes à l'étude a été réalisée entre novembre 2019 et janvier 2020. Un enregistrement audio à l'aide d'un appareil numérique et une prise de notes dans un journal de bord ont été faits.

#### **4.6 Analyse des données**

Après la collecte, l'analyse des données quantitatives et qualitatives a été réalisée de façon intégrative en accordant une priorité à l'analyse quantitative pour guider l'étude. Les données qualitatives ont alors joué un rôle d'appoint dans les stratégies en décrivant des aspects difficilement quantifiables et en permettant de dresser un portrait global de la problématique étudiée (Fortin et Gagnon, 2016; Teddlie et Tashakkori, 2009).

Pour le questionnaire, les données quantitatives ont fait l'objet d'analyses statistiques descriptives simples de fréquences, de moyennes et d'écarts-types (Squires et al., 2014) à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics® (version 26). Spécifiquement pour l'ACT, le calcul des résultats a été réalisé et codé selon son manuel d'utilisation créé par Squires et al. (2014). Conformément à ce manuel, les scores des thèmes du leadership, de la culture, de la rétroaction, des relations interpersonnelles et des facteurs organisationnels ont été comptabilisés à partir de moyennes, alors que ceux des interactions et des ressources, à partir de la somme des totaux. Les scores obtenus individuellement ont ensuite été agrégés pour générer des résultats unitaires pour chacun des huit thèmes. Plus le score est élevé, plus le contexte est propice à un transfert des connaissances réussi.



Les réponses textuelles à la question ouverte ont été analysées et quantifiées manuellement en format Microsoft Word®.

Pour les groupes de discussion, les verbatim ont été intégralement transcrits en format Microsoft Word®, en incluant les notes prises pendant les discussions. Après une écoute répétée, les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse de contenu qualitatif de type déductif selon la méthode d'Elo et Kyngas (2008). Cette méthode consiste à décrire et à quantifier objectivement le contenu des groupes de discussion à l'aide de thèmes dérivés d'une théorie ou d'un modèle déjà existant, soit ici de « L'application des connaissances dans les soins de santé : transition des données probantes à la pratique » (Straus et al., 2013). Les thèmes s'harmonisent avec le concept à l'étude, soutenant ainsi la cohérence, la crédibilité et la fiabilité des données. De plus, la démarche itérative des groupes de discussion a eu pour effet, après chaque séance, d'améliorer le guide d'entrevue et d'enrichir les échanges subséquents.

Enfin, l'intégration des données selon Creswell et Creswell (2018) a permis de ressortir des résultats : 1) de confirmation (lorsque les données quantitatives et qualitatives fournissent des conclusions similaires offrant des résultats qui ont une plus grande crédibilité); 2) d'expansion (lorsque les données qualitatives apportent de nouveaux résultats ou des résultats complémentaires permettant d'élargir la perspective du phénomène); 3) de discordance (lorsqu'un résultat est contradictoire entre les deux types de données).

#### **4.7 Critères de scientificité**

À l'instar des autres méthodes, les méthodes mixtes doivent se soumettre à des critères de rigueur scientifique (Fortin et Gagnon, 2016). Selon la perspective de Creswell et Creswell (2018), les études avec un devis mixte concomitant imbriqué doivent tenter de respecter les critères des méthodes quantitatives et qualitatives, tout en gardant une priorité aux postulats de la méthode dominante, soit ici la méthode quantitative. Les moyens mis en place pour adhérer aux postulats

de la méthode quantitative ainsi que pour assurer la rigueur scientifique de l'étude seront présentés dans les prochains paragraphes, soit la validité interne (crédibilité), la validité externe (généralisabilité), la fiabilité et l'objectivité (confirmabilité) (Creswell et Creswell, 2018; Creswell et Plano Clark, 2018; Fortin et Gagnon, 2016; Parahoo, 2006).

La validité interne représente l'adéquation entre les résultats et la réalité du phénomène étudié (Parahoo, 2006). Elle a été soutenue tout au long du processus par la coconstruction de plusieurs personnes (étudiante, directrice et comité de thèse), par des liens entre les données quantitatives et qualitatives, par l'utilisation d'un instrument de mesure aux qualités psychométriques déjà prouvées dans plusieurs autres études (ACT), par la réalisation d'analyses statistiques descriptives cohérentes avec le but de l'étude et par l'atteinte de la saturation des données dans les groupes de discussion. La validité externe désigne, quant à elle, la généralisabilité des résultats et la possibilité de transférer ceux-ci à des situations similaires (Fortin et Gagnon, 2016). En considérant l'accessibilité des participantes, la collecte de données s'est effectuée auprès d'un échantillon dont les caractéristiques étaient les plus représentatives possible de la population étudiée en matière de genre, d'âge, de statut d'emploi et de secteur de travail. Une description détaillée de la procédure de recherche a permis de bien cerner les caractéristiques de l'échantillon et le contexte. La fiabilité fait référence à la clarté des variables étudiées et des méthodes utilisées, ainsi qu'à la stabilité et à l'uniformité des données dans le temps et les conditions (Fortin et Gagnon, 2016; Polit et Beck, 2006). Afin de soutenir cette indépendance entre l'auteure et les résultats, la révision de la démarche scientifique a été effectuée par la directrice et les trois membres du comité de thèse. Encore une fois, les qualités psychométriques de l'ACT soutiennent la fiabilité des résultats en découlant. En ce qui concerne l'ajout au questionnaire qui a été développé pour la présente étude (Annexe I), la validité de contenu a été obtenue grâce au processus de préexpérimentation. La qualité des assises théoriques présentées au chapitre 3 vient

aussi soutenir la rigueur de l'étude en s'appuyant sur la littérature scientifique pour définir les différents concepts à l'étude (Creswell et Creswell, 2018). Enfin, l'objectivité, laquelle renvoie à la neutralité des résultats (Polit et Beck, 2006), a été assurée par la procédure de traitement des données clairement définie et par la vérification des liens entre les données, les résultats et l'interprétation par la directrice et les membres du comité de thèse.

Avec un devis mixte, une validité supplémentaire est aussi prouvée lorsque les résultats qualitatifs soutiennent les résultats quantitatifs ou vice-versa (Polit et Beck, 2006). Ainsi, le chercheur peut être plus confiant dans les inférences tirées des deux ensembles de données. De façon globale, Creswell et Plano Clark (2018) suggèrent plusieurs moyens d'assurer la qualité d'une étude à devis mixte. Parmi ceux-ci, la collecte de données quantitatives et qualitatives au sein d'un même échantillon, l'atteinte d'un seul but par les deux collectes de données, l'utilisation de procédures rigoureuses pour les méthodes de collecte et d'analyse des données, l'intégration approfondie des données et l'utilisation d'un paradigme de recherche permettant les méthodes mixtes font partie des stratégies adoptées dans la présente étude.

#### **4.8 Considérations éthiques**

Les approbations éthiques du CISSS concerné et de l'Université d'Ottawa (certificat H-06-19-4087) ont été obtenues pour cette étude (Annexes L et M). Les IND ont librement participé à l'étude. Conformément aux exigences de l'EPTC<sup>4</sup>, les participantes ayant rempli le questionnaire en ligne étaient sujettes au consentement implicite (Annexe N). Les questionnaires en ligne ont été remplis de façon entièrement anonyme. Les réponses ont été enregistrées en format électronique

<sup>4</sup> L'EPTC correspond à l'Énoncé de politique des trois conseils, lequel est une ligne directrice canadienne pour la conduite éthique de la recherche avec des participants humains.

crypté sur une clé USB, protégée par un mot de passe que seules l'étudiante chercheuse et la directrice connaissent.

Un formulaire de consentement, soulignant les détails relatifs à la confidentialité et le caractère volontaire de la participation, a aussi été lu et signé par les participantes avant les groupes de discussion (Annexe F). En effet, les IND étaient libres de se retirer en tout temps et pouvaient refuser de répondre à certaines questions sans subir de conséquences négatives, représailles ou préjudices. Elles n'avaient pas non plus à justifier leur décision. Un accent particulier a été mis sur le fait que cette étude n'est pas destinée à évaluer la pratique des IND et que les réponses recueillies ne seront pas transmises à leur employeur. Ainsi, le choix de participer, ou non, à cette étude n'a aucune conséquence sur l'emploi des IND.

L'importance de la confidentialité ainsi que du maintien d'un environnement respectueux et sécuritaire a été soulignée au début des rencontres de groupe. N'étant pas en mesure d'assurer la pleine confidentialité et l'anonymat au nom des autres participantes prenant part au groupe de discussion, chaque participante était responsable de la protection de la confidentialité des informations partagées par les autres. Il a été demandé aux participantes de ne pas discuter des réponses en dehors du groupe. L'anonymat extérieur au groupe de discussion a aussi été soutenu par l'utilisation d'un code numérique pour désigner les IND pendant l'enregistrement audio, pour l'écriture du journal de bord ainsi que pour la transcription du contenu. De plus, aucun renseignement sociodémographique n'a été recueilli. Aucune donnée nominative ne peut donc, d'une façon ou d'une autre, apparaître dans un rapport, dans une publication ou être transmise à des tiers. L'information échangée n'a été utilisée que pour tracer le portrait actuel du transfert des connaissances en soins de plaies chez les IND.

Toutes les données recueillies lors des groupes de discussion sont conservées de façon sécuritaire. Les enregistrements audio ont été supprimés après avoir fait l'objet d'une transcription.

Celle-ci se trouve maintenant en format électronique crypté sur une clé USB, protégée par un mot de passe que seules l'étudiante chercheuse et la directrice connaissent. Quant aux informations sur papier, elles sont gardées sous clé dans un classeur, dans le bureau privé de l'étudiante, dont elle seule a accès. Tous les documents et données seront conservés selon la politique de l'Université d'Ottawa pendant une période de cinq ans après la fin de l'étude.

## Références

- Brandom, R. (2011). *Perspectives on pragmatism: Classical, recent, and contemporary*. Harvard University Press.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3<sup>e</sup> éd.). Sage Publications.
- Creswell, J. W. et Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5<sup>e</sup> éd.). Sage Publications.
- Creswell, J. W. et Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3<sup>e</sup> éd.). Sage Publications.
- Dillman, D. A., Smyth, J. D. et Christian, L. M. (2014). *Internet, phone, mail, and mixed-mode surveys: The tailored design method* (4<sup>e</sup> éd.). Wiley.
- Elo, S. et Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569>
- Estabrooks, C., Squires, J., Cummings, G., Birdsell, J. et Norton, P. (2009). Development and assessment of the Alberta Context Tool. *BMC Health Services Research*, 9, 234. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-234>
- Fortin, F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3<sup>e</sup> éd.). Chenelière Éducation.
- Grol, R., Wensing, M. et Eccles, M. (2004). *Improving patient care: Implementing change in clinical practice*. Elsevier.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J. et Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112-133. <https://doi.org/10.1177/1558689806298224>
- Légaré, F. et Zhang, P. (2013). Barriers and facilitators - Strategies for identification and measurement. Dans S. E. Straus, J. Tetroe et I. D. Graham (dir.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2<sup>e</sup> éd., p. 121-136). Wiley.
- Marleau, D. (2019). *Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2018-2019*. OIIQ. <https://www.oiiq.org/documents/20147/8234808/Portrait+sommaire+2018-2019.pdf>
- Millar, M. M., O'Neill, A. C. et Dillman, D. A. (2009). *Are mode preferences real?* Washington State University (Social and Economic Sciences Research Center).
- Morgan, D. L. (1998). Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: Applications to health research. *Qualitative Health Research*, 8(3), 362-376. <https://doi.org/10.1177/104973239800800307>
- Onwuegbuzie, A. J. et Collins, K. M. (2007). A typology of mixed methods sampling designs in social science research. *The Qualitative Report*, 12(2), 281-316.
- Parahoo, A. K. (2006). *Nursing research* (2<sup>e</sup> éd.). Palgrave Macmillan.
- Polit, D. F. et Beck, C. T. (2006). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (6<sup>e</sup> éd.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Squires, J. E., Hayduk, L., Hutchinson, A. M., Mallick, R., Norton, P. G., Cummings, G. G. et Estabrooks, C. A. (2015). Reliability and validity of the Alberta Context Tool (ACT) with professional nurses: Findings from a multi-study analysis. *PLoS One*, 10(6), e0127405. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127405>
- Squires, J. E., Hutchinson, A., Hayduk, L., Cranley, L., Cummings, G., Norton, P. et Estabrooks, C. (2014). *Alberta Context Tool, user manual*. University of Alberta (Knowledge Utilization Studies Program, Faculty of Nursing).

- Straus, S. E., Tetroe, J. et Graham, I. D. (2013). *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2<sup>e</sup> éd.). Wiley.
- Teddlie, C. et Tashakkori, A. (2009). *Foundations of mixed methods research: Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*. Sage Publications.

## Chapitre 5 – Résultats (Article 2)

Ce chapitre est constitué du plus récent manuscrit qui a été soumis le 28 juin 2020 à la *Revue francophone internationale de recherche infirmière* et qui présente les résultats de l'étude descriptive à devis mixte. L'accusé de réception est présenté à l'Annexe O.

Référence pour l'article 2 : Gagnon, J., Lalonde, M., Beaumier, M., Polomeno, V., & Tourigny, J. (2020). Étude descriptive des facilitateurs et des obstacles dans le transfert des connaissances en soins de plaies chez des infirmières nouvellement diplômées travaillant au Québec. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*. [soumis pour publication].



## **Page titre**

### **Titre**

Étude descriptive des facilitateurs et des obstacles dans le transfert des connaissances en soins de plaies chez des infirmières nouvellement diplômées travaillant au Québec

### **Titre secondaire**

A descriptive study of facilitators and barriers in the transfer of knowledge in wound care among newly graduated nurses working in Quebec

### **Auteurs**

-Julie Gagnon, B. Sc., Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université d'Ottawa, Canada, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa, 451 chemin Smyth Road, K1H 8M5, Ottawa (Ontario), Canada

-Michelle Lalonde, Ph. D., Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa, 451 chemin Smyth Road, K1H 8M5, Ottawa (Ontario), Canada

-Maryse Beaumier, Ph. D., Professeure agrégée, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, boulevard des Forges, C. P. 500, G9A 5H7, Trois-Rivières (Québec), Canada

-Viola Polomeno, Ph. D., Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa, 451 chemin Smyth Road, K1H 8M5, Ottawa (Ontario), Canada;

-Jocelyne Tourigny, Ph. D., Professeure émérite, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa, 451 chemin Smyth Road, K1H 8M5, Ottawa (Ontario), Canada

**Décompte du nombre de signes du corps du texte** (excluant le résumé, les illustrations et les références)

59 555 caractères (espaces comprises)

### **Auteure responsable de la correspondance**

Julie Gagnon, B. Sc., Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa, 451 chemin Smyth Road, K1H 8M5, Ottawa (Ontario), Canada, [jgagn156@uottawa.ca](mailto:jgagn156@uottawa.ca)

### **Remerciements**

Nous remercions les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Université d'Ottawa et la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada dont la contribution a permis de financer en partie ce projet.

### **Déclaration de liens d'intérêts**

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

## **Étude descriptive des facilitateurs et des obstacles dans le transfert des connaissances en soins de plaies chez des infirmières nouvellement diplômées travaillant au Québec**

### **Résumé et mots clés**

Cet article présente les résultats d'une étude descriptive à devis mixte sur les facilitateurs et les obstacles perçus par les infirmières nouvellement diplômées au sujet du transfert des connaissances en soins de plaies. Les données ont été recueillies dans des milieux hospitaliers de soins de courte durée au Québec (Canada) auprès d'infirmières ayant moins d'un an de pratique. La collecte de données s'est effectuée par un questionnaire en ligne ( $n = 20$ ) et trois groupes de discussion semi-dirigée ( $n = 18$ ). Un total de neuf facilitateurs et quatorze obstacles ont été identifiés découlant de facteurs reliés au contexte, aux connaissances et aux attitudes. Alors que la culture est à la fois considérée comme un facilitateur et un obstacle. Les résultats permettent de dégager de possibles interventions dans la formation, la pratique clinique et la recherche.

**Mots clés :** plaie, facilitateur, obstacle, nouvelle infirmière, transition

*This article presents the results of a mixed-method descriptive study about the facilitators and barriers perceived by new graduate nurses regarding knowledge transfer in wound care. Data were collected from nurses who are in their first year of practice in acute care hospital settings in the of province of Quebec (Canada). Data collection was done through an online questionnaire ( $n = 20$ ) and three focus groups ( $n = 18$ ). A total of nine facilitators and fourteen barriers were identified in regard to context, knowledge and attitudes. Culture is seen both as a facilitator and an obstacle. The results reveal possible interventions for nursing education, clinical practice and research.*

**Keywords :** wound care, facilitator, barrier, new nurse, transition

## **Introduction**

Les soins de plaies ont traditionnellement été sous la responsabilité de l'infirmière, laquelle mettait en pratique des soins de base englobant le contrôle des infections et les pansements. Aujourd'hui, la complexité des soins de plaies reliée au développement des maladies chroniques et au vieillissement de la population implique une approche interdisciplinaire nécessitant une combinaison de connaissances et de compétences comme l'utilisation d'une approche systématique où le patient est au centre de toute prise de décision [1, 2]. Ce défi est particulièrement considérable pour les infirmières nouvellement diplômées (IND), lesquelles sont en début de carrière. Peu de données sont disponibles sur la situation vécue par les IND de la province de Québec, au Canada, en lien avec leur pratique en soins de plaies. Cet article a donc pour but de présenter les résultats d'une étude descriptive à devis mixte portant sur les facilitateurs et les obstacles dans le transfert des connaissances en soins de plaies chez des IND travaillant au Québec.

## **Recension des écrits**

### **La transition à la pratique pour les IND : une période difficile**

Selon la théorie de la transition de Judy Boychuk Duchscher [3], les IND subissent une période de transition d'études-travail d'au moins 12 mois. Durant celle-ci, les IND peuvent ressentir un stress lié à la performance des rôles, une détresse morale, un découragement et une désillusion au cours des premiers mois de leur initiation à la pratique [4]. Tous niveaux de formation confondus, une infirmière canadienne sur cinq travaillant dans les hôpitaux quitte son emploi chaque année [5]. Quoique situé à 87,5 %, le taux de rétention après cinq ans de pratique ne cesse de baisser au Québec [6]. La rétention des IND en milieux de soins est une préoccupation internationale. Aux

États-Unis, 17 % des IND quittent la profession après un an de pratique [7]. En France, 30 % des IND quittent la profession dans les cinq années suivant l'obtention de leur diplôme [8].

Les IND débutant sur le marché du travail constatent qu'elles ne possèdent ni l'expérience ni l'assurance nécessaires pour naviguer dans l'environnement clinique actuel, lequel est extrêmement actif, intense et soumis à une charge de travail considérable en raison des soins de plus en plus complexes [3]. Cette période est exigeante et les IND embauchées font face à de nombreux défis pour réussir cette transition vers la compétence, la confiance et l'autonomie requises pour œuvrer en milieu de soins [3]. Dans sa revue de littérature de 2018, Murray [7] conclut que l'ensemble de ces défis engendrent un écart préoccupant entre la théorie et la pratique chez les IND.

### **Les IND et les soins de plaies**

Les soins de plaies représentent un enjeu de santé publique [9] et sont une préoccupation constante pour les infirmières. Qu'elles soient aiguës, chroniques ou chirurgicales, les plaies font partie intégrante du *caring* dont pourra nécessiter un patient tout au long de son parcours de vie, de la naissance en néonatalogie jusqu'en fin de vie aux soins palliatifs. Les plaies sont un dénominateur commun de tous les milieux de soins où travaillent les IND. Après l'obtention de leur diplôme, les IND ont le défi d'appliquer leurs connaissances et habiletés en soins de plaies à leur pratique clinique quotidienne. La théorie de la transition explique entre autres ce défi par la capacité multitâche limitée et par le défi inhérent à la prise de décision, lesquels nécessitent une démarche mentale complexe [3]. De plus, les soins de plaies constituent un domaine émergent, où le développement rapide et la complexité croissante des cas rencontrés génèrent un défi supplémentaire dans le développement de cette expertise [10]. Par conséquent, la prise en charge autonome des problématiques multifactorielles comme les soins de plaies est difficile pour les

IND. Considérant que la qualité de l'évaluation de l'infirmière est directement liée à sa formation et à son expérience [11], cette responsabilité professionnelle consiste en un défi de taille pour les IND. Il faut donc s'assurer que des moyens soient mis en place pour garantir la prestation de soins conformes aux données probantes et aux normes professionnelles, d'autant plus que l'activité médicale des soins de plaies au Québec est réservée aux infirmières depuis 2003 [1].

### **Les soins de plaies dans la pratique infirmière québécoise**

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) encadre l'activité médicale réservée aux soins de plaies comme suit :

Le plan de traitement, déterminé par l'infirmière, est basé sur des pratiques exemplaires et s'applique spécifiquement aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments. Il résulte de l'évaluation clinique du patient, de sa condition de santé et de la plaie ou des altérations de la peau et des téguments à traiter. Il comprend les décisions prises par l'infirmière pour favoriser la guérison, soulager les symptômes et prévenir toute détérioration ou récurrence [1] (p.19).

L'OIIQ spécifie également que l'infirmière doit tenir compte de l'étendue de ses connaissances, de son expertise et de ses habiletés en soins de plaies, notamment en ce qui concerne ses connaissances sur le processus de cicatrisation, les facteurs de risque, l'étiologie de la plaie, les principes sous-jacents à la préparation du lit de la plaie et à l'évaluation de la plaie [1]. De plus, en vertu du Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par une infirmière, cette dernière peut obtenir le droit de prescrire dans les domaines des soins de plaies depuis janvier 2016 [1]. L'infirmière détenant ce droit peut, en effet, prescrire des analyses de laboratoire (préalbumine, albumine et culture de plaie), des médicaments topiques (sauf la sulfadiazine et ceux relatifs aux traitements dermatologiques ou oncologiques) ainsi que des produits et pansements reliés au traitement des plaies [1].

À la différence des autres provinces canadiennes où le baccalauréat en sciences infirmières est obligatoire pour exercer la profession, les programmes de formation initiale reconnus au

Québec pour mener à la carrière d'infirmière sont généralement le diplôme d'études collégiales et/ou le baccalauréat. En 2018-2019, près de 50 % des infirmières québécoises détenaient exclusivement un niveau de formation collégiale [6]. Toutefois, la majorité des écrits relevés dans la littérature au sujet du transfert des connaissances en soins de plaies concerne des infirmières détenant un diplôme universitaire [14], délaissant ainsi cette particularité de la formation initiale au Québec. En raison du manque de lignes directrices du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES), ainsi que de la disparité des programmes offerts, il est actuellement impossible de connaître la place exacte qu'occupent les soins de plaies dans la formation initiale des infirmières au Québec. En 2013, le rapport du Comité de formation de l'OIIQ ayant pour but de « dresser un état de la situation sur la formation infirmière initiale quant à l'évaluation et le traitement des plaies » [15] (p.1) indique que la variabilité des réponses obtenues quant au nombre d'heures consacrées à l'enseignement des soins de plaies ne permet pas de déterminer une tendance générale à ce sujet. Cela dit, huit des neuf universités québécoises lesquelles donnent le baccalauréat en sciences infirmières offrent un cours en soins de plaies au premier cycle. Selon les universités, ce cours est parfois obligatoire au cursus en sciences infirmières, de façon transversale ou en bloc de cours de deux ou trois crédits. Le rapport du comité démontrait aussi que les données probantes en soins de plaies n'étaient pas toujours enseignées dans la formation initiale [15]. En faisant le suivi de ce rapport en 2017, le comité a constaté d'importantes améliorations apportées par plusieurs milieux d'enseignement, comme l'ajustement des contenus théoriques et pratiques, l'acquisition de nouveau matériel ainsi que l'insertion d'un laboratoire sur les soins de plaies plus tôt dans la formation. Toutefois, des difficultés de collaboration persistent avec les milieux de soins au sujet de l'exposition aux situations cliniques et de la communication avec les experts en soins de plaies [15].

À l'égard des programmes d'intégration pour les IND en début de pratique au Québec, les modalités pour déterminer le contenu de ces programmes (incluant l'orientation, le préceptorat et le mentorat) n'ont pas été révisées depuis 2004. L'OIIQ indiquait alors qu'il revient formellement à la Direction des soins infirmiers (DSI) de chaque hôpital de déterminer les composantes des programmes d'intégration des nouvelles embauches, d'assurer le développement et la mise en place d'un système de jumelage et d'élaborer des stratégies de rétention [16]. Par conséquent, la place accordée aux soins de plaies dans les programmes d'intégration pour les IND au Québec varie d'un milieu de soins à l'autre.

### **Les soins de plaies et le transfert des connaissances**

Bien que la littérature soit claire sur la nécessité de favoriser le transfert des connaissances en soins de plaies, les détails concernant les façons d'y arriver ne sont pas aussi évidents. Selon une revue semi-systématique de 2018, un écart persiste entre les pratiques recommandées et celles adoptées par les infirmières dans le domaine des soins de plaies [12]. Afin de soutenir les infirmières dans cette pratique, l'organisme Wounds Canada publie les fondements des pratiques exemplaires pour la gestion des soins de la peau et des plaies. Cependant, on ne sait pas dans quelle mesure ces informations sont distribuées dans les milieux de soins ni leur degré d'utilisation. L'étude descriptive qualitative réalisée par Kuhnke et al. (2019) dans trois régions anglophones du Canada conclut que la formation continue et l'engagement organisationnel ont actuellement des besoins prioritaires afin d'améliorer la prestation de soins de plaies basés sur des données probantes [13]. En dépit de l'abondante littérature en ce qui a trait au transfert des connaissances, les écrits reliant ce dernier aux soins de plaies sont plutôt rares et aucun n'est contextualisé à la pratique infirmière québécoise [14].

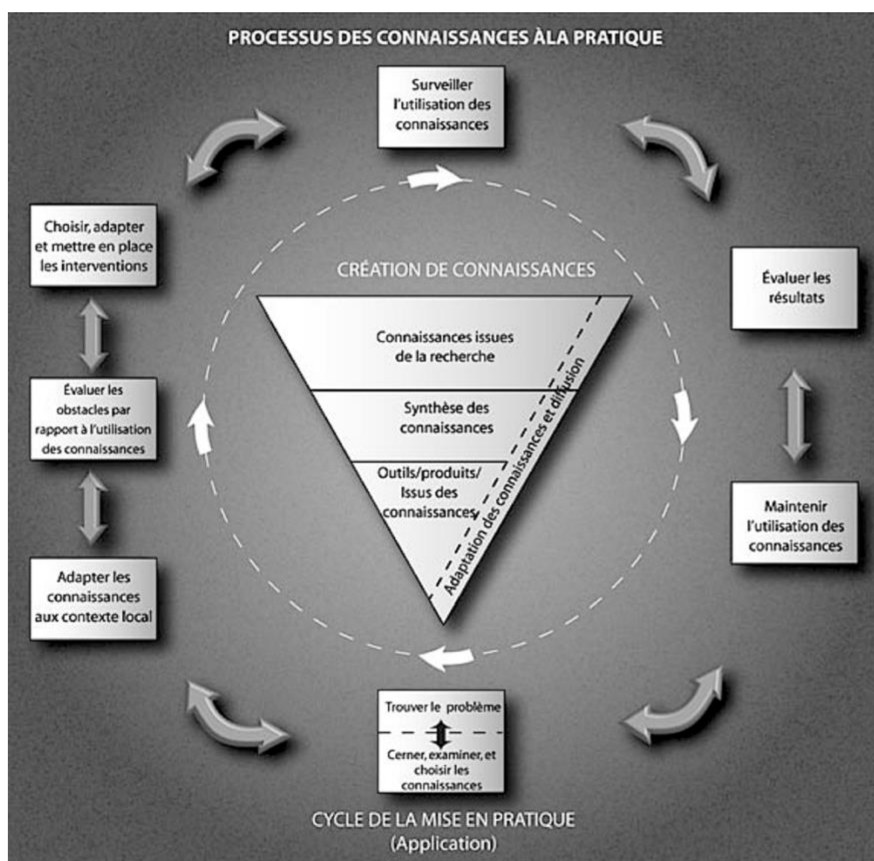


## But de l'étude

À la lumière de ces informations, il est primordial de se questionner sur la situation que vivent les IND québécoises en lien avec le transfert des connaissances en soins de plaies. Ainsi le but de la présente étude est de recenser et de décrire les facilitateurs et les obstacles au transfert des connaissances en soins de plaies selon des IND au Québec.

## Cadre de référence

Le cadre de référence choisi pour guider cette étude est le modèle de « L'application des connaissances dans les soins de santé : transition des données probantes à la pratique » de Straus et al. [17] traduit en partie par les ISRC [18]. Basé sur le cycle du processus des connaissances à la pratique de Graham et al. [19] (Fig.1), ce modèle permet d'organiser le transfert des connaissances de façon logique et appliquée en offrant les balises conceptuelles nécessaires afin de répondre au but de cette étude.



**Figure 1.** Schéma du processus des connaissances à la pratique [19]. © Traduction française par les Instituts de recherche en santé du Canada [18]. Reproduction autorisée.

Tout en conservant une vision globale, la réalisation de la présente recherche repose plus précisément sur les fondements théoriques de la troisième étape du cycle de l'application des connaissances, intitulée « Évaluer les obstacles par rapport à l'utilisation des connaissances ». Étant donné qu'un facteur perçu comme un obstacle peut aussi être reconnu comme un facilitateur [14, 19], l'étude a porté sur ces deux composantes. Dans le respect de ce cadre de référence, le terme « données probantes » sera utilisé pour désigner les différentes appellations comme pratiques exemplaires, meilleures pratiques, pratique basée sur des preuves (*evidence based practice*) et lignes directrices.

## **Méthodologie**

### **Devis**

Une étude descriptive à devis mixte concomitant imbriqué avec prédominance quantitative a été réalisée [20, 21]. Ce choix provient du besoin de l'aspect qualitatif d'avoir une perspective élargie de la problématique, de décrire les facteurs difficilement quantifiables et d'enrichir l'interprétation des résultats quantitatifs [22]. Dans la perspective de Creswell et Creswell (2018), une méthode contextualisée a été utilisée pour appliquer une logique déductive et inductive, afin de découvrir les différentes notions entourant le but de la recherche et de faire avancer les connaissances [20, 21]. Ainsi, les données quantitatives et qualitatives ont été recueillies simultanément et les résultats ont été analysés façon intégrative.

### **Échantillon et milieu de recherche**

Considérant que 94 % des IND du Québec travaillent dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux et que plus de 80 % d'entre elles sont en soins de courte durée [6], cette étude a été menée auprès des IND possédant un profil similaire dans les hôpitaux d'un Centre

intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la province de Québec. Ceci est d'autant plus pertinent que l'Institut canadien d'information sur la santé a noté que 31,9 % des plaies se retrouvaient dans les milieux de soins hospitaliers [9]. Le CISSS concerné est composé d'établissements de soins publics et ne comporte pas de centre universitaire. Les IND ciblées, quel que soit leur niveau de diplomation, devaient répondre aux critères suivants : être infirmière depuis moins de 12 mois, travailler en soins de courte durée, consentir à participer à l'étude et posséder une connaissance minimale de la langue française. Les critères d'exclusion se détaillaient comme suit : ne pas être infirmière, avoir plus de 12 mois de pratique comme infirmière, ne pas travailler en soins de courte durée et ne pas connaître la langue française.

### **Recrutement**

Les IND ont été recrutées selon la méthode d'échantillonnage par convenance [22] et ont participé à l'étude sur une base volontaire. Suivant la méthode de Dillman et al. [23], un courriel d'invitation à participer à un questionnaire en ligne de type Survey Monkey® a été expédié à la cohorte des 52 IND du CISSS par l'agente administrative de la DSI. Des affiches promotionnelles ont aussi été distribuées par courrier interne et placardées sur les babillards des unités de soins afin de susciter l'attention de potentielles participantes. Deux courriels de rappel, incluant toujours le lien du questionnaire, ont ensuite été acheminés dans un intervalle de deux semaines à la même cohorte d'IND. Les IND qui remplissaient le questionnaire en ligne étaient conviées, à la fin de celui-ci, à se joindre à un groupe de discussion en présentiel. Les IND ayant manifesté leur intérêt ont été contactées afin que leur soient précisés le contenu et les autres détails concernant les groupes de discussion. Enfin, un consentement leur a été acheminé.

## Méthodes de collecte de données

**Questionnaire en ligne (partie de l'Alberta Context Tool).** Figurant parmi les instruments de mesure suggérés dans le cadre de référence, l'Alberta Context Tool (ACT), créé par Estabrooks et al. [24], a été utilisé pour évaluer quantitativement les facilitateurs et les obstacles modifiables du transfert des connaissances dans les milieux de soins. Offerte en français, la version abrégée du questionnaire spécifique aux soins de courte durée comporte 56 items couvrant les huit dimensions du contexte organisationnel. De plus, le peu de temps requis pour y répondre (en moyenne 9 minutes en ligne) permet son utilisation dans les milieux de soins avec une lourde charge de travail [25]. Le questionnaire est composé de deux parties : la première consiste en huit questions fermées concernant les informations socioprofessionnelles des participantes; la seconde sert à évaluer le contexte organisationnel à l'aide d'items évalués sur une échelle ordinale de type Likert. Graduée de 1 à 5, celle-ci permet de coter chacun des énoncés en lien avec le contexte, 1, indiquant « fortement en désaccord ou jamais » et 5, « fortement en accord ou toujours ». Les participantes ont été invitées à compléter l'ACT en faisant référence aux soins de plaies de l'unité où elles travaillent la plupart du temps. L'autorisation d'utiliser cet instrument a formellement été obtenue auprès des instances concernées.

Une analyse composée de cinq études effectuées dans différents milieux, dont une évaluation psychométrique en contexte similaire à l'étude actuelle auprès d'infirmières travaillant en soins de courte durée, a déjà été complétée par les auteurs de l'instrument et d'autres collaborateurs pour évaluer la validité et la fiabilité de l'ACT [26]. Cette analyse a, entre autres, démontré une cohérence interne avec les coefficients alpha de Cronbach pour les dix thèmes et sous-thèmes évalués par le questionnaire : le leadership ( $\alpha = 0,91$ ), la culture ( $\alpha = 0,80$ ), la rétroaction ( $\alpha = 0,92$ ), les interactions formelles ( $\alpha = 0,80$ ) et informelles ( $\alpha = 0,59$ ), les relations

interpersonnelles ( $\alpha = 0,80$ ), les ressources structurelles et électroniques ( $\alpha = 0,80$ ) ainsi que les facteurs organisationnels reliés aux effectifs ( $\alpha = 0,80$ ), à l'espace de travail ( $\alpha = 0,80$ ) et au temps ( $\alpha = 0,86$ ). Bien qu'un thème se trouve en deçà du seuil acceptable de 0,70 [27], le questionnaire peut être considéré comme fiable et a été utilisé dans près d'une trentaine d'études canadiennes et internationales [25]. De plus, les analyses bivariées y indiquent que 53 items sur 56 ont obtenu une corrélation statistiquement significative avec chacun des dix thèmes (seuil de 5 %) [25, 26]. Enfin, la validité de contenu par analyse factorielle confirme que l'instrument permet de bien caractériser les facteurs du contexte qui facilitent ou entravent le transfert des connaissances [26].

Pour la présente étude, le calcul des résultats a été réalisé et codé selon le manuel d'utilisation de l'ACT [25] : les résultats des thèmes du leadership, de la culture, de la rétroaction, des relations interpersonnelles et des facteurs organisationnels ont été obtenus à partir de moyennes, alors que ceux des interactions et des ressources, à partir de la somme des totaux. Les résultats obtenus individuellement ont ensuite été agrégés pour générer des scores unitaires pour chacun des thèmes. Plus le score est élevé, plus le contexte organisationnel est propice à un transfert des connaissances réussi.

**Questionnaire en ligne (questions spécifiques aux soins de plaies).** Afin de collecter des données quantitatives spécifiques aux soins de plaies en début de pratique, une troisième partie a été ajoutée au questionnaire. Celle-ci comportait neuf questions rédigées par les deux premières auteures de la présente étude. Les six premières questions étaient à choix de réponses et ont permis de recueillir des données quantitatives sur les ressources disponibles et la place des soins de plaies dans le programme d'intégration des IND. Deux autres questions ont permis de recueillir le niveau autodéclaré de connaissances et de confiance personnelle en soins de plaies sur une échelle ordinale de 1 à 10 (1 étant « très faible » et 10, « très élevé »). Une dernière question ouverte

donnait l'opportunité aux IND d'ajouter des commentaires en lien avec les facilitateurs et les obstacles rencontrés.

Cette partie additionnelle du questionnaire a été préexpérimentée auprès de sept infirmières (cinq IND ne faisant pas partie de l'échantillon à l'étude, une conseillère clinique et une experte en soins de plaies) afin d'évaluer la durée nécessaire pour remplir le questionnaire, la clarté et l'ordre des questions, les contraintes technologiques et les possibles améliorations quant à la présentation générale (fautes, conception, etc.). Les résultats de cette révision par les pairs ont permis de constater que la question sur le niveau de confiance personnelle nécessitait un éclaircissement quant à sa formulation. Une modification a été apportée pour préciser que le niveau de confiance autoévalué faisait exclusivement référence aux situations cliniques en soins de plaies.

**Groupes de discussion semi-dirigée.** Les données qualitatives ont été collectées par l'entremise de groupes de discussion semi-dirigée dont la composition visée était de six à dix personnes [22]. Un guide d'entrevue, contenant quatre thèmes sous forme de neuf questions ouvertes, a été développé par les deux premières auteures de la présente étude à partir du cadre de référence : « L'application des connaissances dans les soins de santé : transition des données probantes à la pratique » [17]. Le guide d'entrevue permettait d'aborder les thèmes suivants : le parcours professionnel, les attitudes et les perceptions en regard des soins de plaies, le soutien offert, ainsi que les facilitateurs et les obstacles rencontrés au transfert des connaissances en soins de plaies en début de pratique. Une préexpérimentation a aussi été réalisée auprès d'un petit groupe de trois IND répondant aux critères d'inclusion, mais ne faisant pas partie de l'échantillon ciblé, afin de vérifier la durée de la discussion et la clarté des questions. Aucune modification n'a été apportée à la suite de cette préexpérimentation dont la durée maximale de la discussion semi-dirigée a été d'une heure. Un enregistrement audio à l'aide d'un appareil numérique et une prise

de notes dans un journal de bord ont été faits. La collecte de données a été réalisée entre novembre 2019 et janvier 2020.

### **Analyse des données**

Après la collecte, l'analyse des données quantitatives et qualitatives a été réalisée par inférences en accordant une priorité à l'analyse quantitative. Pour le questionnaire, les résultats ont fait l'objet d'analyses statistiques descriptives simples de fréquences, de moyennes et d'écarts-types [25] à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics® (version 26). Les réponses textuelles à la question ouverte ont été analysées et quantifiées manuellement en format Microsoft Word®. Pour les groupes de discussion, les verbatim ont été intégralement transcrits en format Microsoft Word®, en incluant les notes prises pendant les discussions. Après une écoute répétée, les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse de contenu déductive selon la méthode d'Elo et Kyngas [28]. Cette méthode consiste à décrire et à quantifier objectivement le contenu des groupes de discussion à l'aide de thèmes dérivés d'une théorie ou d'un modèle déjà existant, soit ici de « L'application des connaissances dans les soins de santé : transition des données probantes à la pratique » [17]. Les thèmes s'harmonisent avec le concept à l'étude, soutenant ainsi la cohérence, la crédibilité et la fiabilité des données. De plus, la démarche itérative des groupes de discussion a eu pour effet, après chaque séance, d'améliorer le guide d'entrevue et d'enrichir les échanges subséquents.

Enfin, l'intégration des données selon Creswell et Creswell [21] a permis de ressortir des résultats : 1) de confirmation (lorsque les données quantitatives et qualitatives fournissent des conclusions similaires offrant des résultats qui ont une plus grande crédibilité); 2) d'expansion (lorsque les données qualitatives apportent de nouveaux résultats ou des résultats complémentaires permettant d'élargir la perspective du phénomène); 3) de discordance (lorsqu'un résultat est contradictoire entre les deux types de données).

### **Considérations éthiques**

Les approbations éthiques du CISSS concerné et de l'Université d'Ottawa (certificat H-06-19-4087) ont été obtenues pour cette étude. Les IND ont librement participé à l'étude. Conformément aux exigences de l'EPTC<sup>5</sup>, les participantes ayant rempli le questionnaire en ligne étaient sujettes au consentement implicite. Un formulaire de consentement a aussi été lu et signé par les participantes avant les groupes de discussion, formulaire sur lequel le caractère volontaire de la participation et la confidentialité des réponses étaient mentionnés. L'anonymat extérieur au groupe de discussion a été préservé. Des numéros assignés aux participantes ont également permis d'anonymiser les participantes pour préserver la confidentialité des informations transmises sur l'enregistrement audio ou consignées dans le journal de bord.

### **Résultats**

Parmi les 52 invitations envoyées, 20 IND (19 femmes et un homme) ont rempli le questionnaire en ligne, soit un taux de réponse de 38 %. La majorité des IND étaient des femmes âgées de 20 à 24 ans et avaient six mois ou moins de pratique (Tableau 6). Toutes les participantes avaient terminé leur période d'orientation et détenaient un niveau de scolarité collégial. De ce fait, aucune participante ne possédait le droit de prescrire en soins de plaies. D'autre part, dix commentaires ont été recueillis à la question ouverte du questionnaire. Les principaux résultats du questionnaire se trouvent au Tableau 7.

<sup>5</sup> L'EPTC correspond à l'Énoncé de politique des trois conseils, lequel est une ligne directrice canadienne pour la conduite éthique de la recherche avec des participants humains.



**Tableau 5** Caractéristiques des participantes au questionnaire.

| Caractéristiques                              | Questionnaire (n = 20)<br>n (%) |
|-----------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Âge (années)</b>                           |                                 |
| 20-24                                         | 14 (70)                         |
| 25-29                                         | 3 (15)                          |
| 30-34                                         | 1 (5)                           |
| 35-39                                         | 2 (10)                          |
| <b>Genre</b>                                  |                                 |
| Femmes                                        | 19 (95)                         |
| Hommes                                        | 1 (5)                           |
| <b>Nombre de mois de pratique<sup>1</sup></b> |                                 |
| 1 à 3                                         | 2 (10)                          |
| 4 à 6                                         | 11 (55)                         |
| 7 à 9                                         | 6 (30)                          |
| 10 à 12                                       | 1 (5)                           |
| <b>Niveau de scolarité</b>                    |                                 |
| Études collégiales                            | 20 (100)                        |
| <b>Unité de travail</b>                       |                                 |
| Médecine (md) générale                        | 4 (20)                          |
| Chirurgie (chx) générale                      | 3 (15)                          |
| Md et chx générale                            | 4 (20)                          |
| Unité médicale spécialisée                    | 4 (20)                          |
| Pédiatrie                                     | 1 (5)                           |
| Gériatrie courte durée                        | 2 (10)                          |
| Soins palliatifs                              | 1 (5)                           |
| Unité multicientèle                           | 1 (5)                           |
| <b>Statut d'emploi</b>                        |                                 |
| Plein régulier                                | 2 (10)                          |
| Partiel régulier                              | 8 (40)                          |
| Partiel temporaire                            | 9 (45)                          |
| Sur appel                                     | 1 (5)                           |

<sup>1</sup>Inclut la période entre l'embauche et la réussite de l'examen

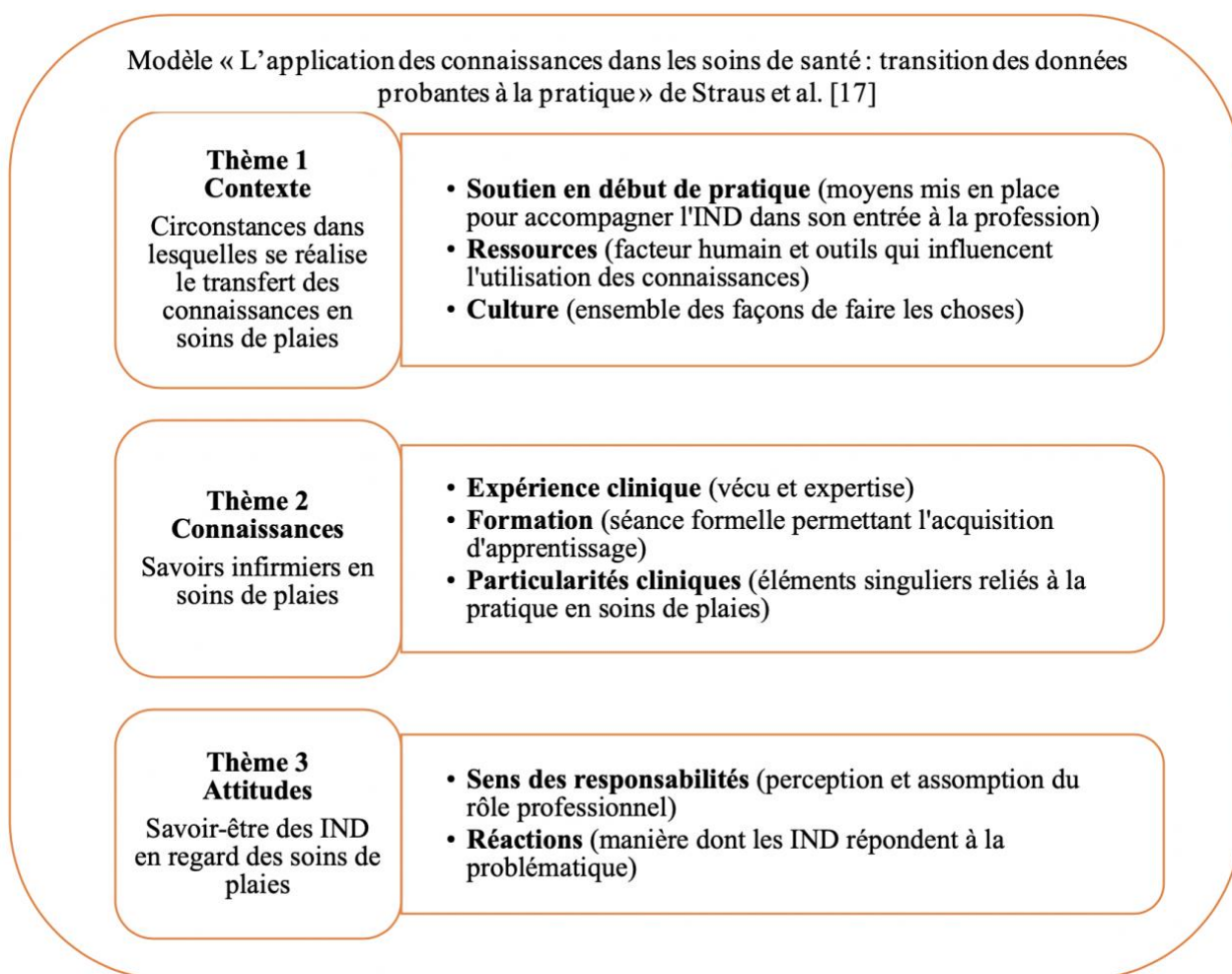
**Tableau 6** Extrait des réponses quantitatives au questionnaire.

| Thèmes du contexte selon l'ACT [24] <sup>1</sup> | Réponses (n = 20) |                     |              |
|--------------------------------------------------|-------------------|---------------------|--------------|
|                                                  | Intervalle        | Médiane (min./max.) | Moyenne (ÉT) |
| Leadership                                       | 1-5               | 4 (1-5)             | 3,54 (0,18)  |
| Culture                                          | 1-5               | 4 (1-5)             | 3,70 (0,39)  |
| Rétroaction                                      | 1-5               | 3 (1-5)             | 2,48 (0,17)  |
| Interactions formelles                           | 0-4               | 2 (0-4)             | 1,89 (0,24)  |
| Interactions informelles                         | 0-9               | 4 (0-8)             | 3,97 (0,30)  |
| Relations interpersonnelles                      | 1-5               | 4 (1-5)             | 4,05 (0,19)  |
| Ressources structurelles et/ou électroniques     | 0-10              | 4 (1,5-9)           | 4,35 (0,24)  |
| Facteurs organisationnels                        |                   |                     |              |
| Effectifs                                        | 1-5               | 2 (1-4)             | 1,81 (0,18)  |
| Espace de travail                                | 1-5               | 3 (2-5)             | 3,37 (0,32)  |
| Temps                                            | 1-5               | 2 (1-5)             | 2,61 (0,21)  |
| Ajout au questionnaire                           | Réponses (n = 20) |                     |              |
|                                                  | Intervalle        | Médiane (min./max.) | Moyenne (ÉT) |
| Niveau de connaissances autoévalué               | 1-10              | 3,5 (2-6)           | 3,94 (1,34)  |
| Niveau de confiance personnelle autoévalué       | 1-10              | 4 (2-5)             | 3,44 (0,81)  |

<sup>1</sup>Thèmes ordonnancés selon leur défilement dans l'instrument de mesure

Parmi les répondantes au questionnaire, 18 IND ont accepté de participer aux groupes de discussion semi-dirigée composés de 17 femmes et d'un homme ayant majoritairement entre sept et neuf mois de pratique. Trois groupes, respectivement de sept, six et cinq IND ont été rencontrés afin d'atteindre la saturation des données. Le dernier groupe n'atteint pas le nombre minimal suggéré de six personnes [22], car une participante s'est désistée le matin même de la rencontre.

Les groupes de discussion ont permis de confirmer et de nuancer certaines données quantitatives, de bonifier la compréhension de la problématique et d'apporter de nouveaux résultats. L'analyse de contenu [28] a permis de dégager trois principaux thèmes issus du cadre de référence de Straus et al. [17] : le contexte (trois sous-thèmes), les connaissances (trois sous-thèmes) et les attitudes (deux sous-thèmes) (Fig. 5).



**Figure 5.** Thèmes et sous-thèmes issus des données qualitatives selon le cadre de référence.

Afin de répondre au but de l'étude, l'intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs est exposée en trois parties. Les deux premières traitent des facilitateurs et des obstacles du transfert des connaissances en soins de plaies selon des IND au Québec sous l'angle du cadre de référence

(contexte, connaissances, attitudes), alors que la troisième porte sur le résultat contradictoire de la culture, celui-ci pouvant être à la fois un facilitateur et un obstacle.

### **Les facilitateurs**

En incluant le résultat contradictoire de la culture, lequel est autant un facilitateur qu'un obstacle, un total de neuf facilitateurs a été recensé (Tableau 8). Trois d'entre eux relèvent de facteurs reliés au contexte et sont confirmés par les résultats quantitatifs et qualitatifs : le leadership du supérieur immédiat, les relations interpersonnelles, incluant le soutien en début de pratique, et l'espace de travail. De plus, les résultats qualitatifs ont apporté cinq facilitateurs additionnels en lien avec les thèmes des connaissances et des attitudes : 1) la formation pratique; 2) le cours universitaire en soins de plaies; 3) la responsabilité professionnelle reconnue; 4) la perception positive et l'intérêt pour les données probantes; 5) la volonté et la motivation de changement.

**Contexte.** Les résultats quantitatifs démontrent que le leadership du supérieur immédiat ( $3,54 \pm 0,18$  sur 5), les relations interpersonnelles ( $4,05 \pm 0,19$  sur 5) et l'espace de travail ( $3,37 \pm 0,32$  sur 5) sont des facilitateurs. Les IND accordent une grande importance au soutien reçu par leur supérieur immédiat et leurs collègues en début de pratique. Celui-ci est généralement décrit comme étant facilitant : « Quand t'as besoin d'aide, t'appelles et c'est une infirmière dédiée aux nouvelles infirmières » (groupe 3, IND 3); « Mes premiers changements de pansement, j'étais supervisée [par une collègue infirmière], et ça c'était un soutien » (groupe 2, IND 3).

**Connaissances.** Les résultats qualitatifs apportent deux facilitateurs additionnels en lien avec les connaissances. La formation pratique supervisée et le cours universitaire de 45 heures en soins de plaies sont considérés comme d'importants facilitateurs : « Faire mon cours [universitaire] en soins de plaies, c'est ce qui m'a le plus aidée » (groupe 3, IND 4).

**Attitudes.** Les résultats qualitatifs apportent trois facilitateurs additionnels en lien avec les attitudes. La plupart des IND ( $n = 13$ ) se sentent concernées par la problématique des soins de plaies et sont conscientes de la responsabilité professionnelle qui en découle : « C'est une très grosse responsabilité de devoir faire le plan de traitement » (groupe 1, IND 6); « [J'y accorde] une grande importance, car des plaies, on va en voir toute notre vie » (groupe 2, IND 6). Les nombreuses suggestions apportées par les IND démontrent l'intérêt qu'elles portent aux données probantes et leur volonté qu'un changement s'effectue afin que la situation puisse s'améliorer.

### Les obstacles

En incluant le résultat contradictoire de la culture, un total de 14 obstacles a été identifié (Tableau 8). Neuf d'entre eux proviennent de conclusions similaires entre les résultats quantitatifs et qualitatifs, alors que quatre sont de résultats ajoutés grâce aux données qualitatives.

**Contexte.** Le fait que les soins de plaies soient peu ou pas explorés pendant l'orientation des IND en début de pratique constitue le premier obstacle recensé. À ce sujet, les résultats du questionnaire indiquent que la durée d'orientation des IND varie d'une à trois semaines et que, dans 35 % des cas, le temps accordé aux soins de plaies est d'une à quatre heures. Une seule IND a mentionné que les informations transmises lors de son orientation ont été suffisantes pour se préparer à prodiguer les soins de plaies. De plus, les IND ont souligné manquer de rétroaction à ce sujet (score de  $2,48 \pm 0,17$  sur 5) : « C'est dur de se développer une confiance quand tu n'as pas de *feed-back* de ce que tu fais. [...] Tu vis dans l'inconnu et tu espères que ça fasse effet » (groupe 1, IND 2). Le score relatif aux interactions formelles (moyens de communication émis ou organisés par l'employeur) n'atteint pas la moitié de son score maximal possible ( $1,89 \pm 0,24$  sur 4). Les informations relatives aux données probantes ne se rendent pas aux IND : « En quelques mois ça a changé et nous n'avons pas eu le message. Je ne m'imaginais pas en quelques

années toutes les informations qui se perdent » (groupe 2, IND 1). Les IND ont un accès limité aux ressources et aux données probantes. Conformément au résultat de l'ACT démontrant de rares interactions informelles avec des spécialistes ou des infirmières coordonnatrices de recherche ( $3,97 \pm 0,30$  sur 9), une faible proportion des IND ( $n = 6$ ) rapportent avoir accès à une personne-ressource spécialisée en soins de plaies. Une IND travaillant de nuit appuie ce résultat en soulignant que les spécialistes « c'est quand tu travailles de jour » (groupe 3, IND 5). Une IND affirme même se sentir « démunie, oui, fortement démunie » (groupe 2, IND 6). Le résultat de l'ACT relatif aux ressources structurelles ou électroniques (livres de référence, revues scientifiques, sites Internet fiables, procédures de soins uniformisées, etc.) n'atteint pas la moitié de son score maximal possible ( $4,35 \pm 0,24$  sur 10). C'est plutôt avec les collègues infirmières que les IND interagissent et discutent des soins de plaies : « [Quand je ne sais pas quoi faire avec la plaie], je m'informe à quelqu'un d'autre [puis] je me fie sur ce qu'elle dit » (groupe 2, IND 1).

Les conditions de travail difficiles comme le manque de temps ( $2,61 \pm 0,21$  sur 5) et le manque d'effectifs ( $1,81 \pm 0,18$  sur 5) constituent d'importants obstacles au transfert des connaissances en soins de plaies. En effet, 70 % des participantes au questionnaire rapportent que le manque de personnel affecte la qualité de leurs soins de plaies et autant répondent qu'elles n'ont jamais ou rarement le temps d'échanger sur les nouvelles données probantes en soins de plaies : « J'ai 10 à 14 patients. [...] Il y en a tellement à faire que tu n'as pas le temps de chercher de la documentation » (groupe 3, IND 3). Compte tenu de l'effectif inexpérimenté, les IND font face à un manque de personnes-ressources : « Quand c'est toi l'assistante du supérieur immédiat, tu te sens un peu dépourvue. C'est dur ! » (groupe 3, IND 5). À cela s'ajoute la difficulté, évoquée par six IND, d'assurer la continuité des soins de plaies en raison de leur statut d'emploi à temps partiel ou du changement fréquent de département. D'après le questionnaire, seulement 35 % des IND

indiquent recevoir un soutien de l'organisation pour entamer une formation continue en soins de plaies. Par ailleurs, les IND sont surchargées d'informations en début de pratique : « Un moment donné, il y en a tellement trop que si je me mets à lire ça [les notes de service], je vais juste arrêter de faire ma job » (groupe 3, IND 4).

**Connaissances.** Sur une échelle de 1 à 10, la moyenne du niveau connaissances en soins de plaies autoestimé par les participantes se situe à  $3,94 \pm 1,34$ . Les lacunes dans la formation initiale (1/10 réponses) et le manque de formation continue (6/10 réponses) ont été évoqués dans la question ouverte du questionnaire et lors des groupes de discussion. Malgré « une bonne base » (groupe 1, IND 1), les soins de plaies sont « un aspect qui est passé très vite [dans la formation initiale] » (groupe 2, IND 6). Pour combler le manque de formation continue offerte par l'employeur, une IND propose même que « le cours universitaire devrait être obligatoire » (groupe 1, IND 6). Le sous-thème des particularités cliniques rencontrées sur chaque unité de soins ajoute sans contredit un obstacle supplémentaire au niveau de la formation continue et de la prestation des soins de plaies : « Pour une fille en périnatalité, je trouve [une formation sur les plaies de pression] plate » (groupe 3, IND 5); « Je n'ai pas beaucoup d'expertise ni de connaissances pratiques sur les plaies reliées à la radiothérapie [...]. Je pense qu'il y a des spécificités par rapport à ça » (groupe 2, IND 3). Les participantes ajoutent en majorité ( $n = 10$ ) être exaspérées par le manque d'outils qui pourraient simplifier les données probantes, comme des guides de poche pour le choix approprié de pansements. D'ailleurs, la pluralité des produits en soins de plaies et leur diversité dans les milieux de soins rendent particulièrement difficile l'application des connaissances apprises lors de la formation initiale pour la totalité les IND ( $n = 18$ ) : « Il y a tellement de produits, je me perds là-dedans » (groupe 3, IND 1). L'évolution

rapide de ceux-ci et le manque de communication quant aux nouveautés nuisent au transfert des connaissances.

**Attitudes.** Évalué à  $3,44 \pm 0,81$  sur une échelle de 1 à 10, un manque de confiance personnelle empêche les IND d'aller de l'avant dans l'application de leurs connaissances en soins de plaies : « Personnellement, je trouve que je n'ai pas assez de confiance pour venir établir un plan de traitement quelconque » (groupe 3, IND 2). Enfin, la plupart des IND ( $n = 13$ ) constatent qu'il existe un écart entre leur responsabilité professionnelle et leur capacité de l'assumer, ce qui engendre un stress qui était palpable lors des discussions de groupe : « [...] Tu peux autant améliorer la plaie que l'empirer. C'est ça qui me fait peur et qui fait en sorte qu'on a cette crainte de prendre une décision » (groupe 2, IND 5).

### **La culture, un résultat contradictoire**

Malgré un score élevé de  $3,70 \pm 0,39$  sur 5 obtenu dans l'ACT, les résultats qualitatifs démontrent que la culture du milieu de travail contribue à maintenir certaines pratiques rituelles. En effet, les collègues demeurent souvent la principale source de savoir et font parfois office de mauvais exemples pour la relève : « C'est comme si on n'avait pas les données probantes finalement. Comme si la donnée probante, c'est ce que l'infirmière Gertrude dit [*nom fictif*] » (rires du groupe) (groupe 2, IND 6); « [...] Il y a la culture des plus vieilles [*sic*] qui entre en jeu et on oublie ce que nous avons vu qui est probablement plus à jour » (groupe 2, IND 1). Lorsqu'elles sont témoins de pratiques désuètes, certaines IND n'interviennent pas, car elles ont « trop peur du jugement des autres » (groupe 3, IND 4) ou « peur de déranger » (groupe 3, IND 1). Une partie d'entre elles ( $n = 6$ ) témoignent même d'un malaise à contredire leurs collègues.



**Tableau 7** Facilitateurs et obstacles au transfert des connaissances en soins de plaies  
selon les IND : intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs.

| Facilitateurs (total de 9)                                                                                                                                                                                         | Obstacles (total de 14)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Facteurs reliés au contexte                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leadership du supérieur immédiat</li> <li>- Relations interpersonnelles incluant le soutien en début de pratique</li> <li>- Espace de travail adéquat</li> </ul>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientation insuffisante et inconstante</li> <li>- Manque de rétroaction</li> <li>- Communication formelle inefficace</li> <li>- Accès limité aux ressources spécialisées et aux données probantes</li> <li>- Conditions de travail difficiles</li> <li>- Manque de soutien à la formation du personnel</li> <li>- Surcharge d'informations*</li> </ul> |
| Culture du milieu†                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Facteurs reliés aux connaissances                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation pratique (laboratoire)*</li> <li>- Cours universitaire en soins de plaie*</li> </ul>                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de connaissances et de pratique clinique</li> <li>- Lacunes dans la formation initiale et continue</li> <li>- Manque d'outils*</li> <li>- Pluralité des produits et pansements*</li> </ul>                                                                                                                                                       |
| Facteurs reliés aux attitudes                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsabilité professionnelle reconnue*</li> <li>- Perception positive et intérêt pour les données probantes*</li> <li>- Volonté et motivation de changement*</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de confiance personnelle</li> <li>- Stress*</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

\*Ajout par les données qualitatives

†Résultat contradictoire entre les données quantitatives et qualitatives

## Discussion

L'intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs a permis de discerner l'ensemble des composantes de la situation afin de répondre au but de l'étude de recenser et de décrire les facilitateurs et les obstacles perçus par des IND québécoises quant au transfert des connaissances

en soins de plaies. Pour y arriver, l'approche méthodologique à devis mixte concomitant imbriqué a été utilisée et a permis de recueillir des résultats par l'entremise d'un questionnaire en ligne et de groupes de discussion semi-dirigée. De cette démarche, un total de neuf facilitateurs et de quatorze obstacles au transfert des connaissances en soins de plaies ont été dégagés. Les prochains paragraphes critiquent les résultats en se référant au modèle de « L'application des connaissances dans les soins de santé : transition des données probantes à la pratique » [17]. L'implication des résultats à différents niveaux de la profession infirmière ainsi que les forces et limites de l'étude seront ensuite énoncées.

Toutes francophones, les participantes ayant répondu au questionnaire sont représentatives du dernier portrait québécois de la relève infirmière de 2018-2019 en ce qui concerne le genre (87,1 % de femmes), l'âge (moyenne de 27,9 ans) et le statut d'emploi. Pour la formation initiale, 66 % des IND du Québec possèdent un diplôme d'études collégiales et 15 % un diplôme universitaire [6]. Ceci explique en partie que l'échantillon soit entièrement composé d'IND possédant un niveau collégial. N'excluant pas la possibilité que des IND proviennent d'autres régions, cet écart avec le portrait provincial s'explique possiblement aussi par l'absence de programme universitaire offrant le baccalauréat initial dans la région où elles ont fait leur formation. Dans le même ordre d'idée, le fait que 100 % des participantes travaillent à temps partiel, comparativement à 74 % des IND du Québec, pourrait être en partie explicable par une conciliation travail et études dans la poursuite au baccalauréat en sciences infirmières [6]. Collecter les données entre les mois de novembre 2019 et janvier 2020 a probablement réduit la participation d'IND en raison d'un calendrier bien rempli par la fin de session universitaire ou par l'augmentation des heures de travail durant la période des Fêtes. Enfin, la majorité des participantes ont entre quatre et six mois d'expérience. Selon Duchscher [3], elles sont alors dans

une progression constante et rapide de leurs réflexions et deviennent de plus en plus à l'aise avec leurs rôles et responsabilités professionnelles. Ceci a permis d'obtenir de riches informations lors des groupes de discussion, car les IND étaient alors en mesure d'entreprendre une démarche réflexive sur leur propre pratique, mais aussi sur les interventions réalisées par les pairs et le système de soins.

En accord avec le cadre de référence [17], les résultats démontrent que le transfert des connaissances est un processus complexe qui peut être influencé par de multiples facteurs. Décrit avec l'ACT, le contexte dans lequel s'opère le transfert des connaissances occupe une place prépondérante en nombre de facilitateurs et d'obstacles. Considérant son effet direct sur la pratique fondée sur les données probantes, une attention particulière doit lui être portée. En plus de l'espace de travail adéquat, les deux autres facilitateurs découlant du contexte sont associés à la dimension humaine soit le leadership du supérieur immédiat et les relations interpersonnelles incluant le soutien en début de pratique, ont émergé comme les plus importants. Cette priorité accordée aux dimensions humaines est d'ailleurs caractéristique de la génération Z (1995-2010), dont plus de la moitié des participantes (70 %) font partie [29]. Toutefois, ces facilitateurs sont ombragés par les sept obstacles sur quatorze qui sont reliés au contexte, confirmant une fois de plus son importance dans le transfert des connaissances. Trois obstacles, notamment l'orientation insuffisante ou inconstante, le manque de rétroaction et la surcharge d'informations, concernent la réalité que vivent les IND en lien avec les soins de plaies. Généralement, le processus auquel se soumet l'IND pour devenir compétente dans la prise de décision en matière de soins de plaies peut prendre jusqu'à un an et nécessite un développement continu des connaissances [30]. Or, l'hétérogénéité des programmes d'intégration, telle que soulevée dans le contexte et confirmée dans les résultats quantitatifs, démontre que l'application de cette recommandation dans certains hôpitaux au

Québec ne semble pas unanime ni uniforme. Il va sans dire que le besoin d'inclure les soins de plaies au programme d'intégration était déjà connu dans la littérature afin de permettre aux IND d'intégrer leurs connaissances, de recevoir de la rétroaction, de développer progressivement de nouvelles connaissances et de renforcer leur confiance personnelle dans la gestion des plaies [2, 30, 31].

Les quatre autres obstacles reliés au contexte impliquent des enjeux organisationnels : la communication formelle inefficace, l'accès limité aux ressources spécialisées et aux données probantes, les conditions de travail difficiles et le manque de soutien à la formation. Les écrits en sciences infirmières soulignent que non seulement la pratique des soins de plaies est compliquée, mais que la communication relative aux opportunités de formation et l'accès aux données probantes ainsi qu'aux ressources éducatives sont également limités [10, 12, 13]. L'obstacle d'accès limité aux données probantes pourrait d'ailleurs être exacerbé chez les IND francophones, car la littérature scientifique en soins de plaies, incluant les fondements des pratiques exemplaires de Wounds Canada, est généralement publiée en anglais [14]. Malgré son faible coefficient alpha de Cronbach, le résultat relatif au manque d'interaction avec les spécialistes en soins de plaies a été appuyé par les données qualitatives. À défaut de pouvoir discuter avec des personnes-ressources, comme les stomothérapeutes ou les infirmières cliniciennes spécialisées, les IND, particulièrement celles travaillant de soir ou de nuit, se réfèrent à leurs collègues, lesquelles sont parfois aussi inexpérimentées ou manquent de connaissances sur les soins de plaies. Cette situation contribue à entretenir un phénomène bien connu des soins de plaies : la persistance des pratiques rituelles basées sur des opinions personnelles [10, 12, 13, 32]. Le scénario idéal d'avoir des infirmières spécialisées dans tous les milieux de soins et sur tous les quarts de travail ne représente toutefois pas la réalité, et ce particulièrement pour les milieux de soins situés en région ou en

milieu rural [32]. De plus, selon le cadre de référence, rendre les données probantes accessibles en tout temps et en tout lieu est important [17]. Enfin, l'obstacle des conditions de travail difficiles découlant du manque de temps et d'effectifs chez les infirmières prodiguant des soins de plaies en soins de courte durée représente une préoccupation connue et confirmée par la littérature [10, 13].

Possiblement explicables par un manque de clarté du questionnaire, les résultats contradictoires à l'égard de la culture démontrent que des éclaircissements sont nécessaires quant au climat de crainte qu'éprouvent les IND dans leur milieu de travail. En se référant au modèle de Straus et al. [17], la culture occupe une place cruciale dans l'évaluation du contexte, car le système doit développer et maintenir une culture de recherche propice aux apprentissages continus des données probantes dans un environnement de communication et de collaboration. Cette peur « de déranger » ou « du jugement » est nuisible et empêche les IND d'appliquer leurs récentes connaissances. À cet égard, Davies et al. [33] soulèvent les bienfaits des contacts développés au sein de l'environnement de travail (relations avec les pairs et les gestionnaires), ce qui supporte l'importance de changer les choses.

Au niveau des connaissances, certaines activités amenant l'acquisition de savoirs relatifs aux soins de plaies comme la formation pratique et le cours universitaire en soins de plaies englobent les deux facilitateurs identifiés par les IND. Les participantes soulignent même le potentiel de ces facilitateurs pour augmenter le niveau de connaissances préalables à leur arrivée sur le marché du travail. Cette réflexion, appuyée par les résultats quantitatifs et qualitatifs, démontre qu'un manque préoccupant de connaissances en soins de plaies est perçu par les IND.

Dans le schéma du processus des connaissances à la pratique (Fig.1), la diffusion des connaissances est un élément central et préalable à la mise en pratique des données probantes. Malgré les améliorations apportées dans les dernières années par les instances professionnelles et

académiques [15], la formation initiale présente encore des lacunes par rapport aux soins de plaies. Cette conclusion est partagée par nombre d'études européennes et nord-américaines qui évoquent, entre autres, la théorie insuffisante, le manque de temps alloué aux soins de plaies et le besoin d'uniformiser le contenu enseigné [34-36]. Une considération doit aussi être portée à la place qu'occupe la recherche dans la formation initiale, laquelle n'est pas rencontrée dans le mandat de la formation collégiale. Contrairement à la France où le programme initial des infirmières forme les étudiantes à la recherche depuis 2009 [37], le MEES, lors de sa dernière mise à jour du programme de soins infirmiers en 2007, a statué que les cours de recherche relèvent de la formation universitaire [38]. Considérant que la totalité des participantes à cette étude ne possède pas de baccalauréat, leur demander de naviguer dans les bases de données scientifiques et d'avoir un regard critique sur les articles s'y trouvant est difficilement soutenable. Les autres obstacles reliés à un faible niveau de connaissances appuient la nécessité déjà démontrée d'offrir des outils adaptés et de poursuivre la formation continue au sujet des soins de plaies [39]. Enfin, la pluralité des produits et des pansements mis en évidence par les résultats qualitatifs est corroborée par plusieurs auteurs [10, 12, 13]. Parmi eux, Lloyd-Vossen [32] souligne même que le choix d'un pansement adapté est connu comme étant difficile pour les infirmières moins expérimentées.

Sur le plan des attitudes, les discussions avec les IND ont permis le constat que leur implication et leur engagement en regard de leurs responsabilités professionnelles agissaient comme des facilitateurs au transfert des connaissances en soins de plaies. Dans le passé, c'est plutôt le scepticisme envers les données probantes qui était considéré comme un obstacle [32]. *A contrario*, les résultats de cette étude mixte démontrent que les IND ont une perception positive des données probantes. Cependant, à l'égard des obstacles reliés aux attitudes, les résultats sont cohérents à une autre étude canadienne qui montre que les infirmières manquent de confiance dans

l'application des recommandations de base en soins de plaies [13]. Dans le présent contexte, la phase normale de renforcement de la confiance personnelle pendant les 12 premiers mois de pratique demeure importante à considérer [4]. Enfin, la composante du stress est un obstacle connu chez les IND, défi majeur auquel devront faire face les employeurs québécois au cours des prochaines années [40].

En somme, les thèmes dégagés dans les groupes de discussion semi-dirigée viennent compléter et préciser les résultats quantitatifs, permettant ainsi d'obtenir une plus grande perspective de la situation. Par-dessus tout, le fait que les IND croient en la pratique fondée sur les données probantes et qu'elles soient conscientes de leur responsabilité en soins de plaies donne espoir en l'amélioration de la situation. D'un point de vue humain, cet engagement demeure la clé du succès pour un changement durable vers de meilleures pratiques.

Maintenant que certains facilitateurs et obstacles ont été recensés, les étapes subséquentes du cycle de « *L'application des connaissances en santé* : transition des données probantes à la pratique » [17] peuvent se poursuivre en commençant par choisir, adapter et mettre en place les interventions nécessaires pour mieux répondre aux besoins des IND en regard des soins de plaies, ce qui serait intéressant dans une étude ultérieure.

## **Implications**

Les résultats issus de cette étude ont des retombées pour la formation, la pratique clinique et la recherche en sciences infirmières. Plusieurs avenues au niveau de la formation, de la pratique clinique ou de la recherche peuvent en émerger. Considérant aussi que les obstacles peuvent devenir des facilitateurs [17], de multiples moyens prennent forme pour améliorer le transfert des connaissances en soins de plaies.

À propos de la formation initiale, les efforts sont à poursuivre afin d'uniformiser et d'améliorer l'enseignement des soins de plaies selon les données probantes [15]. Avec la complexification et la spécialisation actuelle des soins infirmiers et des soins de plaies, la place de la recherche dans la formation initiale de niveau collégial pourrait faire l'objet d'études plus approfondies, particulièrement dans le contexte québécois actuel où le baccalauréat comme norme d'entrée à la profession fait l'objet d'un débat épineux depuis plus d'une trentaine d'années. En ce qui a trait à la formation continue, la poursuite du cours universitaire de 45 heures doit être encouragée et les milieux de soins doivent soutenir les IND dans leur développement professionnel [13, 41]. Dans une étude descriptive qualitative auprès d'infirmières canadiennes, Kuhnke et al. [13] suggèrent plusieurs moyens de combler le besoin croissant de formation, tels que des formations contextualisées et des modules d'apprentissage en ligne. Considérant que la formation pratique est considérée comme un facilitateur au transfert des connaissances en soins de plaies, l'utilisation de la simulation serait aussi une avenue intéressante à explorer. De plus, au niveau de l'OIIQ, la norme de formation continue n'exige pas une formation continue en soins des plaies, même si l'infirmière a son droit de prescrire dans ce domaine. Cette avenue pourrait être considérée afin de mieux répondre à l'exercice infirmier, lequel inclut l'activité réservée en soins des plaies.

Sur le plan de la pratique clinique, les résultats peuvent guider les gestionnaires et les infirmières conseillères vers des changements ayant un impact sur l'intégration et la formation continue des IND, sur la qualité des soins ainsi que sur le bien-être de leurs nouvelles employées. Particulièrement en lien avec l'amélioration nécessaire des programmes d'intégration en regard des soins de plaies [31, 41], les IND devraient initialement être placées dans des environnements cliniques relativement stables, être encouragées à s'exposer progressivement et de façon répétée aux cas cliniques de plaies, ainsi que recevoir une rétroaction fréquente pour développer leurs



compétences et leur confiance personnelle [4]. La présente étude permet de clarifier le moment et la forme de la formation en soins de plaies pendant la période d'intégration : les notions de base, comme les types de pansements et la documentation utilisés dans l'hôpital, devraient être vues dans la période d'orientation initiale. Les notions plus complexes relatives à la détermination du plan de traitement (par exemple, les types de thérapies à pression négative ou de pansements de compression disponibles dans l'hôpital), à la réalisation de mises en situation et à la discussion de cas cliniques en petits groupes seraient plus bénéfiques si elles étaient offertes vers la moitié de la première année plutôt qu'en tout début d'emploi, en raison du manque d'expérience et de la grande quantité d'informations à retenir qui prévalent alors. Cette suggestion s'intègre parfaitement à la théorie de la transition de Duchscher [3], car ce n'est qu'après six mois de pratique que les IND deviennent à l'aise avec les routines de leur unité. Tout comme une IND qui commence à travailler aux urgences n'apprendra pas la formation nécessaire au triage et à la salle de réanimation au tout début de son emploi, il en va de même avec les soins de plaies. Même si elles ont complété leur formation initiale et réussi leur examen professionnel, les connaissances plus complexes devront être vues ultérieurement.

Il importe aussi d'améliorer le contexte dans lequel se réalise le transfert des connaissances en soins de plaies. Pour y arriver, les gestionnaires doivent développer des interventions ciblées et adaptées, en commençant par une structuration du transfert des connaissances permettant d'améliorer la communication des données probantes et le développement d'une culture de recherche favorisant le partage des nouvelles pratiques par les IND [17, 30, 41]. L'infirmière en pratique avancée, tout comme l'infirmière clinicienne spécialisée, doit être impliquée, car elle joue un rôle clé dans la transmission claire et adaptée des données issues de la recherche en soins de plaies [2]. Comme suggéré par le cadre de référence, la création d'outils, tels que des directives de

pratique clinique et des algorithmes, est aussi un moyen efficace pour soutenir les IND dans leurs décisions cliniques, tout en encourageant le développement d'une culture de pratique basée sur les données probantes [17]. Il serait aussi bénéfique de potentialiser le facilitateur des relations interpersonnelles en s'assurant que les collègues et mentors des IND connaissent et adhèrent aux données probantes en soins de plaies. Ces derniers étant estimés par les IND, ils possèdent un potentiel considérable pour soutenir davantage le transfert des connaissances.

Concernant la recherche en sciences infirmières, l'implantation de ces recommandations pourrait faire l'objet d'un projet pilote auprès d'une cohorte d'IND débutant en milieu hospitalier. La présente étude énumère plusieurs pistes de solution méritant d'être approfondies, telles qu'initier la lecture critique des données probantes au travers des cours de la formation collégiale, l'impact d'un cours universitaire sur les soins de plaies, la simulation comme moyen de transfert de connaissances en soins de plaies ou la place de la culture de recherche dans les hôpitaux au Québec. En raison de leur contribution à accroître la capacité des IND à accéder à des ressources et à de l'information pour le transfert des connaissances, il serait important de collecter des données supplémentaires sur les relations avec les pairs et les gestionnaires en regard des soins de plaies afin d'explorer les difficultés vécues et les possibles pistes d'amélioration.

L'échantillon étant uniquement composé d'IND détenant une formation collégiale, une étude comparant la façon dont les IND bachelières vivent le transfert des connaissances des soins de plaies en milieu clinique en début d'emploi pourrait s'avérer particulièrement intéressante. Il serait alors possible de voir si le constat serait le même avec une population cible d'infirmières bachelières. Enfin, une réplication de cette étude descriptive auprès des IND travaillant en centres urbains et dans les milieux extrahospitaliers serait nécessaire afin d'obtenir un meilleur portrait provincial du transfert des connaissances en soins de plaies dans ce groupe.

### **Forces et limites**

La plus grande force de l'étude réside dans la méthodologie utilisée, car le devis mixte permet une complémentarité et une intégration des résultats augmentant l'enrichissement des données et la crédibilité de l'étude [21]. L'analyse concomitante des données a permis de valider et de clarifier les résultats quantitatifs à l'aide des résultats qualitatifs afin de mieux décrire les facilitateurs et les obstacles rencontrés par les IND dans la pratique clinique en soins de plaies. Les IND ont participé en bon nombre à la partie qualitative et, malgré la petite composition du dernier groupe de discussion (cinq personnes), les participantes ont fait preuve d'ouverture dans leurs échanges, non seulement entre elles, mais aussi avec l'animatrice, apportant ainsi une grande richesse aux données. La présente étude permet de donner la parole à une population qui est rarement visée par la recherche. À la connaissance des auteures, il s'agit d'une première étude sur le transfert des connaissances en soins de plaies chez des IND au Québec. Ceci contribue à développer les connaissances sur le sujet et à promouvoir la recherche en milieu francophone.

Pour les limites, une grille d'observation aurait pu être complétée au sein du CISSS pour recenser les facteurs contextuels et organisationnels de manière plus objective. Recueillir ainsi les données auprès de différentes sources aurait pu contribuer à une meilleure fiabilité et une confirmabilité des résultats. Bien que le milieu de l'étude comprenne des hôpitaux publics typiques des régions du Québec, celui-ci est assurément différent des centres universitaires urbains du reste de la province ou des centres privés. Aussi, le fait qu'il soit situé en région et examine exclusivement les soins de courte durée limite l'étendue de l'étude en raison du contexte différent. Quoique satisfaisant, le taux de réponse de 38 % se trouve en deçà du seuil optimal de 50 % et ne permet pas la généralisation des résultats [22]. Il souligne cependant l'importance de poursuivre les recherches sur le transfert des connaissances auprès des IND. Une autre limite subsiste dans la

collecte de données par l'entremise d'un échantillon par convenance, car on pourrait soutenir que la motivation et l'intérêt pour le sujet ou les attributs personnels des participants volontaires pourraient modifier les résultats [22]. Enfin, l'absence d'IND ayant réalisé le cheminement du baccalauréat initial ou ayant complété une formation hors Québec dans l'échantillon fait en sorte que la généralisation des résultats à l'ensemble des IND du Québec ne peut être considérée.

### **Conclusion**

Le transfert de ces connaissances demeure un défi particulièrement exigeant pour les IND qui vivent déjà une transition importante dans leur vie. Avec son devis mixte, cette étude a permis de décrire neuf facilitateurs et quatorze obstacles du transfert des connaissances en soins de plaies au regard d'IND au Québec. Les principaux facilitateurs relèvent du soutien reçu en début de carrière et de l'engagement des IND dans leur rôle en soins de plaies. Les principaux obstacles sont, quant à eux, reliés au contexte comme la place insuffisante des soins de plaies dans le programme d'intégration et la culture favorisant la persistance de pratiques rituelles. Le manque de connaissances découlant, entre autres, des lacunes éducationnelles est un autre obstacle qui s'ajoute au manque de confiance personnelle des IND. Interprétés avec le modèle de « L'application des connaissances dans les soins de santé : transition des données probantes à la pratique » [17], les résultats de cette étude permettent aux différents acteurs du système de poursuivre le cycle des connaissances en développant des solutions d'amélioration concrètes et des stratégies adaptées aux besoins des IND selon leur contexte. Dans cette perspective globale, l'importance que revêt un transfert optimal des connaissances n'est plus à questionner et chaque effort investi dans la relève est un pas de plus dans l'amélioration de la qualité des soins de plaies.

Conflits d'intérêts : aucun

## Références

1. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers. Montréal: OIIQ, 2016.
2. Popovich K, Tohm P, Hurd T. Skin and wound care excellence: Integrating best-practice evidence. *Healthc Q*. 2010 ;13(Spec):42-6. doi:10.12927/hcq.2010.21965
3. Duchscher JB. A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition. *J Contin Educ Nurs*. 2008 Oct;39(10):441-50. doi:10.3928/00220124-20081001-03
4. Duchscher JB. Transition shock: The initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *J Adv Nurs*. 2009 May;65(5):1103-13. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04898
5. O'Brien-Pallas L, Murphy GT, Shamian J, Li X, Hayes LJ. Impact and determinants of nurse turnover: A pan-Canadian study. *J Nurs Manag*. 2010 Nov;18(8):1073-86. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01167
6. Marleau D. Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2018-2019. Montréal: OIIQ, 2019.
7. Blegen A, Spector R, Lynn T, Barnsteiner T, Ulrich T. Newly licensed RN retention: Hospital and nurse characteristics. *J Nurs Adm*. 2017 Oct;47(10):508-14. doi:10.1097/NNA.0000000000000523
8. Syndicat national des professionnels infirmiers. Infirmiers : 30% des nouveaux diplômés abandonnent dans les 5 ans [En ligne]. Paris: Syndicat national des professionnels infirmiers; 2019 [cité le 21 mai 2020]. Disponible: <http://www.syndicat-infirmier.com/Infirmiers-30-des-nouveaux-diplomes-abandonnent-dans-les-5-ans.html>
9. Institut canadien d'information sur la santé. Les plaies difficiles au Canada. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé, 2013.
10. Gillespie BM, Chaboyer W, Allen P, Morely N, Nieuwenhoven P. Wound care practices: A survey of acute care nurses. *J Clin Nurs*. 2014 Sep;23(17-18):2618-27. doi:10.1111/jocn.12479
11. Benner PE. De novice à expert : excellence en soins infirmiers. Paris: InterÉditions; 1995.
12. Gagnon J, Lalonde M, Polomeno V, Beaumier M, Tourigny J. Le transfert des connaissances en soins de plaies chez les infirmières : une revue intégrative des écrits. Document soumis pour publication; 2020.
13. Comité de la formation des infirmières. Avis - Enseignement sur l'évaluation et le traitement des plaies dans la formation infirmière initiale. Montréal: OIIQ, 2013; 2017.
14. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. La gouvernance des soins infirmiers dans le cadre d'une organisation de services intégrés. Montréal: OIIQ, 2004.
15. Welsh L. Wound care evidence, knowledge and education amongst nurses: A semi-systematic literature review. *Int Wound J*. 2018 Feb;15(1):53-61. doi:10.1111/iwj.12822
16. Kuhnke JL, Keast D, Rosenthal S, Evans RJ. Health professionals' perspectives on delivering patient-focused wound management: A qualitative study. *J Wound Care*. 2019 Jul;28(7 Suppl):S4-S13. doi:10.12968/jowc.2019.28.Sup7.S4.
17. Straus SE, Tetroe J, Graham ID. Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice. 2<sup>e</sup> éd. Chichester (Royaume-Uni): Wiley; 2013.
18. Instituts de recherche en santé du Canada. L'application des connaissances dans les soins de santé : transition des données probantes à la pratique [En ligne]. Ottawa: 2015 [cité le 2 mai 2020]. Disponible: <https://cihr-irsc.gc.ca/f/40618.html>

19. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: Time for a map? *J Contin Educ Health Prof.* 2006 Hiver;26(1):13-24. doi:10.1002/chp.47
20. Teddlie C, Tashakkori A. *Foundations of mixed methods research: Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences.* Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2009.
21. Creswell JW, Creswell JD. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches.* 5<sup>e</sup> éd. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2018.
22. Fortin F, Gagnon J. *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives.* 3<sup>e</sup> éd. Montréal (QC): Chenelière Éducation; 2016.
23. Dillman DA, Smyth JD, Christian LM. *Internet, phone, mail, and mixed-mode surveys: The tailored design method.* 4<sup>e</sup> éd. Hoboken (NJ): Wiley; 2014.
24. Estabrooks C, Squires J, Cummings G, Birdsell J, Norton P. Development and assessment of the Alberta Context Tool. *BMC Health Serv Res.* 2009 Dec 15;9:234. doi:10.1186/1472-6963-9-234
25. Squires JE, Hutchinson A, Hayduk L, Cranley L, Cummings G, Norton P, et al. *Alberta Context Tool, user manual.* Edmonton: University of Alberta (Knowledge Utilization Studies Program, Faculty of Nursing); 2014.
26. Squires JE, Hayduk L, Hutchinson AM, Mallick R, Norton PG, Cummings GG, et al. Reliability and validity of the Alberta Context Tool (ACT) with professional nurses: Findings from a multi-study analysis. *PLoS ONE.* 2015 Jun 22;10(6):e0127405. doi:10.1371/journal.pone.0127405
27. Polit DF, Hungler BP. *Essentials of nursing research.* 6<sup>e</sup> éd. Philadelphie (PA): Lippincott; 1996.
28. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2008 Apr;62(1):107-15. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569
29. Allain C. *Le choc des générations : cohabiter, une responsabilité partagée.* 8<sup>e</sup> éd. Montréal (QC): Les productions Carol Allain; 2016.
30. Cullen M, Cox F. Developing a wound management orientation program using evidence-based guidelines. *Home Health Care Manag Pract.* 2005 June 1;17(4):308-15. doi:10.1177/1084822304271812
31. Rush KL, Adamack M, Gordon J, Janke R, Ghement IR. Orientation and transition programme component predictors of new graduate workplace integration. *J Nurs Manag.* 2015 Mar;23(2):143-55. doi:10.1111/jonm.12106
32. Lloyd-Vossen J. Implementing wound care guidelines: Observations and recommendations from the bedside. *Ostomy Wound Manage.* 2009 Jun 1; 55(6):50-5.
33. Davies A, Wong CA, Laschinger H. Nurses' participation in personal knowledge transfer: The role of leader-member exchange (LMX) and structural empowerment. *J Nurs Manag.* 2011 Jul;19(5):632-43. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01269
34. Abuleal SV. Wound care education for undergraduate nursing students. *J Health Commun.* 2018 Apr;3(2):28. doi:10.4172/2472-1654.100138
35. Moore Z, Clarke E. A survey of the provision of education in wound management to undergraduate nursing students. *European Wound Management Association Journal.* 2011 Jan;11(1):35-8.
36. Zulkowski K, Capezuti E, Ayello E, Sibbald R. Wound care content in undergraduate programs: We can do better. *WCET Journal.* 2015 Jan-Mar;35(1):10-3.

37. Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. Paris: Légifrance; 23 mai 2020.
38. Ministère de l'Éducation du Québec. Soins infirmiers programme d'études techniques. Québec: Les publications du Québec; 2007.
39. Goudy-Egger L, Dunn KS. Use of continuing education to increase nurses' knowledge of chronic wound care management. *J Contin Educ Nurs*. 2018 Oct 1;49(10):454-9. doi:10.3928/00220124-20180918-05
40. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM. Job stress in new nurses during the transition period: An integrative review. *Int Nurs Rev*. 2018 Dec;65(4):491-504. doi:10.1111/inr.12425
41. Comité jeunesse de l'OIIQ. L'intégration de la relève infirmière : enjeux, défis et pistes de solutions. [communication orale] Congrès de l'OIIQ; 21 novembre 2017; Montréal, QC, Canada. Montréal: OIIQ; 2017.

## **Chapitre 6 – Discussion intégrée**

Cette thèse de maîtrise avait pour but de décrire les facilitateurs et les obstacles au transfert des connaissances en soins de plaies chez des IND travaillant au Québec. Dans le premier chapitre, la problématique a été développée en présentant l'importance des trois principaux éléments à l'étude dans leur contexte : les plaies, les IND et le transfert des connaissances. Ensuite, la recension des écrits au chapitre 2 sous forme de revue intégrative (Article 1) et de présentation des écrits sur les IND a permis de placer l'étude dans l'état des connaissances actuelles. Le manque de connaissances qui en ressort quant à la réalité des IND en contexte québécois démontre l'importance d'étudier cette population. Au chapitre 3, les assises théoriques guidant la conception de l'étude ont été présentées. Sous le paradigme pragmatique, le modèle de « L'application des connaissances en santé : transition des données probantes à la pratique » de Straus et al. (2013) et la théorie de la transition de Duchscher (2008) ont été utilisées en raison de leur convergence avec les concepts et la population étudiés. Le chapitre 4 s'est ensuite attardé aux approches méthodologiques de l'étude descriptive à devis mixte et le chapitre 5 a détaillé les résultats de l'étude sous la forme d'un deuxième article.

Enfin, ce sixième et dernier chapitre comprend un rappel du cadre de référence et un résumé des retombées découlant des deux articles, suivis d'une discussion intégrée reliant toutes les parties de la thèse et dégageant les principaux enjeux de cette étude. Les conclusions inférées de cette démarche permettent de proposer des avenues et recommandations pour la formation, la pratique et la recherche lesquelles seront ensuite présentées. Puis, les forces et les limites de la thèse seront exposées avant de terminer par une courte conclusion.



## **6.1 Rappel du cadre de référence**

Dans une vision pragmatique, le cadre de référence défini au chapitre 3 a permis d’orienter le processus de recherche en structurant l’ensemble des concepts étudiés. Utilisé tout au long de la thèse, le modèle de « L’application des connaissances en santé : transition des données probantes à la pratique » de Straus et al. (2013) a permis de définir le transfert des connaissances comme étant les « méthodes pour combler les lacunes dans le passage des connaissances à la pratique » [traduction libre] (Straus et al., 2013, p. 4). De plus, il a permis de guider la rédaction des deux articles en suggérant, entre autres, un instrument de mesure validé, qu’est l’ACT, utilisé dans la méthodologie de l’étude descriptive à devis mixte. Enfin, ce modèle a permis de camper la problématique du transfert des connaissances en soins de plaies dans une structure conceptuelle facilitant l’analyse des données et l’interprétation des résultats (Fortin et Gagnon, 2016).

Particulièrement utilisée dans l’Article 2 et dans la discussion intégrée, la théorie de la transition de Duchscher (2008) est venue bonifier le cadre de référence en offrant une meilleure compréhension de la réalité que vivent les IND dans leur première année de pratique. De la sorte, les assises qui sous-tendent les concepts du transfert des connaissances pour les IND sont reflétées dans le cadre choisi et s’agencent afin d’offrir une structure logique et de permettre de mieux comprendre les résultats.

## **6.2 Retour sur la revue intégrative et l’étude descriptive à devis mixte**

### **6.2.1 Revue intégrative**

La revue intégrative présentée dans le premier article au début du chapitre 2 et réalisée selon la méthodologie de Whitemore et Knafl (2005) a permis de faire un état de la situation et de répertorier les obstacles au transfert optimal des connaissances en soins de plaies chez les infirmières en général. La recherche documentaire ciblait les études francophones et anglophones

parues entre 2000 et 2019 dans des pays occidentaux ayant comme cible les infirmières. Dans les six bases de données interrogées, 82 articles ont été trouvés et 13 d'entre eux ont été retenus à la suite de la recherche documentaire. Une analyse déductive, selon Elo et Kyngas (2008), a permis de répertorier dix obstacles divisés en trois thèmes inspirés du cadre de référence de Straus et al. (2013) « L'application des connaissances en santé : transition des données probantes à la pratique », soit le contexte, les connaissances et les attitudes. Les résultats soulèvent l'écart important entre la théorie et la pratique infirmière en soins de plaies et mettent en lumière que la situation des IND, autant dans les milieux francophones que ruraux, est peu explorée dans la littérature (Ashton et Price, 2006; Ayello et al., 2017; Dugdall et Watson, 2009; Flanagan, 2005; Gillespie et al., 2014; Greatrex-White et Moxey, 2015; Hughes, 2016; Kuhnke et al., 2019; Lin et al., 2019; Lloyd-Vossen, 2009; McCluskey et McCarthy, 2012; Walker et al., 2019; Welsh, 2018). Qui plus est, aucune étude n'aborde la situation au Québec. Finalement, l'importance d'approfondir non seulement les obstacles, mais aussi les facilitateurs du transfert des connaissances a été constatée.

### **6.2.2 Étude descriptive à devis mixte**

Une étude descriptive à devis mixte concomitant imbriqué a été réalisée pour répondre aux questions de recherche. Elle a aussi fait l'objet d'un article présenté dans le chapitre 5 de cette thèse de maîtrise (Article 2). Cette étude avait pour but de recenser et de décrire les facilitateurs et les obstacles au transfert des connaissances en soins de plaies selon des IND au Québec. Pour la partie quantitative, 20 IND sur 52 (38 %) ont rempli un questionnaire validé en ligne (ACT), auquel une partie relative aux soins de plaies en début de pratique avait été ajoutée. Au total, 14 des 20 IND participantes étaient âgées de 20 à 24 ans et appartenaient à la génération Z (1995-2010) (Allain, 2016). De cet échantillon, 18 IND sur 20 (90 %) ont participé aux groupes de

discussion semi-dirigée permettant de recueillir les données qualitatives sur la perception des IND en regard de la problématique. L'analyse de contenu a permis de dégager trois thèmes et huit sous-thèmes autour des facilitateurs et des obstacles perçus par les IND (Elo et Kyngas, 2008). À la suite de l'intégration des résultats, un total de neuf facilitateurs et de quatorze obstacles au transfert des connaissances en soins de plaies chez les IND ont été recensés (Tableau 8).

Les facilitateurs et les obstacles ont été divisés en trois composantes découlant du cadre de référence : le contexte, les connaissances et les attitudes. Des facilitateurs et des obstacles sont présents dans chacune de ces composantes. Évalué avec l'ACT, le contexte dans lequel s'opère le transfert des connaissances occupe une place prépondérante dans les résultats. Mis à part un espace de travail adéquat, les facilitateurs découlant du contexte sont associés à la dimension humaine soit le leadership du supérieur immédiat et les relations interpersonnelles incluant le soutien en début de pratique. Toutefois, l'impact de ces facilitateurs est atténué par des obstacles qui sont, eux aussi, reliés au contexte. Ceux-ci comptent pour la moitié des quatorze obstacles recensés dans l'étude. Les trois premiers réfèrent notamment à l'orientation insuffisante ou inconstante, au manque de rétroaction et à la surcharge d'informations concernant la réalité que vivent les IND en lien avec les soins de plaies. Les quatre autres obstacles reliés au contexte impliquent des enjeux organisationnels, soit la communication formelle inefficace, l'accès limité aux ressources spécialisées et aux données probantes, les conditions de travail difficiles et le manque de soutien à la formation. Enfin, les résultats au sujet de la culture sont contradictoires. Malgré un score élevé avec l'ACT, les résultats qualitatifs démontrent qu'elle entrave le transfert des connaissances en soins de plaies chez les IND.

En ce qui concerne le domaine des connaissances, certaines activités amenant l'acquisition de savoirs relatifs aux soins de plaies, comme la formation pratique et le cours universitaire en

soins de plaies, englobent les deux facilitateurs mentionnés par les IND. Les obstacles reliés à un manque de connaissances et de pratique clinique concernent, quant à eux, des lacunes dans la formation initiale et continue, le manque d'outils ainsi que le défi de la pluralité des produits et des pansements.

Sur le plan des attitudes, le transfert des connaissances est facilité par la reconnaissance des responsabilités professionnelles, la perception positive pour les données probantes ainsi que la volonté de changement. À l'égard des obstacles reliés aux attitudes, les résultats démontrent un manque de confiance personnelle et un niveau élevé de stress.

Maintenant identifiés et décrits selon la réalité des IND, la situation idéale implique d'optimiser les facilitateurs et de surmonter ou de composer avec les obstacles pour atteindre une pratique fondée sur les données probantes, tout en favorisant le développement continu des IND en regard de leur personnalité personnelle et professionnelle.

### **6.3 Liens entre les différentes parties de la thèse**

Comme on peut le constater, les composantes du contexte, des connaissances et des attitudes ont été utilisées dans l'analyse et l'interprétation des résultats pour la revue intégrative et la rédaction des résultats concernés par les deux articles. Parmi les dix obstacles répertoriés dans la revue intégrative, neuf se retrouvent dans l'étude actuelle (Tableaux 2 et 8). Seul l'obstacle de l'engagement, ou de l'adhérence aux données probantes est divergent. La présente étude confirme ou précise ainsi la quasi-totalité des résultats de la revue intégrative sur les obstacles au transfert optimal des connaissances en soins de plaies chez les IND, mais apporte aussi de nouveaux obstacles et des facilitateurs. De façon globale, il y a plus d'obstacles ( $n = 14$ ) que de facilitateurs ( $n = 9$ ), démontrant le besoin d'agir sur la problématique.

Le modèle de Straus et al. (2013) a permis d'avoir une vision globale du transfert des connaissances, mais la présente étude souligne l'importance de considérer les défis particuliers reliés aux soins de plaies et aux IND travaillant au Québec. L'intégration de la théorie de la transition de Duchscher (2008) avec le modèle de Straus et al. (2013) a permis de prendre en considération la période de transition à la pratique que vivent les IND. Les différents intervenants du réseau de la santé et de l'éducation, particulièrement ceux reliés à l'intégration des IND, doivent mieux comprendre le processus de transition, le transfert des connaissances en soins de plaies et les enjeux qui leur sont reliés. C'est alors qu'une réflexion approfondie s'est entamée afin de trouver une façon de présenter clairement les résultats ainsi que les liens qui les unissent. Avec audace, l'intégration des résultats permet la suggestion d'un schéma représentant l'évolution des IND à travers ces enjeux influençant le transfert des connaissances en matière de soins de plaies (Figure 6).

Le schéma est divisé en trois parties. D'abord, le cadre externe a pour point de départ les soins de plaies et prend en considération l'apport de la formation initiale et continue dans la quête de compétence, de confiance et d'autonomie en soins de plaies. Ensuite, le cheminement progressif des IND est représenté par une flèche évoluant de la formation initiale pour vivre une transition vers la compétence, la confiance et l'autonomie en soins de plaies sur une période de 12 mois. Ce cheminement doit faire l'objet d'un soutien continu et personnalisé, incluant les processus d'orientation, de préceptorat et de mentorat. Enfin, lorsque les résultats sont placés en ordre croissant du nombre de facilitateurs et d'obstacles, l'entonnoir du transfert des connaissances sur lequel repose cette évolution prend forme. Le contexte occupe une place prépondérante, suivi des connaissances et des attitudes qui, de façon interreliée, mènent vers une pratique fondée sur les données probantes pour des soins de plaies sécuritaires de qualité.

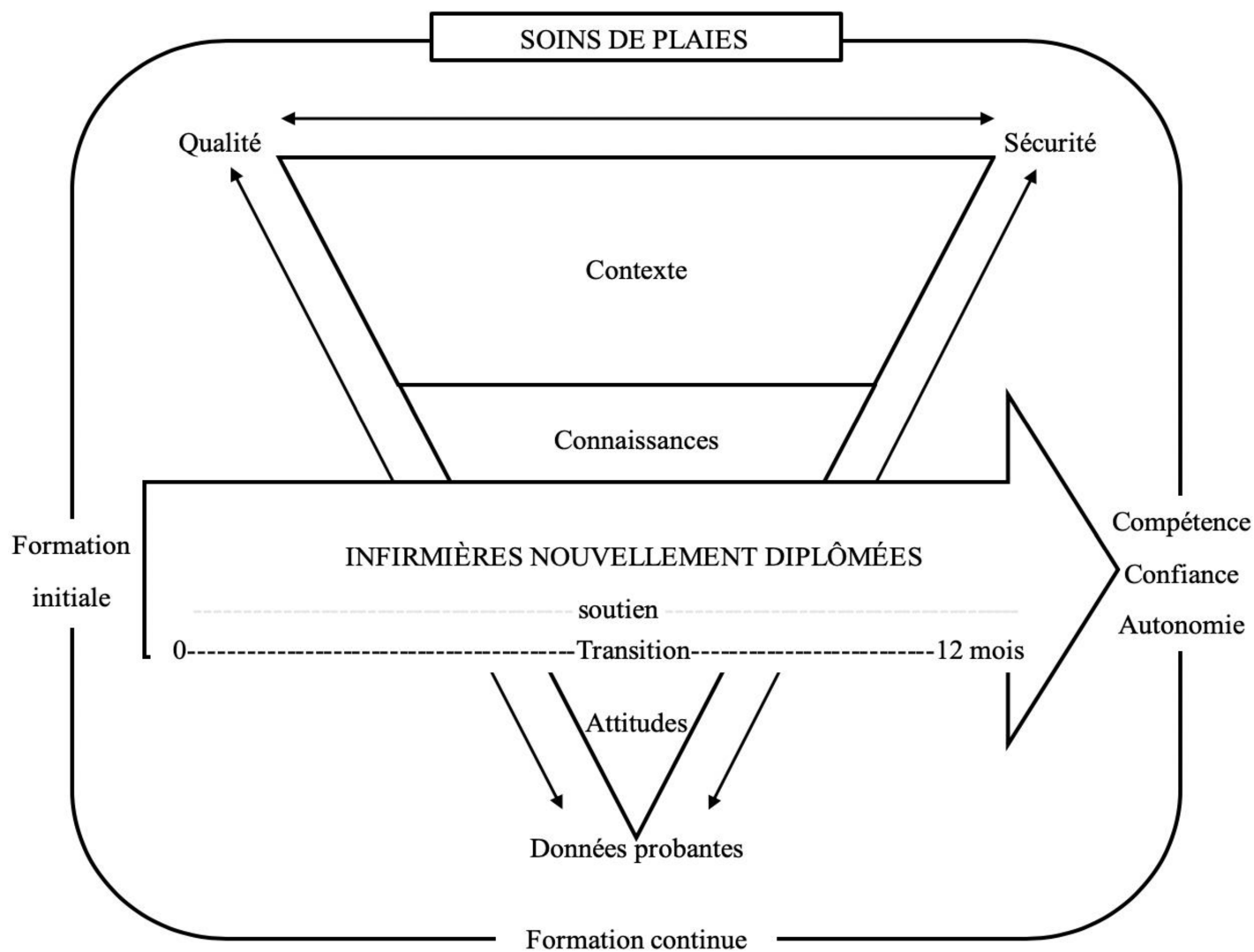


Figure 6. Schéma intégrateur.

L'ensemble des résultats permet de répondre aux questions de recherche et trois grands enjeux alignés avec le cadre de référence en ressortent : l'importance du contexte, le manque de connaissances et le pouvoir des attitudes.

### 6.3.1 L'importance du contexte

Notion déterminante du modèle de « L'application des connaissances en santé : transition des données probantes à la pratique » de Straus et al. (2013), le contexte est reconnu pour modifier les effets des interventions de transfert des connaissances visant à accroître l'utilisation des données probantes par les IND dans leur pratique clinique (Duchscher, 2008; Squires et al., 2019; Straus et al., 2015). Par ses nombreuses composantes, celui-ci peut à la fois être un facilitateur et un obstacle. En général, plus le contexte est positif, plus le recours aux données probantes est rapporté (Cummings et al., 2010; Kitson et al., 2008).

D'abord, les résultats de l'étude actuelle apportent de nouvelles connaissances en regard de la période d'intégration que vivent les IND. Malgré le leadership positif de leur supérieur immédiat et le soutien facilitant reçu en début de pratique, les IND déplorent que le sujet des soins de plaies ne soit pas ou peu exploré pendant leur période d'intégration : « Ils n'ont aucunement parlé des soins de plaies [dans mon orientation]. » Bien que la période d'orientation représente une pièce maîtresse dans le processus ardu que traversent les IND (Duchscher, 2009), les lacunes entourant cette activité sont un obstacle connu qui apporte des défis considérables chez l'ensemble des IND québécoises (Comité jeunesse de l'OIIQ, 2017). Le processus pour devenir compétent dans la prise de décisions cliniques en soins de plaies peut prendre jusqu'à un an et nécessite un développement et un suivi continu (Cullen et Cox, 2005; Popovich et al., 2010; Welsh, 2018). Malgré cela, seulement 35 % des IND questionnées ont indiqué avoir abordé le sujet des soins de plaies dans leur orientation, et ce, pour une durée variant d'une à quatre heures. Chaque hôpital est responsable de l'intégration de leurs IND (OIIQ, 2004), occasionnant une variété de programmes et un accès inéquitable aux ressources spécialisées comme les stomothérapeutes, ce qui limite présentement l'accès aux données probantes en soins de plaies.

Bien qu'elles se sentent soutenues en début de pratique, les résultats indiquent que les IND manquent de rétroaction en soins de plaies. La théorie de la transition (Duchscher, 2008) vient appuyer ce résultat; la rétroaction est rarement offerte, ou non adéquate, chez cette clientèle en début de carrière. Pourtant celle-ci, combinée à un soutien approprié, peut faire en sorte que les IND se sentent davantage compétentes, confiantes et autonomes. Conséquemment, leur niveau de stress s'en trouvera diminué, ce qui ne pourra qu'avoir un effet positif sur la qualité des soins offerts et la rétention de cette précieuse ressource (Crimlisk et al., 2017; Duchscher, 2008; Rush et al., 2013). Dans la même optique, une communication sans jugement de la part des mentores, des préceptrices et des gestionnaires est un incontournable pour garantir l'octroi de soins sécuritaires par les IND (Duchscher, 2008; Myers et al., 2010).

Comme indiqué dans le rapport de l'AIIC et de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (2014), adapter la durée des programmes d'intégration aux besoins des IND et au contexte des soins de santé est une stratégie d'action prioritaire pour la qualité et la sécurité des soins aux patients. D'une durée suggérée d'un an, un programme d'intégration appliqué par des préceptrices et mentores qualifiées, mettant en œuvre des stratégies continues pour soutenir les apprentissages et la transition des IND, devrait être mis en place dans les hôpitaux (Bush et Smith, 2010; Capasso et al., 2009; Chappell et Richards, 2015; Duchscher, 2008; Dunk et Taylor, 2011; Harrison et Ledbetter, 2014; Maryniak et al., 2017; Morrow, 2009; Piccinini et al., 2018; Theisen et Sandau, 2013). L'inclusion des soins de plaies dans l'orientation, au mentorat et au préceptorat des IND faciliterait l'intégration et l'application des connaissances, en plus de renforcer la confiance personnelle (Belcher et Sibbald, 2007; Cullen et Cox, 2005; Tully et al., 2007).



Le coût associé à la création et au maintien d'un tel programme est souvent cité par les organisations comme un obstacle à son instauration (Kiel, 2012; Spector et Echternacht, 2010). Pourtant, le retour sur investissement, notamment dû à la réduction des coûts que généreraient un roulement moindre du personnel, l'amélioration des soins de plaies chez les patients ou une meilleure utilisation du matériel, est financièrement positif lorsque ces programmes sont mis en œuvre (Baxter, 2010; Crimlisk et al., 2017; Kurnat-Thoma et al., 2017; Peltokoski et al., 2015; Rush et al., 2013). Silvestre et al. (2017) ont calculé que les coûts de maintien d'un programme d'intégration permettent une économie nette finale de 7 265 \$ américains par IND restant en poste (soit environ 9 953 \$ canadiens au moment de l'étude, en 2017). En 2007, au Children's Memorial Hospital de Chicago, le programme d'intégration d'une durée d'un an a permis de sauver plus de 700 000 \$ américains (Halfer). La présence d'un tel programme peut aussi servir comme stratégie de recrutement et de rétention qui réduira ultimement les coûts de l'organisation notamment reliés au roulement du personnel et à l'utilisation inappropriée du matériel (Baxter, 2010; Crimlisk et al., 2017; Kurnat-Thoma et al., 2017; Peltokoski et al., 2015; Rush et al., 2013). Somme toute, le caractère essentiel et les effets bénéfiques d'un programme d'intégration structuré sur le transfert des connaissances et la rétention des IND sont largement reconnus dans la littérature (Al-Dossary et al., 2014; AIIC, 2004; Bleich, 2012; Duchscher, 2008; Finn et al., 2010; MSSS, 2008; Warren et al., 2018).

De plus, les résultats au sujet de la culture méritent une attention particulière. La revue intégrative reconnaît, en effet, que le maintien d'une pratique rituelle fondée sur les préférences personnelles et les opinions des collègues en soins de plaies est considéré comme un obstacle au transfert des connaissances (Flanagan, 2005; Gillespie et al., 2014; Hughes, 2016; Lin et al., 2019; Welsh, 2018). Dans la présente étude, les résultats démontrent que les collègues demeurent la

principale source de savoir en soins de plaies pour les IND ayant participé aux groupes de discussion semi-dirigée. Cette particularité n'appartient pas qu'au Québec. Le même constat est partagé chez les IND travaillant en soins de courte durée en Ontario (Peterson et al., 2011). Selon Newman et al. (2017), ceci peut être expliqué par la culture, mais aussi par le fait qu'il est rapide et facile pour les infirmières travaillant en milieu hospitalier de trouver les informations qu'elles ont besoin auprès de leurs collègues. Le peu de littérature scientifique française en soins de plaies et l'absence de ressources disponibles pendant les quarts de soirée et de nuit peuvent aussi contribuer à ce comportement. Dans les groupes de discussion, les IND ont affirmé être témoins de pratiques désuètes et ne pas intervenir en raison de diverses craintes, telles que la « peur du jugement des autres » ou la « peur de déranger ». Ces craintes sont aussi remarquées chez l'ensemble des IND du Québec, lesquelles ne sont pas à l'aise de partager les nouvelles pratiques et de défendre leurs points de vue (Heppell-Cayouette et Maranda, 2016).

Ces résultats apportent son lot d'informations considérables, car l'importance de la culture du milieu de travail dans la transition des IND croît progressivement dans la littérature, mais son rôle dans le contexte d'un programme d'intégration formel demeure jusqu'à aujourd'hui peu étudié (Rush et al., 2019). Pour comprendre cet obstacle, Duchscher (2009) soutient que les IND se trouvant en milieu hospitalier sont plongées dans une culture profondément ancrée et hiérarchique, qui les expose à des comportements normatifs dominants décrits comme oppressifs et cognitivement restrictifs. Pendant leur période de transition, les IND ont plutôt besoin d'un environnement de travail ouvert, dans lequel elles se sentent à l'aise de discuter et de recevoir le soutien nécessaire pour donner des soins de plaies basés sur les données probantes.

### **6.3.2 Le manque de connaissances : un obstacle important**

Malgré les résultats divergents de la revue intégrative au sujet du niveau de connaissances en soins de plaies chez l'ensemble des infirmières, les résultats de l'étude descriptive amènent en contrepartie un constat clair : les IND manquent de connaissances en soins de plaies. Ce constat est préoccupant, car la diffusion réussie des connaissances est, sans contredit, un élément essentiel et préalable au cycle de la mise en pratique des données probantes (Graham et al., 2006; Straus et al., 2013).

Même si la littérature ne s'entend pas sur le niveau de connaissance des infirmières en soins de plaies, le manque de structure et d'uniformité dans l'enseignement initial des soins de plaies ressort unanimement dans la revue intégrative comme étant un obstacle. Tout comme ailleurs au Canada, en Europe et aux États-Unis (Abuleal, 2018; Moore et Clarke, 2011; Zulkowski et al., 2015), la formation initiale des IND ayant participé à l'étude présente des contraintes de temps pour l'enseignement des soins de plaies, ce qui entraîne un écart avec la réalité des milieux de soins. De plus, le rapport émis par le Comité de la formation des infirmières (2013; 2017) indique que la place qu'occupent les soins de plaies dans la formation initiale au Québec varie considérablement d'un établissement d'enseignement à l'autre, entretenant ainsi l'iniquité du niveau de connaissances en soins de plaies chez les IND débutant leur emploi. Le défi des employeurs de leur offrir une formation adaptée à leurs besoins est donc de taille puisque leur niveau de connaissances est hautement hétérogène.

Les résultats démontrent que poser un regard critique sur les données probantes peut représenter un obstacle pour les IND possédant un DEC, car les cours de recherche sont habituellement donnés au baccalauréat (Ministère de l'Éducation du Québec, 2007). D'ailleurs, pour les participantes qui poursuivent leur formation au baccalauréat au moment de l'étude, le

cours universitaire en soins de plaies est considéré comme un important des deux facilitateurs relatifs aux connaissances, le second étant la formation pratique. Pour une première fois, l'apport facilitant du cours universitaire en soins de plaies pour les IND au Québec est clairement démontré avec cette présente étude.

Même si elles viennent de terminer leur formation initiale, les IND témoignent avoir un besoin de connaissances en soins de plaies. En plus des lacunes précédemment soulevées en regard de la formation initiale, les avancements scientifiques et technologiques, la modernisation des lois professionnelles et l'émergence de nouveaux rôles infirmiers exigent l'acquisition de nouvelles connaissances et le développement de nouvelles compétences tout au long du cheminement professionnel (OIIQ, 2011). Une IND affirme qu'elle « manque de connaissances parce qu'[elle n'a] pas vraiment eu de cours mise à part lui du cégep [c.-à-d. du collège] ». Selon Davies et al. (2011), les IND sont motivées et prêtes à s'impliquer dans l'acquisition et la mise à jour de leurs connaissances. Par contre, les IND du Québec s'appuient principalement sur la formation continue en milieu de travail pour leur développement professionnel (Comité jeunesse de l'OIIQ, 2018). Ce comportement pourrait s'expliquer par la réalité de la génération Z, laquelle effectue un retour significatif aux valeurs familiales, accorde une haute importance à leur vie personnelle et porte un intérêt pour des emplois leur donnant accès à de la formation et du perfectionnement (Allain, 2016; Shahidullah, 2018). Par contre, les résultats démontrent que les IND définissent le manque de formation continue en soins de plaies et le manque de soutien de l'organisation comme des obstacles. Ceci démontre que leurs besoins ne sont pas comblés et accentue le défi de transférer les connaissances qui se renouvèlent rapidement en soins de plaies.

À l'égard de cette réalité, Duchscher (2008) soutient dans sa théorie de la transition qu'une approche institutionnelle est souhaitable pour suivre la progression des IND dans leur intégration.

Les programmes d'intégration devraient permettre aux IND de connaître les produits et les pansements utilisés dans l'établissement, de pratiquer à plusieurs reprises les soins de plaies qu'elles auront à faire sur leur unité de travail, de recevoir une rétroaction fréquente, de se familiariser avec la documentation et d'avoir une exposition progressive aux cas cliniques (Cullen et Cox, 2005; Duchscher, 2009). Park et al. (2020) soulignent même que les organisations doivent créer un consensus sur les formations à donner en soins de plaies afin d'assurer une pratique fondée sur les données probantes par l'entremise, par exemple, d'un programme structuré de formation. Cette recommandation est d'ailleurs partagée par Agrément Canada (2017) et McCluskey et McCarthy (2012) qui mentionnent l'importance d'implanter un meilleur programme de formation continue en soins de plaies pour les infirmières.

Il est préoccupant de constater que l'IND ayant son permis de pratique professionnel en soins infirmiers ne maîtrise pas l'activité réservée en soins des plaies, laquelle est incluse à l'exercice infirmier. Concrètement, les résultats de la présente étude permettent d'offrir un regard nouveau sur le contenu et le moment idéal pour soutenir et approfondir les connaissances des soins de plaies dans la période d'intégration. Afin d'éviter la surcharge d'informations en début de pratique et d'optimiser le transfert des connaissances, les IND suggèrent d'inclure les notions de base dans l'orientation initiale. Par la suite, soit environ après le sixième mois de pratique qui est un moment considéré comme plus propice aux apprentissages faisant appel à de multiples savoirs, des notions plus complexes pourront être abordées sous forme de mises en situation et de discussions de cas cliniques en petits groupes. Cette suggestion rejoint la théorie de la transition, car, effectivement, les IND intègrent davantage leur rôle professionnel vers le sixième mois de pratique (Duchscher, 2008). Elles sont alors dans une zone de confort leur permettant

d'entreprendre de nouveaux apprentissages, de transférer de nouvelles connaissances et de les intégrer à leur pratique.

Parmi les notions de base à voir lors de l'orientation, il va sans dire que les pansements disponibles dans les milieux de soins doivent être expliqués. Ces derniers, tout comme les autres produits disponibles en soins de plaies, représentent un obstacle au transfert des connaissances en début de pratique : « Il y a tellement de types de pansements que tu ne sais pas trop lequel mettre. » Ce même constat a d'ailleurs été rapporté dans la revue intégrative (Article 1) (Ashton et Price, 2006; Dugdall et Watson, 2009; Flanagan, 2005; Gillespie et al., 2014; Hughes, 2016; Kuhnke et al., 2019; Lloyd-Vossen, 2009; Walker et al., 2019; Welsh, 2018). L'évolution rapide et la disponibilité d'une large gamme de pansements et de produits peuvent être considérées comme avantageuses dans la gestion des plaies, mais les IND n'ont pas toujours les connaissances spécifiques pour choisir le pansement le plus approprié selon la situation clinique, d'où l'importance d'aborder ce sujet d'entrée de jeu.

Même avec toutes ces formations, il n'en demeure pas moins que l'idéal d'avoir un accès continu aux personnes-ressources en soins de plaies est difficilement réalisable dans le contexte de la présente étude. C'est devant cet obstacle que le développement d'outils des connaissances du modèle conceptuel de Straus et al. (2015) prend tout son sens. Selon ce cadre de référence, des outils comme des directives en matière de pratique clinique aident les infirmières à prendre des décisions fondées sur les données probantes, en plus de stimuler le développement d'une culture de recherche dans le milieu de soins. En soins de plaies, ces outils peuvent faire référence à des algorithmes, à des méthodes de soins informatisées (ex. : méthodes de débridement), à des tableaux résumant les produits pour nettoyer une plaie, à des schémas d'aide à la décision pour les pansements, à des formulaires uniformisés pour l'évaluation initiale d'une plaie ou à d'autres

moyens. Cependant, tout comme relevé dans la revue intégrative, les IND manquent d'outils adaptés à leur pratique clinique.

Bien que le développement d'un contexte adéquat et l'acquisition de connaissances en soins de plaies soient considérés comme nécessaires, leur existence à elle seule n'est pas suffisante pour garantir une pratique fondée sur les données probantes. Il faut aussi s'assurer de l'attitude positive des IND dans tout le processus du transfert des connaissances.

### **6.3.3 Le pouvoir des attitudes**

Deux obstacles reliés aux attitudes ont été décrits, soit le manque de confiance et le stress. Ceux-ci représentent un frein au transfert des connaissances et au développement professionnel des IND. Le manque de confiance est ressorti comme un obstacle dans les résultats de la revue intégrative et dans la présente étude (niveau de confiance personnelle autoévalué à 3,44 sur une échelle de 1 à 10). Manquant de confiance personnelle, les IND se réfèrent alors aux pratiques rituelles de leurs collègues, entretenant ainsi une pratique fondée sur les préférences personnelles. Normalement vécus en début de pratique, ce manque de confiance et ce stress sont reliés, et l'assurance pour y pallier peut prendre jusqu'à un an avant de se développer (Duchscher, 2009). Ce constat vient encore appuyer la pertinence d'offrir un soutien aux IND pendant leur première année de pratique.

Les IND reconnaissent que leur capacité à assumer la responsabilité professionnelle en soins de plaies est limitée. Ce constat engendre un stress tout à fait légitime, car elles sont conscientes des conséquences négatives qui peuvent en découler et témoignent de leur « crainte d'empirer les choses ». Une de leurs principales inquiétudes au moment de leur période de transition est de ne pas fournir des soins sécuritaires à leurs patients (Duchscher, 2008). En ce sens, l'appui aux IND par l'entremise de « stratégies clés de transfert des connaissances à l'échelle de

la personne » est considéré comme une stratégie d'action prioritaire pour la qualité et la sécurité des soins aux patients (AIIC et Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, 2014, p. 4).

Contrairement aux résultats de la revue intégrative, l'attitude des IND ressort généralement dans la présente étude comme un facilitateur au transfert des connaissances en soins de plaies. Les trois facilitateurs recensés par rapport aux attitudes des IND sont la responsabilité professionnelle reconnue, la perception positive et l'intérêt pour les données probantes, ainsi que la volonté et la motivation de changement. Un lien est possible entre ce constat et la récente montée de la pratique fondée sur les données probantes dans la formation initiale (Comité de la formation des infirmières, 2013; 2017). Les efforts investis par les établissements d'enseignement sont à poursuivre dans les milieux de soins afin d'assurer une continuité et de diminuer l'écart entre la théorie et la pratique. Les IND soulignent l'importance d'assumer leur rôle en soins de plaies et souhaitent s'impliquer pour améliorer la situation. Ces résultats sont cohérents avec l'étude de Rhéaume et al. (2011), réalisée auprès de 348 IND néo-brunswickoises, qui montre que les IND sont engagées dans leur quête d'autonomie professionnelle. Pareillement, le Comité jeunesse de l'OIIQ (2018) indique que le plan de développement professionnel revêt une grande importance pour les IND du Québec. En répondant à l'appel de cette recherche, les participantes aux groupes de discussion ont d'ailleurs démontré qu'elles se sentaient concernées par la problématique des soins de plaies, qu'elles étaient prêtes à s'impliquer et qu'elles étaient animées d'une volonté de changement. Par-dessus tout, ces facilitateurs représentent une force inestimable et doivent être potentialisés par les milieux de soins.



### 6.3.4 Résumé de cette section

En somme, trois enjeux principaux découlent des résultats : l'importance du contexte, le manque de connaissances en soins de plaies et le pouvoir des attitudes. Même si ces trois enjeux sont présentés de façon distincte, il va sans dire qu'ils sont interreliés et tracent un portrait approfondi du transfert des connaissances en soins de plaies chez ces IND travaillant au Québec. En ce sens, et comme illustrés dans le schéma intégrateur à la Figure 6, ces trois enjeux s'influencent mutuellement. Au fond, l'apprentissage de la profession infirmière relève d'un art et de la science dont les fondements sont basés sur un ensemble indissociable de savoirs, savoir-être, savoir-faire et savoir-vivre.

Les IND adoptent des attitudes qui facilitent le transfert des connaissances, mais celles-ci sont rarement soutenues par le contexte. Il faut donc impérativement considérer l'impact des stratégies sensibles au milieu de travail sur les attitudes potentielles des infirmières en leur fournissant une meilleure adéquation entre les données probantes en soins de plaies et la pratique clinique (Lloyd-Vossen, 2009). Un contexte intégrateur promouvant la transition réussie des IND favorise la satisfaction au travail et joue un rôle important sur la confiance personnelle et la rétention de cette précieuse ressource (Cleary et al., 2013; Laschinger, 2012; Peterson et al., 2011). Par ailleurs, Dugdall et Watson (2009) ont spécifiquement étudié le lien entre les attitudes des infirmières et la pratique fondée sur les données probantes en soins de plaies. Leurs travaux démontrent une relation statistiquement significative ( $r$  Spearman 0,335,  $p < 0,001$ ) entre l'autoévaluation des connaissances et une attitude positive envers la pratique fondée sur les données probantes, venant ainsi soutenir la portée d'une meilleure formation. De la sorte, tous les éléments sont interdépendants, d'où l'importance de structurer le transfert des connaissances avec une approche globale qui considère chacune de ses composantes.

## **6.4 Implications et recommandations**

Vu le développement des activités médicales réservées en soins de plaies depuis 2003 et l'octroi du droit, en 2016, de prescrire dans ce même domaine pour les infirmières du Québec, le sujet de recherche de la présente étude répond à une préoccupation actuelle en soins de plaies et sera assurément utile pour la pratique clinique des IND. L'évidence qu'un transfert structuré des connaissances améliore les résultats en matière de santé et maximise le potentiel du système s'impose (Armstrong et al., 2006; Lavis et al., 2003). Les retombées positives d'un transfert optimal des connaissances en soins de plaies peuvent se manifester chez plusieurs intervenants du système de santé : cliniciens, décideurs, chercheurs, gestionnaires et autres professionnels. Maintenant que certains facilitateurs et obstacles ont été recensés, il pourra être possible de s'en inspirer et de mettre en place des interventions adaptées pour mieux répondre aux besoins des IND quant au transfert des connaissances en soins de plaies. Pour y parvenir, les résultats de cette étude offrent plusieurs avenues d'interventions possibles dans les établissements d'enseignement, les milieux de pratique clinique, incluant la pratique avancée, et la recherche.

### **6.4.1 La formation**

#### **6.4.1.1 La formation initiale**

Les résultats peuvent aider les enseignants, les professeurs et les formateurs à concevoir des programmes académiques spécifiques au sujet soins de plaies. Les établissements d'enseignement collégiaux ont pour défi de synthétiser et de diffuser les connaissances à travers un programme déjà bien rempli. La problématique étant plus clairement définie, les établissements d'enseignement offrant la formation initiale peuvent davantage la considérer de façon concrète dans l'élaboration de leurs plans de cours. Considérant que les stages de fin de formation initiale permettent de consolider l'ensemble des apprentissages, ce moment semble opportun pour mettre

en application l'ensemble des connaissances relatives aux soins de plaies afin d'assurer leur intégration avant le grand saut vers une pratique professionnelle autonome. Les liens avec les milieux de soins doivent être solidifiés afin de mieux contextualiser les apprentissages et réduire l'écart entre la théorie et la pratique. Devant le besoin de mieux encadrer et d'uniformiser les objectifs d'apprentissages relatifs aux soins de plaies, il est suggéré que le MEES mette à jour le devis du programme d'études en soins infirmiers dont la dernière version date de 13 ans (Ministère de l'Éducation du Québec, 2007). Considérant qu'il est un facilitateur considérable, le cours de premier cycle universitaire en soins de plaies devrait être promu auprès de toutes les IND. Enfin, l'utilisation de la simulation en soins de plaies, autant dans le milieu académique que dans le milieu hospitalier, serait une avenue intéressante à explorer pour contrer l'obstacle du manque de pratique clinique et optimiser le facilitateur de la formation pratique.

#### **6.4.1.2 La formation continue**

Selon le Comité jeunesse de l'OIIQ (2018), il est essentiel que les DSI misent sur les connaissances acquises en formation continue pour améliorer la qualité et la sécurité des soins offerts et promouvoir la rétention des IND dans les milieux de travail. Comme discuté précédemment, les stratégies éducatives en début d'emploi devraient être uniformisées et spécifiquement ciblées aux besoins des IND afin de maximiser leur efficacité. Ainsi, il est suggéré de régionaliser la formation des IND en soins de plaies en faisant appel à des spécialistes en la matière (Cullen et Cox, 2005). En répartissant les ressources du CISSS de façon efficiente, un réseau de collaboration pourrait être créé entre les spécialistes en soins de plaies et les personnes responsables de l'intégration des IND. Les hôpitaux seraient ainsi appuyés dans le transfert des connaissances en soins de plaies chez leur relève infirmière. Les besoins d'apprentissage se transformant tout au long de la période de transition chez les IND (Duchscher, 2008), un transfert

progressif et continu des connaissances devrait avoir lieu afin de favoriser la pensée réflexive des IND sur leur pratique (Schön, 1983). Comme suggéré par le Comité de la formation des infirmières (2013; 2017) et par Rush et al. (2019), une collaboration étroite entre les établissements d'enseignement et les milieux de soins faciliterait l'élaboration de ce programme régional et assurerait une meilleure continuité des apprentissages tout en répondant mutuellement à leurs besoins.

D'un autre côté, chaque professionnel est responsable de maintenir ses connaissances et ses compétences à jour (AIIC, 2015; OIIQ, 2020). Il serait donc pertinent de se questionner sur l'implication personnelle des IND dans leur formation continue en soins de plaies.

## **6.4.2 La pratique**

### **6.4.2.1 Pour une meilleure intégration des IND**

Les gestionnaires et les infirmières conseillères éducatrices du réseau de la santé sont dans une position cruciale pour soutenir le processus d'intégration des IND (Rush et al., 2015). En leur acheminant les résultats de cette étude, ces personnes seront mieux outillées avec le portrait concret et actuel d'une partie des IND au Québec. Considérant la grande valeur que les IND accordent à la dimension humaine, il importe de poursuivre les efforts afin d'offrir un soutien personnalisé par l'entremise de mentores et de préceptrices volontaires, dédiées et formées.

Dans le but de coordonner régionalement les efforts, chaque CISSS pourrait faire une analyse de terrain afin d'évaluer ses pratiques et la disponibilité de ses ressources, tout en utilisant les facilitateurs et les obstacles recensés dans cette étude afin de mieux cibler les points forts et les points faibles de son organisation. Enfin, l'effet de ces changements pourrait être évalué par l'entremise d'un projet pilote au sein d'une nouvelle cohorte d'IND dans un CISSS.

#### **6.4.2.2 L'importance des ressources humaines spécialisées**

Bien que les résultats soient clairs sur l'importance de soutenir le transfert des connaissances en soins de plaies en début de pratique, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'un défi de taille pour les organisations de soins de santé dans le contexte actuel. La possibilité de combler le fossé entre la théorie et la pratique est souvent parsemée d'embûches causées par des conditions de travail difficiles et la pénurie de personnel. Il est pourtant essentiel d'assurer l'accessibilité à des personnes-ressources spécialisées en soins de plaies, car elles peuvent grandement contribuer à améliorer le transfert de connaissances vers la pratique clinique (Profetto-Mcgrath et al., 2012; Tully et al., 2007). Que ce soit en tant que modèles ou comme personnes-conseils, leur implication ne peut qu'être bénéfique pour les IND en début de carrière.

Nonobstant le dernier propos, le scénario d'avoir des infirmières spécialisées en soins de plaies dans tous les milieux ne rejoint cependant pas la réalité, tout particulièrement celle des établissements en région ou en milieu rural et d'autant plus que l'activité réservée en soins des plaies fait partie de l'exercice infirmier général (Lloyd-Vossen, 2009; OIIQ, 2016). Considérant qu'il est préférable d'aborder les soins de plaies progressivement lors de l'intégration des IND et de recourir à des experts pour le faire (Cullen et Cox, 2005), la régionalisation de la formation permettrait d'améliorer l'accès aux ressources spécialisées. Favoriser l'utilisation de la technologie serait un excellent moyen d'y arriver, d'autant plus que des spécialistes pourraient se mettre disponibles en alternance. Une autre solution amenée par le Conseil international des infirmières (2019) est également de considérer les différents types d'infirmières et les autres professionnels au sein de l'équipe. Ceux-ci jouent un rôle essentiel dans la qualité des soins et le développement de l'autonomie des IND. Enfin, en cas de besoin, l'IND peut aussi se référer à une infirmière

conseillère en soins, dont l'accès demeure essentiel en tout temps lors de son intégration (Comité jeunesse de l'OIIQ, 2018).

### **6.4.2.3 Un transfert des connaissances adapté au milieu de soins**

Considérant l'influence du contexte, le transfert des connaissances doit être intégré à des méthodologies qui sont efficaces et centrées sur le milieu de pratique. Ainsi, les outils utilisés en soins de plaies devraient être adaptés, mis à jour régulièrement et être plus accessibles (par exemple, sur l'intranet) pour tous les quarts de travail (jour, soir, nuit et fin de semaine). Les données probantes doivent être disponibles sur le terrain de façon plus concise, afin d'être rapidement accessibles par les IND (Pentland et al., 2011). À cet effet, et considérant que la génération Z est composée de travailleurs préférant les communications virtuelles (Shahidullah, 2018), il serait intéressant d'explorer l'apport des outils numériques dans le transfert des connaissances en soins de plaies. Faisant majoritairement partie de cette génération, les IND naviguent aisément dans l'ère numérique (Allain, 2016). La santé mobile (*mHealth*) est un phénomène nouveau, qui évolue rapidement, et les premières données probantes soutiennent son utilité (Gupta et McKibbin, 2013). D'autre part, une stratégie de diffusion clairement établie contribuerait à contrer les obstacles d'accès aux données probantes et à la communication formelle défaillante. À cet égard, une personne bilingue pourrait être nommée responsable de la diffusion des données probantes dans le CISSS, ce qui faciliterait la transmission de celles-ci auprès du personnel soignant.

Pour l'obstacle relié à la pluralité des produits et des pansements en soins de plaies, un classement uniformisé selon les catégories de Wounds Canada (2020) est recommandé pour l'ensemble du CISSS. Afin d'assurer une continuité dans les connaissances et de diminuer l'écart entre la théorie et la pratique, ces catégories devraient être les mêmes que celles enseignées dans

la formation initiale. De la sorte, il serait plus facile pour les IND de se retrouver à travers les multiples produits et pansements ainsi que de repérer leurs indications dans les recommandations de Wounds Canada.

#### **6.4.2.4 Développer une culture de recherche**

Le développement d'une culture de recherche au sein des milieux de soins peut atténuer plusieurs obstacles liés au passage de la théorie à la pratique (Albert, 2016; Berthelsen et Holge-Hazelton, 2017). Les organisations de soins de santé doivent chercher des solutions innovantes et développer des stratégies visant à promouvoir et mieux gérer les connaissances (Gagnon et al., 2015). Lors de l'application d'un modèle basé sur le transfert des connaissances aux soins de plaies d'un département chirurgical dans un centre hospitalier tertiaire ontarien, Graham et Logan (2004) en viennent à la conclusion que les perceptions des infirmières en regard des données probantes affectent le taux d'adhésion dans la pratique clinique. Si les perceptions sont négatives, l'adhésion aux données probantes est plus faible, entravant ainsi le transfert des connaissances. Si elles sont positives, l'adhésion est plus élevée et le transfert des connaissances est accéléré.

Par-dessus tout, le partage des connaissances et le respect des données probantes doivent être valorisés au sein de l'organisation par le soutien des gestionnaires. Pour les IND, l'ajout d'apprentissages reliés à la communication intergénérationnelle et interprofessionnelle dans l'orientation initiale serait un moyen d'augmenter leur capacité à interagir avec les collègues au sujet des données probantes en soins de plaies (Duchscher, 2009). Enfin, il est important d'assurer le suivi régulier des connaissances (Berthelsen et Holge-Hazelton, 2017). Le contexte étant un concept en constante évolution (Squires et al., 2019), les Canadian Association of Wound Care et Canadian Association for Enterostomal Therapy (2010) suggèrent, dans leur outil Wound CARE, de faire un suivi régulier des connaissances en soins de plaies. Basée sur les dernières étapes du

processus des connaissances à la pratique intitulées « Évaluer les résultats » et « Maintenir les connaissances » (voir Figure 1), l'application de cette dernière recommandation auprès des IND permettrait de vérifier l'efficacité des interventions appliquées et d'évaluer les besoins subséquents, tout en visant une pratique fondée sur les données probantes.

### **6.4.3 La recherche**

Il faut soutenir et encourager les infirmières-chercheuses à poursuivre leurs recherches sur les impacts du transfert des connaissances en soins de plaies pour les IND, les patients et le système de santé. À cet égard, l'implication bénéfique des infirmières en pratique avancée et des infirmières cliniciennes est à considérer (Ducharme, 2001; Gerrish et al., 2011; Pentland et al., 2011). Selon « L'application des connaissances en santé : transition des données probantes à la pratique », il est essentiel que les utilisateurs des connaissances sur le terrain soient inclus dans le processus pour s'assurer que la mise en œuvre de celles-ci corresponde à leurs besoins (Straus et al., 2013). Ainsi, la collaboration entre les IND, les chercheurs et les différentes instances du réseau de la santé pourrait contribuer au développement d'une pratique fondée sur les données probantes (Berthelsen et Holge-Hazelton, 2017). En tenant compte de la méthodologie des écrits retenus dans la revue intégrative, d'autres recherches de haute qualité, telles que des études expérimentales prétest et post-test ou des études longitudinales avec des indicateurs reliés aux patients ou des essais aléatoires, sont nécessaires pour mieux décrire le transfert des connaissances en soins de plaies.

### **6.4.4 Résumé de cette section**

Considérant le contexte dans lequel la pratique infirmière commence, leurs connaissances, ainsi que leurs attitudes, les IND sont vulnérables aux obstacles du transfert des connaissances en soins de plaies. Malgré les nombreux écrits sur l'écart entre la théorie et la pratique dans ce domaine, la problématique persiste et démontre un besoin de changement profond. Découlent des



résultats de la présente étude l'optimisation des facilitateurs et le contrôle des obstacles, lesquels sont des étapes indispensables pour en arriver à un transfert des connaissances réussi. Une équipe régionale ainsi que des ressources pédagogiques et de recherche, lesquelles apporteraient un soutien pour assurer la défense, la diffusion et la mise en œuvre des données probantes en soins de plaies, contribueraient assurément à soutenir le transfert des connaissances auprès des IND.

### **6.5 Forces et limites**

Dans son ensemble, cette étude a permis de recueillir les informations nécessaires pour répondre aux questions de recherche, soit :

- 1) Quels sont les facilitateurs et les obstacles au transfert des connaissances en soins de plaies chez les IND au Québec?
- 2) Quelles sont les perceptions de ces IND québécoises en regard des facilitateurs et des obstacles dans le transfert des connaissances vécu en soins de plaies?

Il s'agit d'un premier portrait des facilitateurs et des obstacles que vivent des IND dans les hôpitaux d'un CISSS au Québec quant au transfert des connaissances en soins de plaies. Réalisée dans un contexte francophone et auprès des IND, cette étude décrit les perceptions d'une population qui est rarement interrogée par la recherche. Le devis mixte utilisé a présenté son lot de défis. Néanmoins, de nombreuses forces en ont aussi été dégagées, telles qu'utiliser différentes sources de données pour répondre aux objectifs de recherche, recueillir une richesse d'informations et obtenir une vision globale du problème étudié (Larivière et Corbière, 2014). Les données qualitatives ont enrichi les données quantitatives, offrant ainsi une meilleure crédibilité aux résultats, et ce, malgré le petit échantillon (Fortin et Gagnon, 2016). Parmi les critères de rigueur scientifiques mentionnés au chapitre 4, la validité interne (crédibilité), la fiabilité et l'objectivité (confirmabilité) font partie des forces de cette étude. À celles-ci s'ajoute l'utilité des

résultats, répondant ainsi à la priorité du paradigme pragmatique qui cherche à trouver une solution pratique à la problématique étudiée (O’Cathain, 2010). Dans l’Article 2, les stratégies proposées par Creswell et Plano Clark (2018) pour minimiser les possibles biais reliés au devis mixte ont été appliquées : les échantillons ont été pris au sein de la même population, un seul but de recherche a été atteint par les deux expérimentations, les données ont subi des procédures de transformation les plus simples possible et un cadre de référence a été utilisé. À long terme, il est souhaité que les résultats issus de cette recherche amènent des changements concrets et positifs, en plus de soutenir le transfert des connaissances en soins de plaies chez les IND. Ultimement, cela facilitera la prise en charge et l’évaluation des plaies par les IND et aura pour effet d’améliorer le traitement optimal des plaies et la qualité de vie des patients qui en souffrent.

Concernant les limites, certaines données présentées sont basées sur des faits autodéclarés. De plus, une limite considérable réside dans la taille de l’échantillon. Un plus grand nombre d’IND participantes à travers l’ensemble du Québec aurait permis d’obtenir un portrait plus global. En regard de la formation initiale d’infirmière, les IND volontaires ayant pris part à l’étude descriptive possédaient toutes uniquement un DEC. Cette situation peut être expliquée par le fait que le baccalauréat initial n’est pas offert dans la région du CISSS où la recherche a été réalisée. Ainsi, la transférabilité des inférences de l’étude est limitée aux IND possédant une scolarité de niveau collégial et travaillant en milieu de soins de courte durée d’un centre régional ou rural. Ceci restreint donc la généralisation des résultats à l’ensemble des IND du Québec.

## **6.6 Conclusion**

Finalement, cette thèse de maîtrise a permis de conjuguer trois éléments importants de la pratique infirmière : le transfert des connaissances, les plaies et les IND. Ces éléments ont été mutuellement considérés pour répondre aux questions de recherche. Réviser la littérature reliée

aux obstacles du transfert des connaissances en soins de plaies chez les infirmières a révélé à quel point le transfert des connaissances en soins de plaies présente des obstacles, mais que peu de données sont disponibles quant à la réalité des IND au Québec. Une étude descriptive à devis mixte, sous l'angle du modèle de « L'application des connaissances dans les soins de santé : transition des données probantes à la pratique » de Straus et al. (2013) et de la théorie de la transition de Duchscher (2008), a alors été réalisée afin de décrire les facilitateurs et les obstacles au transfert des connaissances en soins de plaies chez des IND travaillant au Québec. Le transfert des connaissances est décrit comme étant parsemé de neuf facilitateurs et de quatorze d'obstacles propres à une réalité distincte. Trois principaux enjeux en lien avec le contexte, les connaissances et les attitudes ont été dégagés de cette démarche et offrent une multitude de stratégies adaptées afin de mieux soutenir les IND.

Les IND sont une source importante d'informations dans la problématique complexe du transfert des connaissances en soins de plaies et ont un vouloir qu'il faut potentialiser. Cette thèse de maîtrise permet d'alimenter les avenues du transfert des connaissances en soins de plaies chez les IND du Québec en considérant leurs particularités, soit la langue française, la formation collégiale et le fait qu'elles travaillent parfois dans des milieux régionaux ou ruraux. Tous les acteurs du réseau sont invités à considérer leur apport dans cette problématique touchant les IND dans une période charnière de leur vie, laquelle influence la qualité et la sécurité des soins offerts à la population et la rétention des IND dans la pratique. Chaque partie prenante du réseau est importante et ce n'est qu'ensemble que nous arriverons à faire une différence, car les soins de plaies, c'est l'affaire de tous !

## Références

- Abuleal, S. V. (2018). Wound care education for undergraduate nursing students. *Journal of Healthcare Communications*, 3(2), 28. <https://doi.org/10.4172/2472-1654.100138>
- Agrément Canada. (2017). *Pratiques organisationnelles requises*. <https://accreditation.ca/ca-fr/pratiques-organisationnelles-requises/>
- Al-Dossary, R., Kitsantas, P. et Maddax, P. J. (2014). The impact of residency programs on new nurse graduates' clinical decision-making and leadership skills: A systematic review. *Nurse Education Today*, 34, 1024-1028. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.10.006>
- Albert, N. M. (2016). *Building and sustaining a hospital-based nursing research program*. Springer.
- Allain, C. (2016). *Le choc des générations : cohabiter, une responsabilité partagée* (8<sup>e</sup> éd.). Les productions Carol Allain.
- Armstrong, R., Waters, E., Roberts, H., Oliver, S. et Popay, J. (2006). The role and theoretical evolution of knowledge translation and exchange in public health. *Journal of Public Health*, 28(4), 384-389. <https://doi.org/10.1093/jpubhealth/fdl072>
- Ashton, J. et Price, P. (2006). Survey comparing clinicians' wound healing knowledge and practice. *British Journal of Nursing*, 15(19), S18-26. <https://doi.org/10.12968/bjon.2006.15.Sup4.22114>
- Association des infirmières et des infirmiers du Canada. (2004). *Guide sur le préceptorat et le mentorat*. <http://saskpreceptors.ca/documents/CNA%20Preceptor%20guide.pdf>
- Association des infirmières et des infirmiers du Canada. (2015). *Framework for the practice of registered nurses in Canada*. <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/framework-for-the-practice-of-registered-nurses-in-canada.pdf?la=en>
- Association des infirmières et des infirmiers du Canada et Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2014). *La qualité et la sécurité des soins aux patients*. [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/quality\\_and\\_safety\\_in\\_patient\\_care\\_roundtable\\_report\\_summary\\_f.pdf?la=fr&hash=8D6F8AFC7230E2025C7A380B01CF39BB79909CC2](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/quality_and_safety_in_patient_care_roundtable_report_summary_f.pdf?la=fr&hash=8D6F8AFC7230E2025C7A380B01CF39BB79909CC2)
- Ayello, E. A., Zulkowski, K., Capezuti, E., Jicman, W. H. et Sibbald, R. G. (2017). Educating nurses in the United States about pressure injuries. *Advances in Skin & Wound Care*, 30(2), 83-94. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000512123.02172.91>
- Baxter, E. P. (2010). Providing orientation programs to new graduate nurses: Points to consider. *Journal for Nurses in Staff Development*, 26(4), E12-E17. <https://doi.org/10.1097/NND.0b013e3181d80319>
- Belcher, A. et Sibbald, R. (2007). Mentoring: The ultimate professional relationship. Dans D. Krasner, G. Rodeheaver et R. Sibbald (dir.), *Chronic wound care: A clinical source book for healthcare professionals* (4<sup>e</sup> éd., p. 185-190). HMP Communications.
- Berthelsen, C. B. et Holge-Hazelton, B. (2017). 'Nursing research culture' in the context of clinical nursing practice: Addressing a conceptual problem. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1066-1074. <https://doi.org/10.1111/jan.13229>
- Bleich, M. R. (2012). In praise of nursing residency programs. *American Nurse Today*, 7(5), 47-49.
- Bush, T. et Smith, K. (2010). Introducing a programme for post-registration induction and essential skills development. *Nursing times*, 106(49-50), 20.

- Canadian Association of Wound Care et Canadian Association for Enterostomal Therapy. (2010). *The Wound CARE instrument: Collaborative appraisal and recommendations for education*. <https://nswoc.ca/wp-content/uploads/2017/08/caet-wound-care-instrument.pdf>
- Capasso, A. V., Collins, T. J., Griffith, L. C., Lasala, L. C., Kilroy, L. S., Martin, L. A., Pedro, L. J. et Wood, L. S. (2009). Outcomes of a clinical nurse specialist-initiated wound care education program: Using the promoting action on research implementation in health services framework. *Clinical Nurse Specialist*, 23(5), 252-257. <https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e3181b207f5>
- Chappell, K. B. et Richards, K. C. (2015). New graduate nurses, new graduate nurse transition programs, and clinical leadership skill: A systematic review. *Journal for Nurses in Professional Development*, 31(3), E8-E8. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000184>
- Cleary, M., Horsfall, J., Muthulakshmi, P., Happell, B. et Hunt, G. E. (2013). Career development: Graduate nurse views. *Journal of Clinical Nursing*, 22(17-18), 2605-2613. <https://doi.org/10.1111/jocn.12080>
- Comité de la formation des infirmières. (2013; 2017). *Avis - Enseignement sur l'évaluation et le traitement des plaies dans la formation infirmière initiale*. OIIQ. [https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/oiiq\\_avis\\_enseignement\\_plaies\\_2013.pdf/8aedf5c5-2d87-b926-f161-734ea506a4a8](https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/oiiq_avis_enseignement_plaies_2013.pdf/8aedf5c5-2d87-b926-f161-734ea506a4a8)
- Comité jeunesse de l'OIIQ. (2017, 21 novembre 2017). *L'intégration de la relève infirmière : enjeux, défis et pistes de solutions* [communication orale]. Congrès de l'OIIQ. Montréal, QC, Canada. <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/congres2017/pdf/A3-integration-releve-infirmiere-enjeux-defis-2017.pdf>
- Comité jeunesse de l'OIIQ. (2018). *Avis - Plans de carrière et de développement professionnel : levier pour la professionnalisation de la relève infirmière*. OIIQ. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/avis-plans-de-carriere-et-developpement-professionnel-20180925-26.pdf/2891434c-09ae-77b5-7224-1a8f8f757fc8>
- Conseil international des infirmières. (2019). *ICN International workforce forum calls for urgent action from governments to address global nursing shortage*. <https://www.icn.ch/news/icn-international-workforce-forum-calls-urgent-action-governments-address-global-nursing>
- Creswell, J. W. et Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3<sup>e</sup> éd.). Sage Publications.
- Crimlisk, J. T., Grande, M. M., Krisciunas, G. P., Costello, K. V., Fernandes, E. G. et Griffin, M. (2017). Nurse residency program designed for a large cohort of new graduate nurses: Implementation and outcomes. *MedSurg Nursing*, 26(2), 83.
- Cullen, M. et Cox, F. (2005). Developing a wound management orientation program using evidence-based guidelines. *Home Health Care Management & Practice*, 17(4), 308-315. <https://doi.org/10.1177/1084822304271812>
- Cummings, G., Hutchinson, A., Scott, S., Norton, P. et Estabrooks, C. (2010). The relationship between characteristics of context and research utilization in a pediatric setting. *BMC Health Services Research*, 10(1), 168. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-168>
- Davies, A., Wong, C. A. et Laschinger, H. (2011). Nurses' participation in personal knowledge transfer: The role of leader-member exchange (LMX) and structural empowerment. *Journal of Nursing Management*, 19(5), 632-643. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01269>

- Ducharme, F. (2001). La recherche : voie privilégiée du développement du savoir infirmier. *L'infirmière du Québec*, 8(4), 23-34.
- Duchscher, J. B. (2008). A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441-450. <https://doi.org/10.3928/00220124-20081001-03>
- Duchscher, J. B. (2009). Transition shock: The initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103-1113. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04898>
- Dugdall, H. et Watson, R. (2009). What is the relationship between nurses' attitude to evidence based practice and the selection of wound care procedures? *Journal of Clinical Nursing*, 18(10), 1442-1450. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02715>
- Dunk, A. M. et Taylor, J. (2011). Understanding and closing the knowledge gaps for graduate nurses. *Australian Nursing Journal*, 19(2), 39.
- Elo, S. et Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569>
- Finn, F. L., Fensom, S. A. et Chesser-Smyth, P. (2010). Promoting learning transfer in post registration education: A collaborative approach. *Nurse Education in Practice*, 10(1), 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2009.03.005>
- Flanagan, M. (2005). Barriers to the implementation of best practice in wound care. *Wounds UK*, 1(3), 71-82.
- Fortin, F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3<sup>e</sup> éd.). Chenelière Éducation.
- Gagnon, M.-P., Payne-Gagnon, J., Fortin, J.-P., Paré, G., Côté, J. et Courcy, F. (2015). A learning organization in the service of knowledge management among nurses: A case study. *International Journal of Information Management*, 35(5), 636-642. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2015.05.001>
- Gerrish, K., McDonnell, A., Nolan, M., Guillaume, L., Kirshbaum, M. et Tod, A. (2011). The role of advanced practice nurses in knowledge brokering as a means of promoting evidence-based practice among clinical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 2004-2014. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05642.x>
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Allen, P., Morely, N. et Nieuwenhoven, P. (2014). Wound care practices: A survey of acute care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17-18), 2618-2627. <https://doi.org/10.1111/jocn.12479>
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W. et Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
- Graham, K. et Logan, J. (2004). Using the Ottawa model of research use to implement a skin care program. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(1), 18-26. <https://doi.org/10.1097/00001786-200401000-00006>
- Greatrex-White, S. et Moxey, H. (2015). Wound assessment tools and nurses' needs: An evaluation study. *International Wound Journal*, 12(3), 293-301. <https://doi.org/10.1111/iwj.12100>
- Gupta, S. et McKibbin, K. A. (2013). Informatics interventions. Dans S. E. Straus, J. Tetroe et I. D. Graham (dir.), *Knowledge Translation in Health Care* (2<sup>e</sup> éd., p. 189-226). Wiley.
- Halfer, D. (2007). A magnetic strategy for new graduate nurses. *Nursing Economic*, 25(1), 6-11.

- Harrison, D. et Ledbetter, C. (2014). Nurse residency programs: Outcome comparisons to best practices. *Journal for Nurses in Professional Development*, 30(2), 76-82.  
<https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000001>
- Heppell-Cayouette, M. et Maranda, J. (2016, 7 novembre). *Intégration de la relève infirmière dans les milieux cliniques* [communication orale]. Congrès de l'OIIQ. Montréal, QC, Canada. <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/evenements/congres2016/pdf/integration-releve-congres-2016-a11.pdf>
- Hughes, M. A. (2016). Wound infection: A knowledge deficit that needs addressing. *British Journal of Nursing*, 25(6 Suppl), S46-S51. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.6.S46>
- Kiel, M. J. (2012). An analysis of restructuring orientation to enhance nurse retention. *The Health Care Manager*, 31(4), 302-307. <https://doi.org/10.1097/HCM.0b013e31826fe298>
- Kitson, A. L., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K. et Titchen, A. (2008). Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARiHS framework: Theoretical and practical challenges. *Implementation Science*, 3(1), 1.  
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-1>
- Kuhnke, J. L., Keast, D., Rosenthal, S. et Evans, R. J. (2019). Health professionals' perspectives on delivering patient-focused wound management: A qualitative study. *Journal of Wound Care*, 28(7 Suppl), S4-S13. <https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.Sup7.S4>
- Kurnat-Thoma, E., Ganger, M., Peterson, K. et Channell, L. (2017). Reducing annual hospital and registered nurse staff turnover. *SAGE Open Nursing*, 3, 1-3.  
<https://doi.org/10.1177/2377960817697712>
- Larivière, N. et Corbière, M. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Presses de l'Université du Québec.
- Laschinger, H. K. S. (2012). Job and career satisfaction and turnover intentions of newly graduated nurses. *Journal of Nursing Management*, 20(4), 472-484.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01293>
- Lavis, J. N., Robertson, D., Woodside, J. M., McLeod, C. B. et Abelson, J. (2003). How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Quarterly*, 81(2), 221-222.
- Lin, F., Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Li, Y., Whitelock, K., Morley, N., Morrissey, S., O'callaghan, F. et Marshall, A. P. (2019). Preventing surgical site infections: Facilitators and barriers to nurses' adherence to clinical practice guidelines - A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9-10), 1643-1652. <https://doi.org/10.1111/jocn.14766>
- Lloyd-Vossen, J. (2009). Implementing wound care guidelines: Observations and recommendations from the bedside. *Ostomy Wound Management*, 55(6), 50-55.
- Maryniak, K., Markantes, T. et Murphy, C. (2017). Enhancing the new nurse experience: Creation of a new employee training unit. *Nursing Economic*, 35(6), 322.
- McCluskey, P. et McCarthy, G. (2012). Nurses' knowledge and competence in wound management. *Wounds UK*, 8(2), 37-47.
- Ministère de l'Éducation du Québec. (2007). *Soins infirmiers programme d'études techniques*. Les publications du Québec.  
<http://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/1762703>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008). *Programme national de soutien clinique - Volet préceptorat*. Les publications du Québec.  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-526-01.pdf>



- Moore, Z. et Clarke, E. (2011). A survey of the provision of education in wound management to undergraduate nursing students. *European Wound Management Association Journal*, 11(1), 35-38.
- Morrow, S. (2009). New graduate transitions: Leaving the nest, joining the flight. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 278-287. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00886>
- Myers, S., Reidy, P., French, B., McHale, J., Chisholm, M. et Griffin, M. (2010). Safety concerns of hospital-based new-to-practice registered nurses and their preceptors. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(4), 163-171. <https://doi.org/10.3928/00220124-20100326-02>
- Newman, K., Dobbins, M., Yost, J. et Ciliska, D. (2017). Information seeking when problem solving: Perspectives of public health professionals. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(2), 145-153. <https://doi.org/10.1111/wvn.12187>
- O’Cathain, A. (2010). Assessing the quality of mixed methods research: Towards a comprehensive framework. Dans A. Tashakkori et C. Teddlie (dir.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (p. 531-555). Sage Publications.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2004). *La gouvernance des soins infirmiers dans le cadre d’une organisation de services intégrés*. <https://www.oiiq.org/uploads/publications/avis/Gouverne.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2011). *Vers une culture de formation continue pour la profession infirmière au Québec - Document d’orientation*. [https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/270GCO\\_doc.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/270GCO_doc.pdf)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2020). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Chapitre I-8, r. 9. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cr/I-8,%20r.%209>
- Park, M., Kim, G. et Kim, K. (2020). The effect of pressure injury training for nurses: A systematic review and meta-analysis. *Advances in Skin & Wound Care*, 33(3), 1-11. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000653164.21235.27>
- Peltokoski, J., Vehviläinen-Julkunen, K. et Miettinen, M. (2015). Newly hired nurses' and physicians' perceptions of the comprehensive health care orientation process: A pilot study. *Journal of Nursing Management*, 23(5), 613-622. <https://doi.org/10.1111/jonm.12187>
- Pentland, D., Forsyth, K., Maciver, D., Walsh, M., Murray, R., Irvine, L. et Sikora, S. (2011). Key characteristics of knowledge transfer and exchange in healthcare: Integrative literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1408-1425. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05631.x>
- Peterson, J., McGillis Hall, L., O’Brien-Pallas, L. et Cockerill, R. (2011). Job satisfaction and intentions to leave of new nurses. *Journal of Research in Nursing*, 16(6), 536-548. <https://doi.org/10.1177/1744987111422423>
- Piccinini, C. J., Hudlun, N., Branam, K. et Moore, J. M. (2018). The effects of preceptor training on new graduate registered nurse transition experiences and organizational outcomes. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 49(5), 216-220. <https://doi.org/10.3928/00220124-20180417-06>
- Popovich, K., Tohm, P. et Hurd, T. (2010). Skin and wound care excellence: Integrating best-practice evidence. *Healthcare Quarterly*, 13(Spec), 42-46. <https://doi.org/10.12927/hcq.2010.21965>
- Profetto-Mcgrath, J., Ehrenberg, A., Young, S. et Hill, W. (2012). *Clinical nurse specialists' role in selecting and using knowledge to improve practice and develop practice-based*



- policies designed to promote optimum patient outcomes. Canadian Health Services Research Foundation. <https://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/ogc-reports/McGrath-ClinicalNurse-E.pdf?sfvrsn=0>
- Rhéaume, A., Clément, L. et Lebel, N. (2011). Understanding intention to leave amongst new graduate Canadian nurses: A repeated cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 490-500. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.08.005>
- Rush, K. L., Adamack, M., Gordon, J., Janke, R. et Ghement, I. R. (2015). Orientation and transition programme component predictors of new graduate workplace integration. *Journal of Nursing Management*, 23(2), 143-155. <https://doi.org/10.1111/jonm.12106>
- Rush, K. L., Adamack, M., Gordon, J., Lilly, M. et Janke, R. (2013). Best practices of formal new graduate nurse transition programs: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 345-356. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.06.009>
- Rush, K. L., Janke, R., Duchscher, J. E., Phillips, R. et Kaur, S. (2019). Best practices of formal new graduate transition programs: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 139-158. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.010>
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner*. Basic Book.
- Shahidullah, S. M. (2018). The rise of the digital society, generation Z, and management challenges in the 21st century. *Annals of Social Sciences Management Studies*, 1(1), 1-4. <https://doi.org/10.19080/ASM.2018.01.555551>
- Silvestre, J. H., Ulrich, B. T., Johnson, T., Spector, N. et Blegen, M. A. (2017). A multisite study on a new graduate registered nurse transition to practice program: Return on investment. *Nursing Economic\$, 35(3)*, 110.
- Spector, N. et Echternacht, M. (2010). A regulatory model for transitioning newly licensed nurses to practice. *Journal of Nursing Regulation*, 1(2), 18-25. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(15\)30346](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(15)30346)
- Squires, J. E., Graham, I., Bashir, K., Nadalin-Penno, L., Lavis, J., Francis, J., Curran, J., Grimshaw, J. M., Brehaut, J., Ivers, N., Michie, S., Hillmer, M., Noseworthy, T., Vine, J., Demery Varin, M., Aloisio, L. D., Coughlin, M. et Hutchinson, A. M. (2019). Understanding context: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 75(12), 3448-3470. <https://doi.org/10.1111/jan.14165>
- Straus, S. E., Tetroe, J. et Graham, I. D. (2013). *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2<sup>e</sup> éd.). Wiley.
- Straus, S. E., Tetroe, J. et Graham, I. D. (2015). *L'application des connaissances dans les soins de santé : transition des données probantes à la pratique*. IRSC. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/40618.html>
- Theisen, J. L. et Sandau, K. E. (2013). Competency of new graduate nurses: A review of their weaknesses and strategies for success. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 44(9), 406-414. <https://doi.org/10.3928/00220124-20130617-38>
- Tully, S., Ganson, C., Savage, P., Banez, C. et Zarins, B. (2007). Implementing a wound care resource nurse program. *Ostomy Wound Management*, 53(8), 46-53.
- Walker, C. A., Rahman, A., Gipson-Jones, T. L. et Harris, C. M. (2019). Hospitalists' needs assessment and perceived barriers in wound care management. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 46(2), 98-105. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000512>

- Warren, J. I., Perkins, S. et Greene, M. A. (2018). Advancing new nurse graduate education through implementation of statewide, standardized nurse residency programs. *Journal of Nursing Regulation*, 8(4), 14-21. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(17\)30177-1](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(17)30177-1)
- Welsh, L. (2018). Wound care evidence, knowledge and education amongst nurses: A semi-systematic literature review. *International Wound Journal*, 15(1), 53-61. <https://doi.org/10.1111/iwj.12822>
- Whittemore, R. et Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621>
- Wounds Canada. (2020). *Product pickers*. <https://www.woundscanada.ca/health-care-professional/183-resources-industry-partner/288-product-picker>
- Zulkowski, K., Capezuti, E., Ayello, E. et Sibbald, R. (2015). Wound care content in undergraduate programs: We can do better. *World Council of Enterostomal Therapists*, 35(1), 10-13.

**Annexe A – Accusé de réception de la revue *Recherche en soins infirmiers***

Courriel University of Ottawa | Université d'Ottawa - Fwd: TR: Accusé réception détaillé

20-05-09 19:06



Julie Gagnon [REDACTED]

---

**Fwd: TR: Accusé réception détaillé**

1 message

---

**redaction@asso-arsi.fr** <redaction@asso-arsi.fr>

9 mai 2020 à 18 h 45

À : [REDACTED]

Chère Madame Gagnon

Nous accusons réception de la version numérique de votre article intitulé "Le transfert des connaissances en soins de plaies chez les infirmières : une revue intégrative des écrits." et nous vous en remercions.

Cordialement  
Emmanuelle Cartron  
rédactrice  
Recherche en soins infirmiers

---

Conformément aux réglementations sur la protection des données, vous pouvez demander à tout moment la suppression de vos informations personnelles d'inscription. (Utilisez l'URL suivante : <https://www.editorialmanager.com/rsi/login.asp?a=r>) Pour toute question, contactez le bureau de la revue.

## Annexe B – Autorisation du milieu pour réaliser la recherche

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux

Québec



Présidence-direction générale adjointe – secteur recherche

PAR COURRIEL

Le 24 septembre 2019

Madame Julie Gagnon  
Université d'Ottawa  
École des Sciences Infirmières  
Pavillon Guindon, RGN 3051  
451, rue Smyth  
Ottawa (Ontario) K1H 8M5

**Objet : Autorisation de réaliser la recherche**  
**Transfert des connaissances en soins de plaies : une étude mixte sur les facteurs facilitants et les barrières chez les nouvelles infirmières travaillant en soins hospitaliers de courte durée**  
**Université d'Ottawa**

Madame,

C'est avec plaisir que nous vous autorisons à réaliser la recherche identifiée en titre sous les auspices du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS). Cette autorisation vous permet de réaliser la recherche à la direction des soins infirmiers.

Cette autorisation vous est accordée sur la foi des documents que vous avez déposés auprès de notre établissement, notamment la lettre du comité d'éthique de la recherche (CER) du CISSS portant la date du 24 septembre 2019 qui établit que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen scientifique et d'un examen éthique dont le résultat est positif. Si le CER vous informe pendant le déroulement de cette recherche d'une décision négative portant sur l'acceptabilité éthique de cette recherche, vous devrez considérer que la présente autorisation de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement est, de ce fait, révoquée à la date que porte l'avis du CER évaluateur.

Cette autorisation suppose également que vous respecterez les modalités énoncées ci-après.

Notre établissement a reçu une copie de la version finale des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CER évaluateur.

Si un suivi s'avère nécessaire lors de l'utilisation de ces documents dans notre établissement, vous voudrez bien vous adresser à [redacted] par téléphone au [redacted] ou par courriel à l'adresse [redacted].

-2-

Cette autorisation de réaliser la recherche suppose que vous vous engagez à :

- 1) vous conformer aux demandes du CER évaluateur, notamment pour le suivi éthique continu de la recherche;
- 2) rendre compte au CER évaluateur et au signataire de la présente autorisation du déroulement du projet, des actes de votre équipe de recherche, s'il en est une, ainsi que du respect des règles de l'éthique de la recherche;
- 3) respecter les moyens relatifs au suivi continu qui ont été fixés par le CER évaluateur;
- 4) conserver les dossiers de recherche pendant la période fixée par le CER évaluateur, après la fin du projet, afin de permettre leur éventuelle vérification;
- 5) respecter les modalités arrêtées par notre établissement au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche, à savoir, la tenue à jour et la conservation de la liste à jour des sujets de recherche recrutés sous les auspices de notre établissement. Cette liste devra nous être fournie sur demande.

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CER évaluateur en sera alors informé.

Vous consentez également à ce que notre établissement communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

Je vous invite à me contacter durant le déroulement de cette recherche, si besoin est. Vous pouvez aussi solliciter l'appui de notre CER en vous adressant à monsieur [REDACTED], coordonnateur du CER du CISSS [REDACTED], aux coordonnées mentionnées ci-dessus, pour obtenir les conseils et le soutien voulus.

En terminant, je vous demanderais de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de cette recherche le numéro attribué à votre demande par le CER évaluateur.

Veuillez agréer, Madame, mes meilleures salutations.

c. c. [REDACTED] président du CER du CISSS [REDACTED]  
[REDACTED] directrice des soins infirmiers par intérim

## Annexe C – Document de recrutement (invitation envoyée par courriel)



# LE TRANSFERT DES CONNAISSANCES EN SOINS DE PLAIES

## UN QUESTIONNAIRE POUR LES INFIRMIÈRES NOUVELLEMENT DIPLOMÉES TRAVAILLANT DEPUIS MOINS D'UN AN EN SOINS DE COURTE DURÉE

Voici pour toi l'occasion de participer volontairement à une étude ayant pour objectif de décrire les éléments facilitants et les barrières au transfert des connaissances en soins de plaies en début de pratique.

Tu devras répondre à un questionnaire en ligne confidentiel et anonyme d'une durée maximale de 15 minutes. À la fin de celui-ci, tu seras aussi invité(e) à participer à un groupe de discussion.

En participant tu cours la chance de gagner un guide de poche en soins de plaies !

Merci de ta participation !

**En cas de question:**

 [Redacted email address]

**DATE LIMITE :**  
1<sup>er</sup> janvier 2020

**SITE UTILISÉ :**  
Survey Monkey®  
Accesible sur ordinateur, tablette ou téléphone intelligent

**CLIQUE SUR LE LIEN CI-DESSOUS POUR PARTICIPER :**  
<https://fr.surveymonkey.ca/r/BNVCZ7>

Julie Gagnon, étudiante à la maîtrise en Sciences Infirmières





## Annexe D – Affiche de recrutement



# LE TRANSFERT DES CONNAISSANCES EN SOINS DE PLAIES

## MESSAGE POUR LES INFIRMIÈRES NOUVELLEMENT DIPLOMÉES TRAVAILLANT DEPUIS MOINS D'UN AN EN SOINS DE COURTE DURÉE

Voici pour vous l'occasion de participer volontairement à une étude ayant pour objectif de décrire les éléments facilitants et les barrières au transfert des connaissances en soins de plaies en début de pratique.

Vous devrez répondre à un questionnaire en ligne confidentiel et anonyme d'une durée maximale de 15 minutes.

Vous serez aussi invité(e)s à participer à un groupe de discussion. Les places sont limitées !

Restez à l'affût de vos courriels, toute l'information vous y sera transmise incluant le lien ci-dessous :

Lien Survey Monkey® = <https://fr.surveymonkey.ca/r/6BNVCZ7>  
Il est aussi possible d'accéder au sondage avec le code QR =

En participant vous courez la chance de gagner un guide de poche en soins de plaies !

Merci de votre participation !

**En cas de question:**

  
[Redacted email address]

Julie Gagnon, étudiante à la maîtrise en Sciences Infirmières

## Annexe E – Document de recrutement (courriel de rappel)



# LE TRANSFERT DES CONNAISSANCES EN SOINS DE PLAIES

## UN QUESTIONNAIRE POUR LES INFIRMIÈRES NOUVELLEMENT DIPLÔMÉES TRAVAILLANT DEPUIS MOINS D'UN AN EN SOINS DE COURTE DURÉE

Veuillez ignorer ce courriel si vous avez déjà répondu au questionnaire en ligne.

Ceci est un rappel amical concernant la participation volontaire à une étude ayant pour objectif de décrire les éléments facilitants et les barrières au transfert des connaissances en soins de plaies en début de pratique.

Tu devras répondre à un questionnaire en ligne confidentiel et anonyme d'une durée maximale de 15 minutes. À la fin de celui-ci, tu seras aussi invité(e) à participer à un groupe de discussion.

**En cas de question:**

 [Redacted email address]

En participant tu cours la chance de gagner un guide de poche en soins de plaies !

Merci de ta participation !

**DATE LIMITE :**  
1<sup>er</sup> janvier 2020

**SITE UTILISÉ :**  
Survey Monkey®  
Accesible sur ordinateur, tablette  
ou téléphone intelligent

**CLIQUE SUR LE LIEN CI-DESSOUS POUR PARTICIPER :** <https://fr.surveymonkey.ca/r/6BNVC27>

Julie Gagnon, étudiante à la maîtrise en Sciences Infirmières





## Annexe F – Consentement à participer au groupe de discussion semi-dirigée



Université d'Ottawa  
Faculté des sciences  
de la santé

École des sciences  
infirmières

University of Ottawa  
Faculty of Health  
Sciences

School of Nursing

Transfert des connaissances en soins de plaies : une étude mixte sur les facteurs facilitants et les barrières chez les nouvelles infirmières travaillant en soins hospitaliers de courte durée

### Formulaire de consentement

**Titre du projet :** Transfert des connaissances en soins de plaies : une étude mixte sur les facteurs facilitants et les barrières chez les nouvelles infirmières travaillant en soins hospitaliers de courte durée

**Superviseure :** Michelle Lalonde, Ph.D. Sciences Infirmières, professeure adjointe  
École des Sciences infirmières  
Faculté des Sciences de la santé  
Université d'Ottawa  
(613) 562-5800 poste 1404  
michelle.lalonde@uottawa.ca

**Étudiante :** Julie Gagnon, B.Sc. Sciences Infirmières, étudiante maîtrise  
École des Sciences infirmières  
Faculté des Sciences de la santé  
Université d'Ottawa

*\* Veuillez noter que le féminin inclut le masculin lorsqu'il est question des infirmières.*

**Invitation à participer:** Je suis invité(e) à participer au projet de maîtrise nommé ci-haut qui est mené par Julie Gagnon et Michelle Lalonde et soutenu par l'Université d'Ottawa, les Instituts de Recherche en Santé du Canada et la Fondation des Infirmières et Infirmiers du Canada. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, je dois prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

**But de l'étude:** Les soins des plaies représentent un défi considérable pour les infirmières nouvellement diplômées qui arrivent sur le marché du travail dans les hôpitaux. Cette étude vise à établir un portrait de cette situation et a pour but de tracer le portrait actuel du transfert des connaissances en soins de plaies chez les infirmières nouvellement diplômées travaillant depuis moins d'un an dans des milieux hospitaliers de soins de courte durée. La cueillette des données permettant de dresser un portrait complet se fera en visant les objectifs suivants :

a) décrire les éléments facilitants au transfert des connaissances en soins de plaies chez les infirmières nouvellement diplômées dans le transfert de leurs connaissances en soins de plaies, et

613 562-5473  
613 562-5443  
451 Smyth  
Ottawa ON K1H 8M5 Canada  
www.uOttawa.ca

b) décrire les barrières éprouvées par les infirmières nouvellement diplômées dans le transfert de leurs connaissances en soins de plaies.

**Participation:** Ma participation consistera essentiellement à prendre part à un groupe de discussion d'une durée maximale de 1h30. Le groupe de discussion prendra la forme d'échanges avec d'autres personnes pendant laquelle on me posera des questions permettant d'aborder les sujets suivants: mon parcours professionnel, mes attitudes et perceptions en regard des soins de plaies, le soutien qui m'est offert en soins de plaies ainsi que les éléments facilitants et les barrières rencontrés en soins de plaies en début de pratique. Le groupe de discussion sera animé par l'étudiante chercheuse et fera l'objet d'un enregistrement audio. La séance est prévue pour le [REDACTED] de [REDACTED] h à [REDACTED] h au local [REDACTED] de l'hôpital [REDACTED].

**Risques:** Je comprends que ma participation à cette recherche implique que je fournisse de l'information personnelle et demande de donner de mon temps. Ma participation implique que je pourrais me sentir anxieuse, démontrer un manque de confiance ou me sentir jugée négativement par mes pairs. Pour minimiser ces effets et assurer le confort de chaque participante, l'importance de la confidentialité et de maintenir un environnement respectueux et sécuritaire sera soulignée et expliquée au début du groupe de discussion par l'étudiante chercheuse. En ce sens, je comprends qu'aucun manque de respect ne sera toléré. En cas de besoin, j'ai accès au centre d'aide aux employés.

**Bienfaits:** Ma participation à cette étude aura pour effet de m'offrir une occasion de discuter du défi des soins de plaies en début de pratique. Les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances en soins infirmiers. Il n'y a par ailleurs pas d'autres bénéfices directs.

**Confidentialité et anonymat:** Je comprends que l'étudiante chercheuse n'est pas en mesure d'assurer la confidentialité et l'anonymat au nom des autres participantes prenant part au groupe de discussion. Chaque participante est responsable de la protection de la confidentialité des informations partagées par les autres. Je suis donc libre de raconter à d'autres ce que j'ai dit, mais je n'ai pas le droit de raconter ce que les autres ont dit. **Ainsi, je dois respecter la confidentialité et l'anonymat des autres participantes.** Je m'attends à ce que le contenu ne soit utilisé que pour de tracer le portrait actuel du transfert des connaissances en soins de plaies chez les infirmières nouvellement diplômées. L'anonymat extérieur au groupe de discussion sera garanti en utilisant un pseudonyme de votre choix pendant la rencontre. Ce pseudonyme sera d'ailleurs utilisé pour la transcription du contenu discuté. De plus, les mesures suivantes seront appliquées pour favoriser la confidentialité et l'anonymat des renseignements que je fournirai :

- **l'étudiante chercheuse s'engage à ne diffuser aucune donnée sociodémographique;**
- mon nom n'apparaîtra dans aucun rapport et ne sera transmis à aucune tierce personne;
- l'étudiante chercheuse demandera aux autres participants de ne pas discuter des réponses de chacun en dehors du groupe;
- je ne pourrais être identifié(e) ou reconnu(e) dans les publications scientifiques et rapports auprès des organismes subventionnaires dont l'étude fera l'objet.

**Conservation des données:** Les données recueillies en papier et les bandes audio des entrevues seront conservées de façon sécuritaire. Les bandes audio ainsi que les données transcrites seront conservées en format électronique crypté sur une clé USB protégée par un mot de passe dont seules l'étudiante chercheuse et sa superviseure auront accès. Les données en papier seront gardées sous clé dans un classeur dans le bureau privé de l'étudiante chercheuse dont elle seule a accès. Les bandes audio seront supprimées aussitôt qu'elles sont transcrites. Toutes les autres données seront conservées selon la politique de l'Université d'Ottawa pendant une période de cinq ans après la fin de

l'étude. Les participants seront identifiés par un code numérique et les noms des participants ne seront pas transcrits.

**Compensation:** En guise de remerciement de ma contribution au projet de recherche, la possibilité de faire partie d'un tirage pour avoir la chance de gagner un guide de poche en soins de plaies d'une valeur de 22,50\$ m'est offerte. Toutes les participantes sont invitées à tenter leur chance dans ce tirage, et ce, même si je me retire du projet de recherche.

Deux noms parmi les participants seront choisis au hasard à la fin de chaque discussion de groupe. Pour remporter le prix, cette participante devra répondre à une question qui testera ses habilités. Les chances de remporter un prix vont dépendre du taux de participation. Ce prix ne peut pas être échangé contre un équivalent monétaire. Le prix doit être accepté tel, sinon, j'y renoncerais.

Ce tirage est effectué dans le respect des lois applicables du Canada. Aucune compensation monétaire ou cachet ne sera par ailleurs offert.

**Participation volontaire:** Ma participation à cette étude est volontaire et je suis libre de me retirer en tout temps et/ou refuser de répondre à certaines questions, et ce sans subir de conséquences négatives, représailles ou préjudice et sans avoir à justifier ma décision. Si je choisis de me retirer de l'étude, je préviendrai l'étudiante chercheuse dont les coordonnées sont incluses dans ce document. Si mon retrait précède la mise en commun des données, toutes les données recueillies me concernant seront alors immédiatement détruites. Je comprends toutefois qu'une fois mises en commun, les données recueillies lors de l'entrevue en groupe ne pourront être retirées due à l'interdépendance des celles-ci. Cette étude n'est pas destinée à évaluer ma pratique professionnelle et mes réponses ne seront pas transmises à mon employeur. Mes choix de participation dans l'étude (oui ou non) n'auront aucun effet sur mon emploi.

**Acceptation:** Je, \_\_\_\_\_, accepte de participer à cette étude menée par Julie Gagnon de l'École des Sciences infirmières de la Faculté des Sciences de la santé de l'Université d'Ottawa, laquelle étude est supervisée par Michelle Lalonde. Je m'engage à ne pas divulguer les propos des autres participantes. J'ai lu le formulaire de consentement, j'ai eu l'opportunité de considérer le contenu et les implications de ma participation, et j'ai eu l'occasion de poser toutes questions reliées à ce consentement, et par la présente je signe volontairement.

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, je peux communiquer avec l'étudiante chercheuse ou sa superviseuse.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette étude, je peux m'adresser au Responsable de l'éthique en recherche, Université d'Ottawa, Pavillon Tabaret, 550, rue Cumberland, pièce 154, (613) 562-5387 ou [ethics@uottawa.ca](mailto:ethics@uottawa.ca) ou au Comité d'éthique de la recherche du [REDACTED], ou à l'adresse courriel [REDACTED]. Il y a deux copies du formulaire de consentement, dont une copie que je peux garder.

Signature du participant:

Date:

Signature de l'étudiante chercheuse:

Date:

### Annexe G – Description des dimensions de l'Alberta Context Tool

| Dimension                                     | Définition                                                                                                                                                                                  | Pointage                                                                                         | Alpha de Cronbach |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Leadership                                    | Actions portées par les gestionnaires de l'organisation (ou de l'unité) pour influencer le changement et l'excellence dans la pratique.                                                     | Six questions avec échelle d'accord Likert à 5 points                                            | 0,91              |
| Culture                                       | Manière dont « nous faisons les choses » dans notre organisation et nos unités de travail.                                                                                                  | Six questions avec échelle d'accord Likert à 5 points                                            | 0,80              |
| Rétroaction                                   | Processus qui consiste à utiliser des données pour évaluer les performances d'un groupe ou d'une équipe afin d'obtenir des résultats dans l'organisation ou l'unité.                        | Six questions avec échelle d'accord Likert à 5 points                                            | 0,92              |
| Interactions formelles                        | Échanges formels entre des personnes travaillant au sein d'une même organisation (ou unité) par le biais d'activités planifiées qui peuvent favoriser le transfert de connaissances.        | Quatre questions avec échelle de fréquence Likert à 5 points                                     | 0,80              |
| Interactions informelles                      | Échanges d'informations entre des personnes travaillant au sein d'une même organisation (ou unité) qui peuvent favoriser le transfert des connaissances.                                    | Neuf questions avec échelle de fréquence Likert à 5 points                                       | 0,59              |
| Relations interpersonnelles                   | Les contacts et connexions actives entre les personnes. Ces connexions sont de trois types : celles qui unissent, celles qui lient et celles qui relient.                                   | Six questions avec échelle d'accord Likert à 5 points                                            | 0,80              |
| Ressources structurelles et électroniques     | Éléments structurels et électroniques d'une organisation (ou de l'unité) qui facilitent l'évaluation et l'utilisation des connaissances.                                                    | Dix questions avec échelle de fréquence Likert à 5 points en plus de l'option « non disponible » | 0,80              |
| Facteurs organisationnels : effectif          | Ressources réelles ou potentielles qui permettent à une organisation (ou une unité) de s'adapter avec succès aux pressions internes d'ajustements ou aux pressions externes de changements. | Deux questions à échelle d'accord Likert à 5 points                                              | 0,80              |
| Facteurs organisationnels : espace de travail |                                                                                                                                                                                             | Deux questions à échelle d'accord et une à échelle de fréquence Likert à 5 points                | 0,80              |

|                                   |  |                                                           |      |
|-----------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|------|
| Facteurs organisationnels : temps |  | Quatre questions à échelle de fréquence Likert à 5 points | 0,86 |
|-----------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|------|

## Références

- Squires, J. E., Hayduk, L., Hutchinson, A. M., Mallick, R., Norton, P. G., Cummings, G. G. et Estabrooks, C. A. (2015). Reliability and validity of the Alberta Context Tool (ACT) with professional nurses: Findings from a multi-study analysis. *PLoS One*, 10(6), e0127405. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127405>
- Squires, J. E., Hutchinson, A., Hayduk, L., Cranley, L., Cummings, G., Norton, P. et Estabrooks, C. (2014). *Alberta Context Tool, user manual*. University of Alberta (Knowledge Utilization Studies Program, Faculty of Nursing).

## Annexe H – Permission d'utiliser l'Alberta Context Tool

### Alberta Context Tool® (ACT) Full Use Agreement



The following constitutes an agreement between Julie Gagnon of Université d'Ottawa hereinafter called Researcher and the Knowledge Utilization Studies Program of The University of Alberta, Edmonton, Canada, hereinafter called KUSP.

Conditions of use are located at the end of this document.

#### Researcher Information

If you are a project manager or a project coordinator requesting permission for a project, please fill with information of the Principal Investigator.

Full Name: Julie Gagnon

Date: April 18, 2019

Institution: Université d'Ottawa

Email Address: [REDACTED]

Name of Supervisor (if student): Michelle Lalonde

Full Mailing Address: [REDACTED]

Phone: [REDACTED]

#### Description of Project

Permission will be granted only for the project described in this agreement, as outlined below

#### Name of research project or thesis

Étude descriptive sur le transfert des connaissances en soins de plaies chez les infirmières nouvellement diplômées travaillant dans les hôpitaux [REDACTED]

#### Description of project

La problématique met en lumière à quel point le transfert des connaissances en soins de plaie représente un défi en début de pratique, mais plusieurs questions demeurent sans réponses. Selon Gillespie et al. (2014), il est essentiel de commencer par identifier les obstacles et les facilitateurs au transfert de connaissances. Alors qu'en est-il des moyens utilisés dans les hôpitaux du Québec pour soutenir le transfert des connaissances en soins de plaie des infirmières nouvellement diplômées? Quelle place occupent les soins de plaie dans l'orientation des nouvelles infirmières dans les hôpitaux du Québec et quel suivi est offert sur la mise en application des protocoles qui y sont reliés? Comment se sentent-elles en regard de leur responsabilité professionnelle en soins de plaie pendant leur début de pratique? Ces questions reflètent des besoins de savoirs actuels et utiles à la profession infirmière. Pour y répondre, une recherche de niveau maîtrise ayant pour but de décrire le transfert des connaissances en soins de plaies chez les IND travaillant dans les hôpitaux du Québec depuis un an ou moins est suggérée. La cueillette des données permettant de dresser un portrait



exhaustif dans les hôpitaux québécois se fera à l'aide d'un devis mixte en visant les objectifs suivants :

- (a) identifier les moyens utilisés par la direction des soins infirmiers (DSI) pour soutenir le transfert des connaissances en soins de plaie en début de pratique,
- (b) vérifier de quelle(s) façon(s) les soins de plaies sont intégrés dans l'orientation des IND et
- (c) explorer les difficultés éprouvées par les IND dans leur pratique en soins de plaies.

Collecte de données quantitative auprès des infirmières cadres responsables de l'orientation/intégration des nouvelles infirmières.

**Anticipated start date:** May 1, 2019

**Anticipated completion date:** September 1, 2019

**Projected size of research sample:** 10

### ACT Survey Requested

Please check one that most applies. If you check multiple items only one version will be sent for preview. Most differences between the different versions of the surveys are in the stems and demographics.

#### Please indicate the survey version that you require

- ☒ Acute Care (Adults) – *\*French version*
- ☐ Acute Care (Pediatrics)
- ☐ Long Term Care
- ☐ Home Care

#### Please indicate the survey form that you require

- ☒ Nurses (RNs/LPNs)
- ☒ ~~Managers~~
- ☐ Practice Specialists (e.g., Clinical Educator, Quality Improvement Specialist)
- ☐ Allied Health Care Providers

### Conditions of Use

After completion of the **ACT Full Use Permission Agreement** you will agree to the following:

The Knowledge Utilization Studies Program (KUSP) will provide the researcher with a copy of the Alberta Context Tool (ACT). The researcher is responsible for the reproduction of ACT, the distribution of the survey, and the collection of data.

The researcher will retain full rights to the data for publication. On completion of the study the researcher will forward a digital copy of the ACT and demographic data from their study. These data will be used to assess the psychometric properties of the ACT and to build the ACT's normative record on an ongoing basis. KUSP will retain rights to use these data within analyses of its larger ACT data set but will not publish analyses based on these data alone.

The data should be received within one year of project completion and submitted as follows:

- in Excel format
- with documentation (i.e., codebook)

- by secure courier on a DVD (DVD-R format) OR uploaded to the KUSP secure data site (by arrangement with the KUSP Data Manager)

The researcher will not distribute ACT to any other party. The text will not be copied in any publication, research reports, or theses arising from the research.

The researcher will not adapt or modify the ACT without permission.

Permission to use ACT is granted solely for the project described in the Full Use Permission Agreement between KUSP and the researcher and is not transferable to other researchers or projects.

If the ACT will be distributed in a language other than English, professional translation and back translation from English to the second language is required. Consultation with Dr Estabrooks during and following completion of the back translation must precede use of the tool. All costs associated with translation and back translation are the responsibility of the requesting researcher. The translated version of ACT will become the property of Dr Estabrooks who will provide it, where requested, to other researchers under the same conditions as have been outlined above.

All copies of ACT must include the following text:

© Carole A Estabrooks, 2007 All rights reserved. No part of this instrument may be produced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means without the prior written permission of the copyright owner.

### Conditions of Use Agreement

The Researcher agrees to abide by the terms of this agreement.

- ☒ Agree  
☐ Disagree

### Approval by KUSP



Dr Carole A Estabrooks

8-5-19

Date



### Annexe I – Troisième partie du questionnaire en ligne

Ajouts en fin de questionnaire (section non *Alberta Context Tool*) :

1-Combien de temps a duré l'ensemble de votre orientation (incluant les rencontres en groupe et l'orientation sur votre unité)? Indiquez votre réponse en nombre de semaines.

\_\_\_\_\_ semaines

2-Est-ce que le sujet des soins de plaies a été abordé pendant votre orientation?

- Oui (allez à la question 4) • Non

3-Si non, est-ce qu'une formation en soins de plaies vous a été offerte pendant votre orientation mais en-dehors des heures de travail (exemple : formation en ligne ou autres) ?

- Oui • Non

4-Si oui, combien d'heures y ont été accordées ?

- 1h à 4h
- 5h à 8h
- 9h à 12h
- 13h à 16h
- Plus de 16h

5-Si vous avez reçu une formation en début de pratique, est-ce que cette formation a été suffisante pour vous préparer à prodiguer des soins de plaies?

• Oui • Non • Non-applicable • Commentaires

6-Est-ce que vous avez accès à suffisamment de ressources de soins de plaies?

• Oui • Non • Commentaires

7-Devant une situation clinique en soins de plaie, à combien situez-vous votre niveau de confiance personnelle?

Pas du tout confiant(e)

Fortement confiant(e)

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

8-À combien situez-vous votre niveau de connaissances en lien avec les soins de plaies?

Très faible

Très élevé

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

9-Pour terminer, avez-vous des commentaires ou suggestions à ajouter?

**Annexe J – Questionnaire d’appréciation pour la préexpérimentation des questions  
spécifiques aux soins de plaies en début de pratique**

1-Combien de minutes avez-vous prises pour compléter le questionnaire?

\_\_\_\_\_ minutes

2- Est-ce que toutes les questions étaient claires?

- Oui • Non (indiquez les correctifs à apporter dans la case commentaires)

Commentaires:

3- L'ordre des questions était-il adéquat?

- Oui • Non (indiquez les correctifs à apporter dans la case commentaires)

Commentaires:

4- Des questions devraient-elles être modifiées ou améliorées?

- Oui (indiquez les correctifs à apporter dans la case commentaires) • Non

Commentaires:

5- Le niveau de langage était-il adéquat?

- Oui • Non (indiquez les correctifs à apporter dans la case commentaires)

Commentaires:

6- Quel appareil avez-vous utilisé pour compléter le sondage?

Téléphone intelligent / Tablette / Ordinateur (*menu déroulant*)

7- Avez-vous rencontré des problèmes informatiques?

- Oui (indiquez les détails dans la case commentaires) • Non

Commentaires:

8- Pour terminer, avez-vous des commentaires ou suggestions à ajouter suite à l'essai du questionnaire ?

## Annexe K – Guide d’entrevue

### Présentation

Bonjour,

Je m’appelle Julie Gagnon et je suis étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l’Université d’Ottawa. Nous nous rencontrons dans le contexte d’une étude descriptive sur le transfert des connaissances en soins de plaies chez les infirmières nouvellement diplômées travaillant en soins de courte durée.

Au cours de l’entretien, j’aimerais que nous abordions les thèmes suivants : votre parcours professionnel, vos attitudes et perceptions en regard des soins de plaies, le soutien qui vous est offert en soins de plaies ainsi que les éléments facilitants et les barrières rencontrés en soins de plaies en début de pratique.

Avant de débiter, je dois obtenir votre consentement à participer à cette étude. Vous avez reçu le consentement par courriel. Nous allons le relire ensemble (*distribution, lecture à voix haute, signature, remise, début de l’enregistrement*).

N’hésitez pas à lever votre main si vous avez des questions, besoin de précision ou si vous souhaitez intervenir tout au long de la discussion. D’abord, j’aimerais en apprendre un peu plus sur vous.

### Parcours professionnel

- Décrivez votre formation.
- Depuis combien de temps travaillez-vous en tant qu’infirmière?
- Êtes-vous présentement en période d’orientation?

Nous entrons maintenant dans le sujet des soins de plaie.

## Soins de plaies

### Attitudes et perceptions

| Questions principales                                                                                                          | Questions complémentaires<br>(si nécessaires)                                                                                                                                                           | Questions de clarification<br>(si nécessaires)                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| - Quelle est la perception de votre rôle en soins de plaies?                                                                   | - Quelle importance accordez-vous à ce rôle?<br>Sur une échelle de 1 pas important à 10 très important? Justifier votre choix.<br><br>- Que pensez-vous de la pratique basée sur les données probantes? | - Pouvez-vous m'en dire un peu plus?<br><br>- Pouvez-vous m'en dire davantage? |
| - Que veut dire pour vous l'activité réservée de notre champ d'exercice « déterminer le plan de traitement relié aux plaies »? | - Comment vous sentez-vous devant la responsabilité professionnelle des soins de plaies?<br><br>- Quelle place occupez-vous dans les soins de plaies en tant qu'infirmière?                             |                                                                                |

### Soutien offert au transfert des connaissances en début de pratique

| Questions principales                                                                                                                                                                                                                                                    | Questions complémentaires<br>(si nécessaires)                                                                                                                                                                                                                   | Questions de clarification<br>(si nécessaires)                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - Pouvez-vous me parler du soutien qui vous a été offert ou qui vous est présentement offert en soins de plaies pendant votre orientation?<br>OU<br>- De quelle(s) façon(s) obtenez-vous du soutien dans votre milieu de travail pour votre pratique en soins de plaies? | - Quel a été l'impact de la formation reçue pendant l'orientation de groupe (s'il y a lieu)?<br><br>- Comment est-il possible pour vous d'obtenir du soutien en soins de plaies?<br><br>- Que faites-vous lorsque vous avez besoin d'aide ou avez une question? | - Pouvez-vous m'en dire un peu plus?<br><br>- Pouvez-vous m'en dire davantage?<br><br>- Pouvez-vous me donner des exemples? |
| - Quels sont vos besoins de soutien au sujet des soins de plaies?                                                                                                                                                                                                        | - Ceux-ci sont-ils comblés?<br>- Si non, de quelle(s) façon(s) pourraient-ils être comblés?                                                                                                                                                                     |                                                                                                                             |

### Éléments facilitants et obstacles rencontrés en soins de plaies en début de pratique

| Questions principales                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Questions complémentaires (si nécessaires)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Questions de clarification (si nécessaires)                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles sont les obstacles ou les difficultés rencontrées à travers votre démarche clinique lorsque vous avez eu à intervenir en présence d'une plaie?</li> </ul>                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels sont les problèmes auxquels vous avez fait face?</li> <li>- À quelle étape du processus cela s'est-il produit?</li> <li>- Quels ont été les obstacles rencontrés lorsque vous vouliez appliquer les connaissances apprises dans votre formation?</li> <li>- Quels ont été les obstacles rencontrés lorsque vous vouliez appliquer les bonnes pratiques?</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouvez-vous m'en dire un peu plus?</li> <li>- Pouvez-vous m'en dire davantage?</li> <li>- Pouvez-vous me donner des exemples?</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels sont les éléments qui facilitent vos en soins de plaies?</li> </ul> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selon vous, quels éléments dans votre pratique feraient partie d'un « monde idéal » pour l'octroi de soins de plaies de qualité?</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels ont été les éléments facilitants lorsque vous voulez appliquer vos connaissances sur le sujet?</li> <li>- Quels sont les éléments facilitants lorsque vous donnez des soins selon les pratiques exemplaires?</li> </ul>                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                   |

### Conclusion

| Questions principales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Questions complémentaires (si nécessaires)                                          | Questions de clarification (si nécessaires)                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce que vous avez d'autres commentaires ou ajouts?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que pensez-vous de cette étude?</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouvez-vous m'en dire un peu plus ?</li> <li>- Pouvez-vous m'en dire davantage ?</li> <li>- Pouvez-vous me donner des exemples?</li> </ul> |
| <p>Je vous remercie de votre participation à ce groupe de discussion. L'enregistrement se termine ici. Je vous rappelle l'importance de conserver l'information divulguée aujourd'hui confidentielle. Nous procéderons maintenant au tirage de deux guides de poche en soins de plaies. Merci de votre précieuse collaboration et n'hésitez pas à me contacter par courriel en cas de questionnement ou de désistement.</p> |                                                                                     |                                                                                                                                                                                     |

## Annexe L – Certificat éthique du CISSS

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux

Québec



Présidence-direction générale adjointe – secteur recherche

PAR COURRIEL

Le 24 septembre 2019

Madame Julie Gagnon  
Université d'Ottawa  
École des Sciences Infirmières  
Pavillon Guindon, RGN 3051  
451, rue Smyth  
Ottawa (Ontario) K1H 8M5

**Objet : Résultat positif de l'examen éthique et de l'examen scientifique du projet de recherche [REDACTED]**  
**Transfert des connaissances en soins de plaies : une étude mixte sur les facteurs facilitants et les barrières chez les nouvelles infirmières travaillant en soins hospitaliers de courte durée**  
**Université d'Ottawa**

Madame,

Le comité d'éthique de la recherche (CER) du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) [REDACTED] qui agit comme CER évaluateur pour le projet de recherche mentionné en titre, déclare par la présente que le résultat de l'examen éthique de ce projet de recherche est positif.

Le document joint en annexe à la présente lettre :

- décrit comment notre CER a procédé pour effectuer l'examen éthique de ce projet;
- identifie la version des documents décrivant la recherche qui ont été approuvés par notre CER;
- indique les moyens passifs qui ont été établis pour le suivi éthique continu de la recherche.

Notre CER confirme également qu'il a effectué l'examen scientifique du projet conformément au mandat qu'il a reçu à cet effet et que le résultat de cet examen scientifique est positif.

Comme le prévoit l'article 11.1 du *Cadre de référence des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux* (RSSS) pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement, vous pouvez déposer une copie de la présente lettre de notre CER auprès des établissements publics du RSSS à qui vous demanderez l'autorisation de réaliser la recherche dans leurs murs ou sous leurs auspices.

...2

[REDACTED]



-2-

Si un établissement vous demande d'apporter des modifications administratives à la version finale d'un document qui a été approuvé par notre CER, veuillez vous entendre avec cet établissement pour que notre CER reçoive une copie du document modifié indiquant clairement les modifications apportées.

Sur demande d'un établissement qui a autorisé la réalisation de cette recherche, nous lui fournirons les extraits de nos procès-verbaux se rapportant à ce projet.

Si la réalisation de cette recherche se poursuit pendant plus d'un an, notre CER en confirmera l'acceptabilité éthique chaque année. L'approbation du CER est valide jusqu'au **24 septembre 2020** et devra être renouvelée avant cette date, selon les instructions du CER du CISSS [REDACTED] disponibles au [https://www.\[REDACTED\]](https://www.[REDACTED])

Le cadre de référence établi, à l'article 11.2, que vous pouvez fournir une copie de la présente lettre à un autre chercheur qui veut demander à son établissement l'autorisation d'y mener la même recherche. Lorsque vous fournirez ainsi une copie de cette lettre, veuillez :

- 1) rappeler au chercheur qu'il doit, si ce n'est déjà fait :
  - s'identifier et identifier son établissement auprès de notre CER;
  - fournir à notre CER les documents démontrant sa compétence pour la réalisation du projet;
  - fournir à notre CER l'information utile, au sujet des populations et des conditions locales, qui serait susceptible d'avoir une incidence sur l'évaluation de l'acceptabilité éthique du projet de recherche.
- 2) indiquer à ce chercheur qu'il devra collaborer avec l'équipe de recherche du CISSS [REDACTED] pour fournir les informations requises pour produire le rapport d'étape sur le déroulement du projet dans les délais requis pour procéder au renouvellement annuel du projet.

L'omission par le chercheur d'un établissement de déposer ce rapport ne compromettra pas le renouvellement annuel de l'approbation éthique couvrant l'ensemble de ce projet de recherche. Notre CER évaluateur pourrait cependant demander à la personne qui a autorisé la réalisation de la recherche dans cet établissement de suspendre l'autorisation donnée à un chercheur qui n'a pas déposé le rapport d'étape demandé. Un délai supplémentaire pourrait toutefois être accordé aux chercheurs pour l'obtention du renouvellement annuel pour les projets n'ayant pas soulevé de problématique particulière. L'octroi de ce délai est à la discrétion du président du CER évaluateur, ou de son suppléant, le cas échéant.

-3-

Le CER du CISSS [REDACTED] est désigné par le gouvernement du Québec (MSSS) et adhère aux directives publiées dans l'*Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* (2014). Le comité adhère aux exigences édictées pour les comités d'éthique de la recherche, Partie C, Titre 5 du *Règlement sur les aliments et drogues* (C.R.C. ch. 870). Son fonctionnement est également conforme aux standards internationaux, notamment les lignes directrices de la conférence internationale sur l'harmonisation (ICH) adoptées par Santé Canada : *Les bonnes pratiques cliniques : directives consolidées*.

Veuillez accepter, Madame, nos meilleures salutations.

---

Président du comité d'éthique de la recherche

p.j. Annexe décrivant la teneur de l'examen éthique effectué et des moyens fixés pour le suivi éthique continu

## Annexe M – Certificat éthique de l'Université d'Ottawa

12/08/2019

**Université d'Ottawa**  
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

**University of Ottawa**  
Office of Research Ethics and Integrity

### CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE | CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL

**Numéro du dossier / Ethics File Number**

H-06-19-4087

**Titre du projet / Project Title**

Transfert des connaissances en  
soins de plaies : une étude mixte  
sur les facteurs facilitants et les  
barrières chez les nouvelles  
infirmières travaillant en soins  
hospitaliers de courte durée,  
Mémoire de maîtrise / Master's  
major research paper

**Type de projet / Project Type**

Approuvé / Approved

**Statut du projet / Project Status**

**Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)**

12/08/2019

**Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)**

11/08/2020

### Équipe de recherche / Research Team

**Chercheur / Researcher Affiliation**

**Role**

Julie GAGNON

École des sciences infirmières / School of Nursing

Chercheur Principal / Principal Investigator

Michelle LALONDE

École des sciences infirmières / School of Nursing

Superviseur / Supervisor

**Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments**

550, rue Cumberland, pièce 154 550 Cumberland Street, Room 154  
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • [ethique@uOttawa.ca](mailto:ethique@uOttawa.ca) / [ethics@uOttawa.ca](mailto:ethics@uOttawa.ca)  
[www.recherche.uottawa.ca/deontologie](http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie) | [www.recherche.uottawa.ca/ethics](http://www.recherche.uottawa.ca/ethics)

12/08/2019

## Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

## University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Université d'Ottawa, opérant conformément à l'*Énoncé de politique des Trois conseils* (2014) et toutes autres lois et tous règlements applicables, a examiné et approuvé la demande d'éthique du projet de recherche ci-nommé.

L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales ou Commentaires". Le formulaire « Renouvellement ou Fermeture de Projet » doit être complété quatre semaines avant la date d'échéance indiquée ci-haut afin de demander un renouvellement de cette approbation éthique ou afin de fermer le dossier.

Toutes modifications apportées au projet doivent être approuvées par le CÉR avant leur mise en place, sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques du projet. Les chercheurs doivent aviser le CÉR dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou pouvant affecter considérablement le déroulement du projet, rapporter tout événement imprévu ou indésirable et soumettre toute nouvelle information pouvant nuire à la conduite du projet ou à la sécurité des participants.

The University of Ottawa Research Ethics Board, which operates in accordance with the *Tri-Council Policy Statement* (2014) and other applicable laws and regulations, has examined and approved the ethics application for the above-named research project.

Ethics approval is valid for the period indicated above and is subject to the conditions listed in the section entitled "Special Conditions or Comments". The "Renewal/Project Closure" form must be completed four weeks before the above-referenced expiry date to request a renewal of this ethics approval or closure of the file.

Any changes made to the project must be approved by the REB before being implemented, except when necessary to remove participants from immediate endangerment or when the modification(s) only pertain to administrative or logistical components of the project. Investigators must also promptly alert the REB of any changes that increase the risk to participant(s), any changes that considerably affect the conduct of the project, all unanticipated and harmful events that occur, and new information that may negatively affect the conduct of the project or the safety of the participant(s).

Germain ZONGO

Responsable d'éthique en recherche / Protocol Officer

Pour/For **Daniel LAGAREC** Président(e) du/ Chair of the **Comité d'éthique de la recherche en sciences sociales et humanités / Social Sciences and Humanities Research Ethics Board**

550, rue Cumberland, pièce 154    550 Cumberland Street, Room 154  
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada    Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • [ethique@uOttawa.ca](mailto:ethique@uOttawa.ca) / [ethics@uOttawa.ca](mailto:ethics@uOttawa.ca)  
[www.recherche.uottawa.ca/deontologie](http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie) | [www.recherche.uottawa.ca/ethics](http://www.recherche.uottawa.ca/ethics)

## Annexe N – Consentement implicite à participer au questionnaire en ligne

Université d'Ottawa | University of Ottawa

### Transfert des connaissances en soins de plaies : une étude mixte sur les facteurs facilitants et les barrières chez les nouvelles infirmières travaillant en soins hospitaliers de courte durée

Superviseure : Dre Michelle Lalonde, Ph.D. Sciences Infirmières, professeure adjointe  
École des Sciences infirmières  
Faculté des Sciences de la santé  
Université d'Ottawa  
(613) 562-5800 poste 1404  
[michelle.lalonde@uottawa.ca](mailto:michelle.lalonde@uottawa.ca)

Étudiante : Julie Gagnon  
École des Sciences infirmières  
Faculté des Sciences de la santé  
Université d'Ottawa  
[Redacted]

*\* Veuillez noter que le féminin inclut le masculin lorsqu'il est question des infirmières.*

Invitation : En tant qu'infirmière nouvellement diplômée, vous êtes invitée à participer au projet de maîtrise nommé ci-haut qui est mené par Julie Gagnon et soutenu par l'Université d'Ottawa, les Instituts de Recherche en Santé du Canada et la Fondation des Infirmières et Infirmiers du Canada. Le questionnaire porte sur les caractéristiques socioprofessionnelles, les éléments facilitants et les barrières au transfert des connaissances dans votre organisation ainsi que la place des soins de plaies dans l'orientation.

Participation volontaire: Si vous acceptez de participer à ce projet, je vous demanderai de remplir et soumettre le questionnaire ci-joint. Ceci devrait vous prendre 15 minutes. Le fait de remplir et soumettre ce questionnaire indique votre acceptation de participer à ce projet. Veuillez SVP remplir et soumettre le questionnaire pour le 1<sup>er</sup> décembre 2019. Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer et/ou refuser de répondre à certaines questions, sans subir de conséquences négatives. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment sans conséquence, en fermant la fenêtre de votre navigateur web sans terminer le questionnaire. Les données seront alors automatiquement effacées. Toutefois, lorsque vous aurez rempli et soumis le questionnaire, il sera impossible de détruire les données puisqu'aucune information permettant d'identifier les personnes participantes n'aura été recueillie.

Objectif: Les soins des plaies représentent un défi considérable pour les infirmières nouvellement diplômées qui arrivent sur le marché du travail dans les hôpitaux. Cette étude vise à établir un portrait de cette situation et a pour but de tracer le portrait actuel du transfert des connaissances en soins de plaies chez les infirmières nouvellement diplômées travaillant depuis moins d'un an dans les milieux de soins de courte durée. La cueillette des données permettant de dresser un portrait complet se fera en visant les objectifs suivants :

- (a) décrire les éléments facilitants au transfert des connaissances en soins de plaies chez les infirmières nouvellement diplômées dans le transfert de leurs connaissances en soins de plaies, et
- b) décrire les barrières éprouvées par les infirmières nouvellement diplômées dans le transfert de leurs connaissances en soins de plaies.

Avantages: Notez qu'il n'y a pas d'avantages directs liés à votre participation dans cette étude. Les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances en soins infirmiers.

Désavantages: Votre participation à l'étude ne comporte aucun inconvénient ou risque significatifs, si ce n'est le

*Version du 2019-09-13*

fait de donner de votre temps.

**Confidentialité et anonymat:** L'information que vous partagerez restera strictement confidentielle. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite de l'étude seront recueillis. Le contenu ne sera utilisé que pour tracer le portrait actuel du transfert des connaissances en soins de plaies chez les infirmières nouvellement diplômées travaillant dans les hôpitaux du [REDACTED] et seules les personnes suivantes y auront accès : Julie Gagnon et Michelle Lalonde. Afin de minimiser les risques d'atteinte à votre sécurité et pour assurer votre confidentialité nous vous recommandons d'utiliser des mesures de sécurité standard, telles que mettre fin à la session, fermer votre navigateur Internet et verrouiller votre écran ou appareil lorsque vous avez terminé le questionnaire. L'adresse IP et votre courriel ne seront pas inclus dans les données et aucun fichier témoin (cookie) ne sera inscrit sur votre ordinateur.

Votre identité sera protégée de la façon suivante : aucune information permettant de vous identifier ne sera recueillie. **Donc l'étudiante chercheuse s'engage à ne diffuser aucune donnée sociodémographique.** Votre anonymat sera alors garanti, car nous ne vous demandons pas votre nom ou autre information permettant de vous identifier. Les données de cette étude pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques sans qu'aucun participant ne soit identifié ou reconnu.

**Conservation des données:** Les données recueillies seront conservées de façon sécuritaire dans un fichier web crypté protégé par un mot de passe dont seules l'étudiante chercheuse et sa superviseure auront accès. Les données recueillies seront conservées pendant 5 ans après la fin de l'étude puis détruites. Les informations concernant les mesures de sécurité du site de sondage peuvent être consultées à l'adresse suivante : <https://fr.surveymonkey.com/mp/legal/security/>

**Compensation:** Pour vous remercier de votre contribution au projet de recherche, nous vous offrons la possibilité de faire partie d'un tirage pour avoir la chance de gagner un guide de poche en soins de plaies d'une valeur de 22,50\$. Tous les participants sont invités à tenter leur chance dans ce tirage même s'ils se retirent du projet de recherche. Trois noms parmi ceux qui ont fourni l'information nécessaire pour participer au tirage seront choisis au hasard le 2 décembre 2019, et les gagnants seront informés par courriel. Pour remporter le prix, ils devront répondre à une question qui testera leurs habiletés. Si nous ne sommes pas en mesure d'entrer en contact avec un participant pigé dans les 14 jours suivants le tirage, un second nom sera pigé et le détenteur de la seconde place aura à son tour la chance de remporter le prix, ainsi de suite jusqu'à ce que le prix trouve preneur. Les chances de remporter un prix vont dépendre du taux de participation. Ce prix ne peut pas être échangé contre un équivalent monétaire. Le prix doit être accepté tel, sinon, vous y renoncerez. Le nom et courriel que vous inscrivez au tirage serviront de référence pour vous contacter dans la mesure où vous êtes le gagnant du tirage. Les coordonnées dont vous nous faites part seront maintenues confidentielles et détruites une fois que le prix sera attribué. Ce tirage est effectué dans le respect des lois applicables du Canada. Aucune compensation monétaire ou cachet ne sera par ailleurs offert.

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, vous pouvez communiquer avec l'étudiante chercheuse ou la superviseure aux numéros indiqués ci-haut.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette étude, vous pouvez vous adresser au Responsable de l'éthique en recherche à l'Université d'Ottawa, 550, rue Cumberland, pièce 154, (613) 562-5387 ou [ethique@uottawa.ca](mailto:ethique@uottawa.ca) ou au Comité d'éthique de la recherche du CISSS [REDACTED] au [REDACTED], ou à l'adresse courriel [REDACTED].

Veuillez conserver cette feuille d'information pour vos dossiers.

Julie Gagnon (signature-date)





## Annexe O – Accusé de réception de la revue *Revue francophone internationale de recherche infirmière*

Courriel University of Ottawa | Université d'Ottawa - REFIRI - Accuse de reception de votre manuscrit

20-06-28 17:00



Julie Gagnon [REDACTED]

### REFIRI - Accuse de reception de votre manuscrit

1 message

**Recherche Infirmière** <em@editorialmanager.com>  
Répondre à : Recherche Infirmière <refiri.journal@elsevier.com>  
À : Julie Gagnon [REDACTED]

28 juin 2020 à 14 h 33

ELSEVIER EDITORIAL SYSTEM

Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière

Titre : Étude descriptive des facilitateurs et des obstacles dans le transfert des connaissances en soins de plaies chez des infirmières nouvellement diplômées travaillant au Québec

Auteur correspondant : Mme Julie Gagnon

Cher(e) Mme Gagnon,

Nous avons bien reçu votre article intitulé :

"Étude descriptive des facilitateurs et des obstacles dans le transfert des connaissances en soins de plaies chez des infirmières nouvellement diplômées travaillant au Québec"

Cet article sera rapidement soumis au comité de rédaction et nous vous ferons parvenir son avis dans les meilleurs délais.

Vous pouvez suivre l'évolution de votre article en consultant le site EES.

Merci de vous connecter au site de la revue <https://www.editorialmanager.com/refiri/> en tant qu'auteur (en cliquant sur "log in").



Puis cliquez sur Author Login.

En vous remerciant de votre confiance, et de l'intérêt que vous portez à la revue.

Bien cordialement,

La Rédaction  
Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière