

Travail de Bachelor

Schirlin Olivier, Professeur HES

Fleury Noémie, Thönnès Cindy, Wüthrich Lauriane

Evidence-Based Nursing or not ?

**Facteurs facilitateurs et obstacles à la connaissance, l'utilisation
et l'implémentation de l'*EBN*.**

03 juillet 2015

Table des matières

Table des matières	i
Résumé	v
Problématique	vi
Concepts abordés	vi
Méthode	vii
Résultats	vii
Conclusion	viii
Mots-clés	viii
Remerciements	ix
Introduction	1
1.1. Nature du travail de Bachelor	2
1.2. Plan	5
Problématique	7
2.1. Questionnement initial	8
2.2. Les 4 métaparadigmes	10
2.3. Les savoirs infirmiers	12
2.4. Revue exploratoire	15
2.4.1. Rencontre avec un professionnel	15
2.4.2. Revue exploratoire de la littérature	17

2.4.7. Recueil d'avis.....	21
2.5. Concepts retenus.....	26
2.6. Perspectives pour la pratique.....	27
Concepts et champs disciplinaire infirmier	29
3.1. Définitions des concepts.....	30
3.1.1. EBP / EBM / EBN.....	30
3.1.2. Innovation.....	31
3.2. Cadre théorique.....	33
3.2.1. Présentation du modèle d' <i>IOWA</i>	34
3.2.2. Métaparadigme infirmier	38
Méthode	39
4.1. Question PICO.....	40
4.2. Mots-clés et descripteurs.....	42
4.3. Sélection des articles.....	43
Synthèse des résultats	47
5.1. Facteurs facilitateurs.....	48
5.1.1. Facteurs institutionnels.....	48
5.1.2. Facteurs individuels.....	52
5.2. Facteurs obstruants	55

5.2.1. Facteurs institutionnels.....	55
5.2.2. Facteurs individuels.....	58
5.3. Perspectives pour la pratique.....	61
Conclusion	64
6.1. Apports du travail de Bachelor.....	65
6.2. Limites.....	66
6.3. Perspectives pour la recherche	67
Appendices	69
Liste de références	140

Résumé

Problématique

Dans le contexte actuel, il est demandé aux professionnels de la santé de prodiguer des soins aux patients qui soient de la meilleure qualité possible. Dans ce sens, les soignants devraient être en réflexion constante en ce qui concerne leur pratique. C'est en outre l'une des utilités principale de l'*Evidence-Based Nursing (EBN)*, car cette pratique permet de justifier les actions en leur attribuant des arguments pertinents. Or, la littérature, les avis des professionnels et nos expériences personnelles démontrent encore une faible utilisation des résultats de recherche. Ce travail a donc pour but d'identifier les différents facteurs obstruants et facilitateurs à l'usage des études probantes ainsi que leur influence au sens large du terme. La perspective du maniement de l'*EBN* dans l'exercice quotidien des infirmières permettrait de faire évoluer la profession, et ceci au bénéfice des patients grâce à la prise en soins globale et optimale ainsi générée.

Concepts abordés

Les différents concepts retenus en lien avec ce travail ont été les suivants : *Evidence-Based Practice (EBP)* en raison de l'applicabilité directe de nos résultats dans la pratique, *Evidence-Based Nursing (EBN)* en lien avec le sujet de notre problématique et finalement *Evidence-Based Medicine (EBM)* pour sa relation proche avec l'*EBN*. Le concept de l'innovation est également abordé étant donné sa correspondance avec le principe de l'*EBN* pour la promotion des meilleures qualités de soins.

Aussi, le modèle d'*IOWA* est utilisé comme cadre de référence pour la mise en lien de ces différents concepts.

Méthode

La méthode utilisée pour l'élaboration de ce travail a premièrement été de poser une question de type PICO. Ceci nous a permis de faire notre requête dans les bases de données CINAHL, PubMed, MEDLINE, Cochrane, PsychInfo et JBI. La sélection des articles s'est effectuée selon les critères suivants : parution datant de moins de 10 ans et disponibilité du texte intégral. Les 12 articles retenus se trouvent à un niveau de preuve élevé. Ils ont été analysés à l'aide de la grille de lecture adaptée de Fortin (2010).

Résultats

La synthèse des résultats met en évidence des barrières et des facteurs facilitateurs à l'implémentation de l'EBN dans la pratique. Ils sont principalement classés dans deux sous-ensembles, à savoir les facteurs institutionnels et individuels. Dans le premier ressort essentiellement le financement, le soutien de l'institution et des directeurs ainsi que leur intérêt envers l'*EBP* ou l'*EBN*. Dans le second, sont avancées les notions d'attitude, de compétences et de formation pour favoriser l'utilisation de la recherche.

Conclusion

Nous remarquons que l'*EBN* n'est encore que très peu présent dans les institutions de soins.

Il est pertinent de mettre en évidence les barrières et facteurs facilitateurs. Cela montre que les infirmières ont encore des défis à relever pour faire accepter cette pratique dans les institutions non promotrices de l'*EBN*. Il est donc important de valoriser et d'intégrer cette pratique au sein des écoles, dans les formations en soins infirmiers ainsi que dans les établissements de santé.

Mots-clés

EBN, *EBP*, infirmières, utilisation des résultats de recherches, pratique, implémentation, innovation, barrières, facteurs facilitateurs, modèle d'*IOWA*.

Remerciements

Nous tenons à remercier sincèrement toutes les personnes qui ont, de près ou de loin, apporté leur contribution à la réalisation de notre Travail de Bachelor, qui met un terme à nos études.

Nos premiers remerciements sont destinés à notre directeur de Travail de Bachelor, Monsieur Olivier Schirlin, qui nous a apporté de précieux conseils, nous a guidés tout au long de la démarche, et qui nous a poussés dans nos réflexions pour la rédaction de ce document.

Nous remercions aussi Monsieur Gilbert Bernard qui a participé à notre travail en proposant la thématique que nous avons choisie, et également pour nous avoir donné son avis au cours de la réaction de ce document.

Nous faisons de même pour toutes les infirmières de l'Hôpital du Jura qui ont pris le temps de répondre à notre questionnaire, et qui nous ont ainsi permis de nous faire une idée plus précise de la situation dans notre canton.

Nous adressons également nos remerciements à nos correcteurs d'orthographe et de syntaxe, Monsieur Albert Wüthrich et Madame Mégane Willemin. Merci à eux d'avoir relu notre travail et d'y avoir amené leurs compétences.

De par l'accessibilité aux bases de données scientifiques, la mise à disposition des locaux et l'enseignement dispensé, la Haute école de santé ARC a fortement contribué à l'élaboration ainsi qu'à l'aboutissement de ce travail.

Un merci particulier à Madame Véronique Erard, bibliothécaire, qui nous a beaucoup aidées dans la recherche de divers articles ou ouvrages de référence utiles pour notre travail.

Nous remercions notre famille ainsi que nos collègues et amis qui nous ont soutenues et motivées tout au long de la réalisation.

Pour terminer, nous souhaitons nous remercier nous-mêmes, car nous avons été une équipe soudée, sachant se soutenir et se motiver, malgré les difficultés rencontrées lors de la rédaction de notre Travail de Bachelor.

Merci à vous, lecteurs, pour l'intérêt porté à ce travail.

Introduction

1.1. Nature du travail de Bachelor

Dans l'avant-projet de la loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan, 2013), il est cité qu'à la fin de notre formation Bachelor en soins infirmiers, nous devons être capables, sous notre propre responsabilité et conformément aux bonnes pratiques de la profession, de fournir des services de qualité dans le domaine de la santé. Nous devons également être en mesure d'appliquer de nouvelles connaissances scientifiques dans l'exercice de notre profession et mener une réflexion permanente sur nos aptitudes ainsi que les actualiser tout au long de la vie. Il est aussi spécifié que nous devons être capables de déterminer si les prestations que nous fournissons sont efficaces, adéquates et économiques. Nous devons être familiarisées avec les méthodes de la recherche dans le domaine de la santé et avec la pratique fondée sur des bases scientifiques ainsi qu'être en mesure de participer à des projets de recherche.

La loi sur l'assurance maladie illustre cet avant-projet au travers de l'article 32 (LAMal, 2014) stipulant que les soins en cas de maladie, mesures de prévention, infirmité congénitale, accident, maternité, interruption de grossesse non punissable ainsi que les soins dentaires doivent être efficaces, appropriés et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques et réexaminée périodiquement tout comme l'adéquation et le caractère économique des prestations.

Ceci sous-entend donc que les professionnels de la santé, doivent connaître les principes de base de « *Evidence-Based Practice* » (*EBP*), c'est-à-dire l'exercice professionnel basé sur des données probantes. En ce qui concerne les infirmières¹ plus particulièrement, nous parlons aujourd'hui « *Evidence-Based Nursing* » (*EBN*), correspondant aux résultats probants de recherches issues de la profession infirmière et leur adéquation avec les réalités des terrains professionnels. En effet, l'*EBN* met en évidence les meilleurs résultats de recherche dans le but d'améliorer la pratique, d'optimiser la prise en soin, de prévenir certaines complications tout en respectant le critère économique, aujourd'hui très important dans les milieux hospitaliers.

Dans les Hautes Écoles Spécialisées de Suisse et d'Europe, le programme d'étude-cadre introduit en 2012 met en avant l'apprentissage de cette pratique dans la formation initiale des infirmières. Elle est encore peu mobilisée sur le terrain, ce qui nous a poussées à nous questionner plus en profondeur sur les techniques d'implémentation des nouvelles données dans les services de soins.

Le 25 octobre 1967, un accord européen est créé sur l'instruction et la formation des infirmières. De celui-ci ressort une définition des fonctions de l'infirmière en soins généraux dans laquelle n'apparaît pas la recherche. Nous

¹ Nous précisons que le terme « infirmière » sera utilisé dans ce travail pour parler de l'ensemble des professionnels, compte tenu de la proportion féminine importante que comprend la profession.

pouvons ainsi faire le parallèle avec la définition du rôle de l'infirmière de nos jours :

On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre.

Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes.

Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation (Conseil International des Infirmières, 2014).

L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), dans le cadre du projet « La médecine en Suisse demain », complète cette définition par :

Les soins infirmiers se basent sur l'évidence, l'expérience réflexive et les préférences des personnes soignées, prennent en compte les aspects physiques, psychiques, spirituels, socioculturels, liés au monde vécu et perçu (Lebenswelt), à l'âge et au genre, et respectent les directives éthiques (Spichiger, 2008).

Chercher toujours plus loin, fournir les meilleurs soins issus des meilleurs résultats de la recherche sont des compétences qui font partie du métier d'infirmière.

1.2. Plan

Notre travail de Bachelor consiste en une revue de littérature. Pour ce faire, nous avons procédé à l'analyse d'articles scientifiques trouvés sur les bases de données. De plus, notre questionnement personnel et professionnel concernant l'implémentation des résultats probants issus de la recherche infirmière nous a permis d'élaborer notre question de recherche. Grâce à un questionnaire distribué à des infirmières travaillant dans différents contextes de soins, nous avons pu confirmer nos suppositions et affiner nos recherches.

Les concepts principaux de ce travail ont fait l'objet de recherches, afin de pouvoir les définir de sorte à ce que notre thématique soit plus précisément ciblée.

Nous avons choisi comme modèle de référence, celui d'*IOWA* (Titler et al., 2001) qui permet de conceptualiser l'implémentation des données probantes dans la pratique des soins infirmiers et d'améliorer la qualité des soins aux patients.

Après avoir défini notre question de recherche, nous avons fait notre requête sur les bases de données scientifiques. Ces dernières nous ont permis de trouver divers articles dans le but de répondre à notre question.

Après avoir lu les articles sélectionnés que nous avons examinés à l'aide de la grille de lecture, adaptée de Fortin (2010), nous avons procédé à la mise en commun des résultats afin d'en faire l'analyse et la synthèse.

Notre discussion nous a permis de nous positionner en tant que futures infirmières. Les éléments qui en ressortent nous donnent des perspectives pour la pratique clinique, ainsi que des pistes que nous pourrions exploiter dans notre exercice professionnel quotidien.

Problématique

2.1. Questionnement initial

Notre thématique a été proposée par un infirmier anesthésiste ayant remarqué que la recherche n'est que très peu intégrée dans la pratique des hôpitaux régionaux. Cette réflexion émane d'un questionnement professionnel jugeant qu'il serait nécessaire d'intégrer cette discipline dans la formation initiale. En effet, selon Seers et al. (2012), « 20 à 40% des patients reçoivent des soins qui peuvent être considérés comme nuisibles ou du moins qui ne sont pas compatibles avec les preuves scientifiques ».

Les résultats probants donnent aux décideurs des outils permettant d'offrir à la population des soins ainsi que des services efficaces et efficients, et ainsi de réduire les coûts (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010).

Les prises de décisions pour la modification des pratiques de soins et de l'offre de services sont encore politiques. La politique de santé et sociale ont un impact sur les soins. Il est donc important que les infirmières de la recherche acquièrent des compétences dans le domaine. Dans le cas échéant, il est primordial qu'elles s'entourent de personnes-ressources qui ont ces compétences, afin de se faire entendre et comprendre (Pépin et al., 2010).

En effet, selon Pépin et al. (2010, p. 176) :

Il est important que les décideurs soient en mesure de comprendre les résultats de recherche qui influencent nos pratiques de soins, la gestion et la formation infirmière. Il ne s'agit pas seulement de rendre visible ces résultats, mais également de les rendre compréhensibles et acceptables pour les décideurs ... Cependant, un des obstacles majeur est parfois le manque d'habiletés des infirmières chercheuses à transmettre un message clé aux personnes qui ont le pouvoir de modifier les pratiques de soins usuelles.

Afin d'avoir une meilleure application des résultats de recherche dans la pratique, une collaboration entre les chercheuses en sciences infirmières, les gestionnaires, les enseignants, les étudiants et les acteurs des milieux politiques s'avère indispensable. Cela est essentiel pour le développement d'une qualité optimale des soins (Pépin et al., 2010).

Nous avons également choisi cette thématique pour, dans un premier temps, donner un sens aux cours de recherche que nous recevons à l'école. En effet, nous trouvons que dans les lieux de pratique, les références à la recherche ne sont pas très présentes. Dans un deuxième temps, nous comprenons l'importance des résultats probants issus de la recherche pour une prise en charge globale et optimale des patients. Il nous est donc paru pertinent d'approfondir cette problématique.

Notre population cible est les infirmières, car leurs soins ont un impact direct sur la santé et le bien-être des patients. L'utilisation et l'implémentation de la recherche dans les services de soins se fait par des

infirmières pour améliorer la pratique. Grâce à cette amélioration, les soins prodigués au patient seront de meilleure qualité.

Après mûre réflexion, nous avons choisi de nous focaliser sur les facteurs facilitateurs et/ou obstruants de l'utilisation de l'*EBN* dans la pratique infirmière. En recherchant pourquoi les résultats de recherche ne sont pas plus utilisés dans la pratique, nous touchons à la fois la profession infirmière, mais également l'impact des soins sur le patient.

Afin de cibler notre problématique, nous avons chacune recherché dans les bases de données et lu un article, dans le but d'acquérir plus d'informations sur le sujet. Nous nous sommes ensuite retrouvées et avons partagé nos lectures qui nous ont permis de mettre en évidence de nombreuses barrières communes. Nous avons également envisagé de rencontrer des professionnels issus des lieux de pratique, afin d'obtenir leur avis, nous permettant ainsi de confirmer les hypothèses que nous avions au préalable concernant ces fameuses barrières. Effectivement, ce que nous avons lu se retrouve dans les lieux de pratique dans lesquels nous avons effectué nos stages.

2.2. Les 4 métaparadigmes

Notre question de départ, « *quels sont les facteurs facilitateurs et/ou obstruants de l'utilisation de l'EBN dans la pratique infirmière ?* » est pertinente dans les soins infirmiers, car elle touche les quatre

métaparadigmes de Fawcett (2005) : la personne, l'environnement, la santé et le soin, base de la discipline. Ceux-ci sont définis dans les paragraphes suivants selon Pépin et al. (2010).

La personne tend vers l'indépendance et vers la satisfaction de ses besoins fondamentaux. C'est un être bio-psycho-socio-spirituel qui doit être pris dans son ensemble, avec toutes ses composantes. À savoir ses composantes physiques, intellectuelles, émotionnelles, sociales et spirituelles. Il est unique et en développement constant ainsi qu'en interaction avec son environnement. L'utilisation de l'*EBN* dans la pratique infirmière touche la personne dans le sens où les infirmières travaillent de toute manière avec des individus et que les résultats des recherches infirmières considèrent la personne dans son ensemble.

À la fois interne et externe, l'environnement se définit comme l'ensemble (groupe de personnes, temps, espace, objets, lois, situations, etc.) qui entoure la personne et qui influe sur son développement et son comportement. Ce sont également les facteurs externes qui peuvent agir positivement ou négativement sur l'individu et qui contribuent à ses besoins. Les recherches peuvent servir à sécuriser l'environnement de la personne. C'est-à-dire qu'elles doivent prendre en compte l'environnement social, familial, culturel, politique et économique du patient, afin d'optimiser sa santé.

La santé est propre à chacun. Elle peut être définie comme une augmentation du plaisir, un confort physique et psychique, une absence de maladie, une capacité totale d'utiliser toutes ses ressources, d'être indépendant, complet, sans besoin d'assistance quelle qu'elle soit. Les résultats de recherche permettent d'offrir les meilleurs soins ou les meilleurs conseils en matière de santé, donc d'améliorer la qualité des soins et des services et de ce fait, le bien-être des patients.

Le soin est un processus dynamique, faisant intervenir un soignant et une personne soignée, orienté dans le but de recouvrer la santé et d'atteindre un meilleur état de bien-être. Ce professionnel pallie aux besoins du patient en les respectant et en préservant au maximum son autonomie. Il permet également d'accompagner les personnes en fin de vie dans les meilleures conditions possibles, par exemple grâce au développement des soins palliatifs. L'*Evidence-based Nursing* sert à guider les actions des infirmières dans leur pratique afin de prodiguer les meilleurs soins en collaboration avec le patient. L'*EBN* vise à faire respecter les critères du soin que sont l'efficacité, la sécurité, l'esthétique, l'économie et le confort.

2.3. Les savoirs infirmiers

L'*EBN* devrait prendre en compte les quatre savoirs infirmiers selon Chinn et Kramer (2008), afin de développer les compétences infirmières au travers du raisonnement et du jugement clinique (cf. figure d'appendice 1.).

Le savoir empirique est issu de la recherche scientifique, de l'observation et de l'exploration. Toutes les méthodes de recherche en font partie. Ce savoir permet de répondre aux questions : qu'est-ce que c'est ? Comment cela fonctionne-t-il ? Il permet également d'amener de nouvelles idées, de comprendre des phénomènes de santé ainsi que de faire progresser la pratique. Tout comme le savoir empirique, l'*EBN* fait référence à des résultats de recherche qui permettent d'acquérir les compétences scientifiques relatives à la profession.

Le savoir esthétique a un lien avec le côté artistique des expériences quotidiennes de l'infirmière. Par exemple, il se reflète dans la beauté d'un geste, l'interaction avec une personne ou la création du lien de confiance. Il permet d'améliorer la qualité des soins tout en préservant le caractère humain, c'est-à-dire que l'infirmière ne prend pas en compte uniquement le geste technique, mais englobe aussi l'aspect relationnel. Un des rôles de l'*EBN* est de permettre la mise en œuvre de guidelines issus de résultats probants. En prenant connaissance, l'infirmière adopte une posture réflexive et donne ainsi du sens à sa pratique. Convaincue alors de la qualité de son soin, cela devient aussi significatif pour le patient. Le soin n'est plus un acte, il se transforme en art.

Le savoir éthique prend en compte les valeurs et la morale. Il concerne ce qui est juste, bon, désirable et s'appuie sur des principes et des codes (code de déontologie). De nombreux dilemmes éthiques sont rencontrés

dans la pratique. Le savoir éthique permet d'y faire face de la meilleure façon qui soit, de poser un jugement éthique correct et de faire ce qui est juste et respectable pour la personne. Il s'agit également de prendre en compte les besoins du patient et de l'impliquer dans la prise de décisions concernant sa prise en soins. L'utilisation des résultats probants nous donne une preuve scientifique de ce qui est bien ou pas dans le respect de la dignité de la personne. Étant élaborée à partir d'une réflexion éthique, la recherche est universelle et peut donc être appliquée à toute population sans jugement de valeur ni différence de prise en soins. Toutefois, les résultats issus de cette recherche doivent encore prendre la culture du patient en compte.

Le savoir personnel s'appuie sur des expériences personnelles. Il est important de se connaître soi-même pour pouvoir comprendre sensiblement une situation de soins donnée. Le soignant doit être vrai, authentique, et ouvert. Il doit approfondir la connaissance de soi. L'utilisation de l'*EBN* touche ce savoir en remettant les pratiques professionnelles de chacun en question et en renforçant l'expérience.

Grâce à l'utilisation de l'*EBN* dans les lieux de pratique, les infirmières peuvent favoriser la mise en place de nouveaux protocoles et élaborer de nouvelles techniques de soins, tout en prenant en compte le patient dans sa globalité et en l'intégrant dans son processus de soins. Ces quatre savoirs sont considérés lorsqu'une décision clinique doit être prise, ce qui correspond à la démarche *EBN*.

2.4. Revue exploratoire

2.4.1. Rencontre avec un professionnel

Nous avons rencontré la personne initiatrice de notre thématique de travail de Bachelor dans le but de connaître sa motivation à proposer ce sujet et ce qu'il en connaissait.

Monsieur Gilbert Bernard, infirmier anesthésiste à l'hôpital du Jura, a proposé ce thème, car dans sa fonction de praticien formateur, il a rencontré beaucoup d'étudiants devant effectuer des travaux de recherche. Il s'est donc demandé, comment les étudiants abordaient ces travaux et quels en seraient les impacts sur le terrain. Comme nous, il a remarqué qu'il n'y avait pas beaucoup de renouvellements de protocoles de soins et que cela était peut-être dû à un manque d'intérêt, un manque de moyens financiers, un manque de ressources ou un enseignement mal adapté. Il s'est également posé la question de savoir comment faire accepter le travail de recherche par les professionnels issus du terrain et comment induire, dans une équipe, l'utilisation de la pratique basée sur des données probantes. La barrière de la langue est, selon lui, aussi un facteur obstruant à l'utilisation des résultats de recherche en soins infirmiers. Le fait d'être dans une culture principalement « orale », réaliser des travaux de recherche et écrire ou lire des nouveaux protocoles rebute beaucoup de personnes.

Selon Monsieur Bernard (2014), le fait de mettre en place, dans un service, un changement en lien avec la recherche en soins infirmiers réclame d'avoir du temps à disposition pour effectuer un recueil de données, l'analyser et en faire la critique. Or, à l'heure actuelle, nous sommes dans un environnement où les effectifs sont restreints au maximum ayant pour conséquence une augmentation de la charge de travail. Il faut également songer que l'institution doit posséder une culture de développement et d'amélioration de la qualité des prestations. Le manque de connaissance en recherche, la difficulté de comprendre les articles, l'utilisation des outils informatiques et la mise en place d'une stratégie inadaptée sont des facteurs entravant la recherche dans le domaine.

Néanmoins, il émet l'hypothèse que des résultats de recherche seraient utilisés inconsciemment, par exemple après avoir lu un article dans une revue, après avoir assisté à un congrès ou suite aux cours de formation continue.

Nous nous sommes inspirées de son questionnement et de ses arguments pour étoffer et cibler notre thématique, principalement sur les barrières et facteurs facilitateurs à l'implémentation de la recherche dans les lieux de pratique. Il est quotidiennement confronté à des étudiants comme nous qui devons inclure le concept de recherche infirmière dans notre pratique professionnelle, et de ce fait, son point de vue peut nous être utile, car il peut nous guider dans nos recherches. Étant donné qu'il s'agit d'un

sujet très vaste, il nous paraissait important de se focaliser sur un aspect en particulier tout en restant attentives à la demande des lieux de pratiques et aux difficultés potentiellement rencontrées par les professionnels de la santé. En tant que futures professionnelles intégrées dans des équipes de soins, il est important de savoir comment la recherche infirmière est perçue dans les lieux de pratique et surtout quelles sont les difficultés que rencontrent les personnes motivées à implémenter des résultats probants.

2.4.2. Revue exploratoire de la littérature

Nous pouvons retrouver dans la littérature de la discipline infirmière de nombreux éléments pouvant entraver ou faciliter l'utilisation de la recherche dans la pratique. En effet, les recherches d'articles que nous avons effectuées pour cette revue exploratoire démontrent principalement les perceptions des infirmières concernant les barrières et les facteurs facilitateurs de l'utilisation de la recherche. Selon Parahoo (2000), la recherche produit un nombre croissant de nouveaux éléments de preuve importants pour les soins de santé, ce qui ne se retrouve pas dans la plupart des soins que reçoivent les patients.

Pour réaliser ces recherches, les auteurs de certains des articles que nous avons sélectionnés ont utilisé la technique du questionnaire, afin d'obtenir des données objectives et quantitatives. De plus, certaines recherches ont laissé la liberté aux personnes interrogées d'ajouter des barrières supplémentaires afin de compléter le questionnaire.

Les principales barrières identifiées dans la littérature étudiée sont :

La recherche elle-même pose parfois problème, car il ressort de la littérature qu'il y a un manque de compétences et un problème de langue qui induisent des difficultés de compréhension des analyses statistiques. En effet, Dalheim, Hartung, Nilsen et Nortvedt (2012) affirment qu'effectuer, trouver et comprendre les recherches demandent un certain savoir et ceci est donc entravant dans l'utilisation de l'*EBP* si celui-ci fait défaut. Aussi, ils prétendent que les recherches et les revues de littérature sont aujourd'hui pratiquement toutes en anglais, ce qui est un réel problème à la compréhension des textes, car toutes les infirmières n'ont pas le niveau requis pour lire et comprendre les différents articles. Les lacunes au niveau des compétences professionnelles induisent un manque de personnel qualifié et donc un manque de leaders dans le domaine de la recherche infirmière.

En découle un manque de motivation, principalement de la part des infirmières pratiquant depuis de nombreuses années qui ne veulent pas changer leurs pratiques.

Les attitudes négatives de collègues plus âgées, qui ont été décrites comme « ancrées dans leurs habitudes » et « ayant un manque de connaissances de la recherche », ne sont pas un soutien et sont donc un frein pour les plus jeunes employées qui ont plus de formation à la recherche dans leurs programmes de formation infirmière et qui « voient la nécessité de faire des changements » (traduction libre, Parahoo, 2000, p.94).

Ceci fait souvent référence à la culture de l'équipe qui n'est pas favorable au changement. Les pratiques sont les mêmes depuis tellement longtemps

que certains soignants ne souhaitent pas les changer (Dalheim et al., 2012). Ce phénomène est principalement renforcé par les infirmières qui ont l'impression de ne pas avoir assez de pouvoir pour changer les protocoles de soins. En effet, Parahoo (2000) mentionne que « la résistance des médecins a été répertoriée comme un sérieux obstacle à l'utilisation de la recherche. Certains répondants ont blâmé le modèle médical et la soumission aux médecins » (traduction libre, Parahoo, 2000 p.94).

Du point de vue de Dalheim et al. (2012), les soignants ne font pas confiance aux revues, il y a donc un réel manque de confiance en la qualité des recherches. Aussi, il y a de nombreuses difficultés à mener les études sur le terrain, dans les hôpitaux notamment, car il est difficile de définir quelles interventions devraient changer. De ce fait, il existe peu de voies pour intégrer la recherche à la pratique.

Finalement les avis de Parahoo (2000) ainsi que de Dupin, Borglin, Debout et Rothan-Tondeur (2014) se rejoignent pour dire que l'utilisation de la recherche est très entravée par les caractéristiques organisationnelles ainsi que par une mauvaise communication des résultats.

Le temps est un item qui fait la controverse. En effet, Dalheim et al. (2012) le situent clairement dans la catégorie des facteurs obstruants. Ces auteurs affirment que non seulement les infirmières n'ont pas de temps disponible pour faire des recherches (ni au travail ni en dehors), mais aussi qu'elles manquent de temps pour trouver des informations organisationnelles

(protocoles, guides de soins, ...). De plus, même si les recherches sont effectuées, ils relèvent la difficulté d'implanter des changements de pratique en défaut de moments disponibles au travail.

Pourtant, Parahoo (2000) nuance ces propos, car selon lui, cet item du temps se retrouve autant dans les facteurs facilitateurs que dans les barrières. En effet, s'il est suffisant, il est un facteur facilitateur. Par contre, si les infirmières n'en ont pas suffisamment pour effectuer des recherches, il se retrouve dans les barrières.

D'autres items peuvent ainsi se retrouver catégorisés à la fois comme un agent facilitateur ou obstruant tels que le support des managers et des collègues ou encore les ressources financières (Parahoo, 2000).

Dans sa recherche, Parahoo (2000) a conclu que l'item le plus fréquent concernant les facteurs facilitateurs à l'utilisation de la recherche est le support des managers et des collègues.

Dupin et al., (2014) rejoignent cet avis en mentionnant que le contexte influence la recherche. Si l'hôpital valorise et a une organisation qui permet la recherche, celle-ci est optimisée. De plus, faire partie d'une équipe qui utilise régulièrement la recherche et pouvoir intégrer directement les résultats sur les soins seraient des éléments qui facilitent l'engagement des infirmières envers l'*EBP*.

Il est donc nécessaire de s'intéresser au fait que les infirmières ont l'impression de ne pas avoir suffisamment de compétences pour amener des changements de pratique, d'en trouver les causes et des solutions possibles dans le but d'y remédier. Le fait qu'elles ne saisissent pas le sens des résultats de recherche (langue, complexité) est également un facteur qu'il faut améliorer pour qu'ils soient plus facilement compréhensibles et donc accessibles. De plus, conformément à la réticence des médecins, une part de l'autonomie des infirmières est touchée et le travail interdisciplinaire remis en question.

Les phénomènes décrits ici s'expliquent principalement par le fait que l'éducation à la recherche est inexistante ou n'en est encore qu'à ses débuts en France et dans les autres pays d'Europe en général, et n'est donc pas assez pertinente avec le contexte international.

2.4.7. Recueil d'avis

Les différents éléments relevés lors de l'exploration de la littérature étant très en lien avec nos observations et jugements personnels, nous nous en sommes inspirées pour rédiger un questionnaire, dans le but de les comparer avec les barrières présentes dans nos hôpitaux régionaux.

Afin d'affiner notre problématique et d'obtenir des résultats régionaux, nous avons élaboré un questionnaire en lien avec l'*EBN*, destiné à des infirmières diplômées, que nous avons diffusé dans les divers services de l'Hôpital du Jura. Constitué de deux tableaux, celui-ci regroupe des questions

concernant le fait d'entreprendre des recherches et la mise en place des résultats (cf. figure d'appendice 2.).

Dans le premier tableau, il était question de savoir si les infirmières avaient connaissance de cette pratique et où effectuer des recherches. Nous leur avons également demandé si les institutions de soins offraient la possibilité et le temps de réaliser de tels travaux.

Dans le second tableau, il s'agissait de savoir si les infirmières et les autres professionnels de la santé étaient favorables aux changements de pratique issus de la recherche infirmière.

Toutes les questions étaient tournées sous forme d'affirmations et le choix de réponses se limitait à « pas du tout d'accord », « un peu d'accord », « assez d'accord » et « complètement d'accord ». Nous avons néanmoins laissé la place pour des commentaires ou des remarques. Nous avons aussi demandé aux participants de définir le terme « résultats probants en recherche infirmière ». Les questionnaires étant anonymes, nous n'avons connaissance que du statut et du contexte de soins.

L'analyse des réponses à notre questionnaire démontre que les barrières identifiées dans nos articles se retrouvent dans notre région. De manière générale, les infirmières savent ce que sont des résultats probants en recherche infirmière et sont favorables aux changements de pratique, tout en sachant que des recherches dans leur discipline sont effectuées et qu'elles

sont importantes pour les soins. L'une d'entre elles définit les résultats probants en recherche infirmière comme suit : « ce sont les meilleures données du moment, fiables, pertinentes sur lesquelles nous pouvons nous appuyer pour le développement des soins et la prise en charge personnalisée des patients ». Une autre montre l'importance de l'*EBN* par cette affirmation : « après avoir fait des recherches, je suis mieux qualifiée pour aider à un diagnostic, ou un soin mieux réalisé, une logique personnelle plus approfondie pour mon travail quotidien ».

Toutefois, les outils nécessaires ne semblent pas être à disposition pour la majorité des répondants, bien qu'ils sachent où trouver des articles de recherche comprenant des résultats probants pour la pratique infirmière. Comme nous le pensions, la barrière de la langue est un grand frein à la compréhension des textes, tout comme le facteur temps qui est insuffisant tant pour faire les recherches que pour mettre des nouveaux protocoles en place. Deux tiers des personnes ne se sentent pas compétentes pour interpréter les résultats. « J'adhère au changement pour le mieux auprès de nos patients au quotidien, mais je ne suis pas une fan pour la lecture de grands articles sur des sujets plus complexes » nous a écrit une infirmière, ce qui démontre l'importance d'enseigner la recherche durant la formation. Grâce aux réponses du questionnaire, nous pouvons mettre en évidence qu'au sein des équipes infirmières, l'infirmier chef du service soutient généralement la démarche de recherche dans le but d'améliorer les

pratiques. Les collègues, quant à eux, sont d'une part favorables et d'autre part plus réticents à ces changements de pratique. C'est d'ailleurs ce que nous rapporte une infirmière en disant « les changements sont en général bien acceptés par les équipes quand ils apportent des améliorations aux pratiques actuelles. Les charges de travail sont malheureusement tellement élevées qu'il ne reste pas de temps pour la recherche et ses études... ».

Il y a une sorte de concurrence contre-productive entre les professionnels qui veulent innover et ceux qui ne le souhaitent pas. Les médecins, ne semblent pas vouloir coopérer aux changements de pratique infirmière. En ce qui concerne l'organisation de l'institution, il apparaît que celle-ci ne mettrait pas tout en œuvre pour que ces changements soient possibles. La plupart des personnes ayant répondu au questionnaire pensent qu'elles n'ont pas les ressources nécessaires pour changer les protocoles de soins. Néanmoins, l'une d'entre elles a un avis différent : « je pense être capable au changement et adapter mon travail, mais je sais aussi que parfois les habitudes prennent le dessus ».

Nous nous rendons compte qu'il aurait été intéressant de demander l'âge des personnes répondant au questionnaire, afin de pouvoir comparer les nouvelles diplômées ayant reçu des cours de recherches, avec les infirmières ayant leur diplôme depuis un certain temps qui n'en ont pas reçu. En effet, les personnes ayant fait leur formation avant l'introduction de la recherche en sciences infirmières n'ont pas acquis les compétences pour cette activité.

Nous nous attendions à ces résultats, car nos ressentis sont généralement similaires. En effet, lors de nos stages, nous avons pu identifier que peu de personnes connaissent et développent la recherche. Ceci se confirme bien par le commentaire suivant : « la notion de changement de pratique infirmière selon des résultats probants est une notion dont je n'avais jamais entendu parler avant ce questionnaire. Donc il est difficile pour moi de comprendre de quoi l'on parle exactement ».

Grâce à cette analyse, nous aimerions nous focaliser sur les différents concepts et plus particulièrement sur l'*EBN* qui est la base de notre travail. Nous souhaiterions également nous pencher sur les raisons qui font que ces barrières sont présentes dans les lieux de pratique et ce qui est mis en œuvre dans les services où la recherche en sciences infirmières est utilisée. Nous mettrons plutôt en évidence les facteurs entravants que les facteurs facilitateurs à l'utilisation de la recherche et des résultats probants. Notre but est de faire prendre conscience aux lieux de pratique que la recherche n'est pas uniquement une contrainte, mais bien une compétence infirmière à développer afin d'assurer le bien-être des patients.

En conclusion, les résultats du questionnaire (cf. figure d'appendice 3.) convergent avec ce que nous avons repéré dans la pratique et relevé dans la revue exploratoire. De plus, ils correspondent également avec la pratique professionnelle personnelle de ce que nous a reporté Monsieur Gilbert Bernard.

2.5. Concepts retenus

De la problématique décrite plus haut ressortent cinq « thèmes » principaux. En effet, la question « quels sont les facteurs facilitateurs et/ou obstruants de l'utilisation de l'*EBN* dans la pratique infirmière ? » contient implicitement les concepts suivants :

Evidence-Based Practice (EBP) : base de toute recherche scientifique, ce concept est en lien avec notre problématique, car elle s'insère directement dans une perspective d'utilisation de résultats probants dans la pratique clinique.

Evidence-Based Medicine (EBM) : issue de l'*EBP*, cette pratique concerne particulièrement le domaine médical, toutefois l'*EBN* s'en inspire. Ceci rejoint donc notre problématique.

Evidence-Based Nursing (EBN) : concept principal de notre travail de Bachelor, car les infirmières se basent sur des preuves issues de la recherche infirmière pour faire avancer la pratique.

Innovation : la notion d'innovation correspond aux résultats de toute la démarche d'implémentation dans les lieux de pratique. Elle permet donc de transcender la recherche afin de promouvoir la meilleure qualité des soins.

Ces concepts brièvement résumés (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Beck, 2007) seront développés dans le chapitre suivant.

2.6. Perspectives pour la pratique

Le but de l'utilisation des résultats probants issus de la recherche infirmière dans les lieux de pratique est de faire évoluer la profession au bénéfice des patients. Selon Ducharme (2006), une association entre la pratique infirmière et la recherche scientifique est cruciale, afin de favoriser le transfert de connaissances et l'avancement de la pratique professionnelle. Ceci permet aux infirmières de justifier leurs actions en leur donnant des arguments pertinents. Notre thématique touche directement à la discipline et est donc très importante. Néanmoins, elle peut également servir à rendre la recherche plus accessible par le fait d'identifier les barrières à son utilisation, afin de pouvoir les dépasser.

Notre profession évolue constamment et beaucoup de facteurs entravent cette évolution, notamment dans le domaine scientifique. Les sciences infirmières, par exemple, sont nées il y a encore peu de temps dans notre pays. Elles ne sont pas encore reconnues, car nous n'avons pas encore assez de recul par rapport à leur utilité. Il est donc nécessaire de motiver des personnes à utiliser l'*EBN* dans leur pratique en leur montrant que l'exercice est faisable et important, pour prouver que cette science est vitale à l'amélioration de notre pratique professionnelle. Cet aspect peut également permettre aux institutions d'en voir l'utilité et de leur faire comprendre qu'elles doivent mettre les moyens nécessaires à disposition des chercheurs.

En effet, ces derniers pourraient ainsi mettre en évidence les meilleurs résultats, afin d'offrir une qualité optimale de soins.

Concepts et champs disciplinaire

infirmier

3.1. Définitions des concepts

3.1.1. EBP / EBM / EBN

L'utilisation du terme « basé sur des résultats probants » (*Evidence-Based*) est relativement récente (Cullum, Ciliska, Haynes & Marks, 2008).

D'après ces mêmes auteurs, l'*EBP* fait référence au passage de la théorie issue de la recherche à l'application dans les lieux de pratique tous confondus.

L'*EBM* est apparue pour la première fois dans le domaine de la médecine. Elle a été décrite comme étant le nouveau paradigme de la pratique. Rapidement, d'autres disciplines telles que les soins infirmiers, la physiothérapie, les soins dentaires, la pharmacie et bien d'autres encore ont également adopté cette pratique (Cullum et al., 2008).

Comme le disent Cullum et al. (2008), l'*Evidence-Based Nursing* est défini comme l'application d'informations valides et pertinentes basées sur des recherches de prise de décisions infirmières. Les résultats de recherche seuls ne « dictent » pas nos comportements cliniques. Ils sont plutôt utilisés en parallèle des connaissances sur notre patient ainsi que du contexte dans lequel une décision clinique doit être prise tout en considérant notre expertise et notre jugement clinique. L'*EBN* correspond donc aux pratiques fondées sur des résultats probants. C'est une philosophie d'apprentissage qui permet de développer les compétences infirmières. Ceci permet de choisir les

interventions infirmières les plus efficaces dans le but d'améliorer la prise en soins des patients.

L'Evidence-Based Nursing est également une réflexion et une métacognition, c'est-à-dire qu'il s'agit de réfléchir sur sa propre réflexion, et donc se donner tous les moyens de faire de la meilleure manière possible. Autrement dit, il s'agit de se remettre continuellement en question (Ingersoll, 2000).

Selon notre avis, l'*EBN* n'est pas seulement le fait de lire et d'appliquer un protocole, mais c'est une démarche qui se doit d'être en adéquation avec le patient. La culture a donc toute son importance dans la prise en soin d'un patient puisque tous les résultats ne peuvent être appliqués de la même manière à tout le monde.

3.1.2. Innovation

Selon Loïse et al. (2007), l'innovation est propre à plusieurs secteurs, mais elle est toujours liée aux changements, à l'amélioration et aux nouveautés. L'innovation est le fait de faire quelque chose pour la première fois, d'être le premier à le faire et de rompre les habitudes. Elle touche également la recherche et le développement de nouvelles technologies dans le but d'améliorer une partie d'une institution (prestations, bénéfices, coûts, etc.). Dans « innovation », il y a cette notion de première fois.

Selon Pépin et al. (2010) : « innover, c'est reconnaître que quelque chose de nouveau et de meilleur peut émerger, ce qui nécessite une capacité de composer avec l'incertitude et d'agir avec un minimum, voire l'absence de directives ».

Les directeurs sont souvent réticents aux nouvelles idées et cela peut être un frein à leur émergence. En effet, innover demande du temps, de l'investissement ainsi qu'une réorganisation de l'entreprise ou du service (Pépin et al., 2010). Par le biais de la recherche en soins infirmiers et par les résultats probants, nous permettons l'innovation dans la pratique au sein des unités de soins.

Selon Loïselle et al. (p. 474, 2007), il faut néanmoins « procéder à une évaluation préliminaire du potentiel de mise en œuvre de l'innovation ». En effet, il se peut que cette dernière ne soit pas bien acceptée dans un lieu de pratique si elle est mal amenée.

D'après ces auteurs, différents aspects doivent aussi être pris en compte avant d'effectuer des changements. Tout d'abord, il faut considérer la transférabilité de l'innovation. La question principale à se poser est de savoir si l'innovation est compatible avec le contexte de la pratique et si le cadre permet de l'intégrer. Elle doit pouvoir s'accorder avec la philosophie du service de soins et le type de personnes auquel elle s'appliquerait.

En seconde partie, il s'agit d'évaluer la faisabilité de l'innovation, à savoir connaître la disponibilité du personnel et des ressources dont il a besoin. Le climat de l'établissement doit également être pris en compte, tout comme l'équipement et les installations nécessaires à l'innovation.

Pour terminer, l'évaluation du ratio coûts-avantages de l'innovation doit englober les coûts et les avantages de cette dernière pour les patients, le personnel soignant et les institutions. Afin d'éviter un coût trop important et inutile, il faut évaluer tous les risques, même potentiels, avant la mise en œuvre du changement. Le fait de ne pas mettre en place d'innovation peut aussi être onéreux.

Dans toute innovation, il y a des facteurs facilitateurs et entravants. C'est pourquoi il nous semble important de nous focaliser sur les barrières. En effet, si nous pouvons les mettre en évidence, il sera plus facile de les identifier afin de les réduire.

3.2. Cadre théorique

Comme nous l'explique l'ouvrage de Cullum et al. (2008), l'*EBN* est un processus divisé en cinq étapes. La première consiste à prendre une incertitude clinique issue de la pratique et de la convertir en une question ciblée et structurée. Ce type de question est utilisé comme base pour la recherche de littérature afin d'identifier les éléments de preuve pertinents. Ceux-ci sont évalués de manière critique comme étant valides et applicables.

Le meilleur élément est utilisé conjointement à l'expertise clinique, au point de vue du patient et aux ressources disponibles, dans le but de planifier la prise en soins. Les résultats sont évalués à travers un processus d'autoréflexion et un jugement des pairs.

La définition ci-dessus s'insère parfaitement bien dans le modèle d'*IOWA* (Titler et al., 2001), car tous deux décrivent un processus d'implémentation des résultats de recherche dans la pratique infirmière.

Nous avons choisi de travailler avec le modèle d'*IOWA* puisque l'innovation en fait également partie. En effet, le but de ce modèle est d'amener un soin, un protocole, une démarche nouvelle dans une institution. L'objectif d'améliorer la qualité des soins est présent à travers le terme d'innovation puisque nous cherchons à aller vers quelque chose de nouveau, et qui permettrait un gain de temps, d'argent ou de prestations.

3.2.1. Présentation du modèle d'*IOWA*

Selon Titler et al. (2001), l'utilisation de la recherche a commencé avec Florence Nightingale, qui utilisait déjà des données pour changer la pratique. Elle a démontré par ses travaux l'effet des mesures d'hygiène et des modifications de l'environnement sur la mortalité.

Le modèle d'*IOWA* (*The Iowa Model of Research-Based Practice to Promote Quality Care*) a été développé par Titler et ses collègues et

implémenté en 1994 au sein des cliniques et hôpitaux universitaires d'Iowa, puis révisé en 2001.

Il sert à conceptualiser l'implémentation des données probantes dans la pratique clinique afin d'améliorer les soins (Doody & Doody, 2011), particulièrement dans une visée d'*Evidence-Based Nursing*. Il est un cadre pertinent pour assurer la transmission des savoirs scientifiques dans les milieux cliniques.

Il se compose de différentes étapes présentées sous forme d'algorithme (cf. figure d'appendice 4.) (Titler et al., 2001) :

Il y a parfois, au sein ou à l'extérieur des établissements de soins santé, des écarts entre les objectifs énoncés et certains indicateurs ciblés. La perception de ces écarts est un déclencheur de réflexion sur l'efficacité et l'efficience des pratiques cliniques.

Pour définir la problématique, il faut être attentif à plusieurs éléments tels que les objectifs de l'institution dans laquelle le changement souhaite s'opérer, s'il s'agit d'une priorité pour celle-ci et si le problème est suffisamment pertinent et conséquent pour s'inscrire dans un projet de changement.

Les infirmières doivent donc évaluer si le sujet convient aux priorités de l'institution, aux contextes de soins ainsi qu'aux services spécifiques. Le sujet doit être suffisamment intéressant pour la discipline afin de susciter l'intérêt

des professionnels, d'avoir un appui de la part des supérieurs et d'optimiser le soutien financier. De ce fait, toutes les ressources nécessaires sont réunies pour effectuer un changement de pratique optimal.

L'étape suivante est la constitution d'une équipe de personnes motivées et travaillant en interdisciplinarité, responsable du développement de l'évaluation et de l'implémentation de l'*EBP*.

Une fois le sujet sélectionné et l'équipe de travail constituée, il faut rassembler les publications de recherche pertinentes et la littérature associée. Il est important d'inclure des guidelines, des revues systématiques, des méta-analyses et des études cliniques. Il ne faut pas non plus négliger d'autres sources d'informations telles que des revues électroniques, des travaux de master ou de doctorat et des bases de données scientifiques.

La littérature sélectionnée, il faut catégoriser les articles afin de pouvoir faire une critique et une synthèse des travaux de recherche. Ceci permet de déterminer si les informations recueillies sont probantes ou non et de se faire une idée plus précise des concepts et principes théoriques reliés à la thématique.

Lorsqu'il y a suffisamment de recherches pour guider la pratique, des changements mineurs et majeurs peuvent être garantis.

Si les recherches sont insuffisantes, une des options pour les cliniciens est de conduire une étude. Une fois cette dernière effectuée, les résultats

devraient systématiquement être intégrés à ceux des autres recherches. Une option alternative serait d'utiliser d'autres types de preuves tels que des rapports de cas, des opinions d'experts, des principes scientifiques ou des théories.

Par la suite, il faut piloter le changement dans la pratique en ayant sélectionné les résultats à obtenir au préalable. Cette étape consiste en l'implémentation des changements dans la pratique et en leur évaluation, afin de déterminer s'ils sont efficaces. Le responsable du projet pilote indique la faisabilité et l'efficacité d'utiliser un protocole dans les diverses pratiques. Il est important de savoir si le protocole peut être effectué comme prévu et si les résultats notés dans la recherche sont réalisables dans la pratique.

Une fois le projet pilote réussi, une décision est prise au sujet de l'implémentation. L'adoption du changement dans la pratique doit être appropriée à la population des patients. Si le changement n'est pas conforme pour la pratique, il faut se focaliser sur de nouvelles sources de connaissances issues de recherches récentes.

Si le projet pilote révèle des résultats positifs et une faisabilité pour effectuer l'*EBP*, le changement est adopté et intégré dans la pratique auprès d'une population précise de patients ou d'une institution. L'adoption est facilitée par le support organisationnel, l'enseignement à l'équipe, la perception de la nouvelle pratique par les infirmières et les autres professionnels concernés, la conviction des infirmières que le changement

améliore la qualité des soins, et finalement par le temps disponible pour effectuer l'implémentation.

La dernière étape du modèle constitue le contrôle et l'analyse des données sur la structure, le processus et les résultats. L'évaluation fournit des aperçus des résultats du changement de pratique et inclut des informations sur la structure et les coûts au-delà de ce qui est disponible dans la littérature de recherche.

3.2.2. Métaparadigme infirmier

L'environnement (un des concepts centraux) qui prend en compte la pratique basée sur les données probantes par l'intermédiaire du modèle *IOWA* par exemple, peut influencer positivement sur le patient (le concept de personne) en lui offrant des soins de qualité (le concept de soin) qui ont un impact positif sur sa santé (le concept de santé) (Pépin et al., 2010).

Méthode

4.1. Question PICO

Pour rappel, notre question de départ est la suivante : « *quels sont les facteurs facilitateurs et/ou obstruants de l'utilisation de l'EBN dans la pratique infirmière ?* »

Afin de clarifier la question de recherche, d'identifier les concepts clés, et de pouvoir faire une recherche bibliographique efficace dans les bases de données scientifiques, nous avons utilisé la méthode PICO décrite par Melnyk et Fineout-Overholt (2011).

Notre question PICO, de type *meaning*, est alors la suivante : « *dans la population infirmière, en quoi les facteurs facilitateurs et obstruants aux pratiques probantes influencent-ils les connaissances, l'utilisation et l'implémentation de l'EBN ?* ». Dans ce cadre, seuls les critères population, intervention et *outcomes* sont légitimes.

Pour ce faire, il a fallu définir la population à l'étude. Il est important de bien cibler cette dernière, afin d'affiner la recherche (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011). Nous avons choisi de cibler les infirmières, car ce sont elles qui utilisent l'EBN, dans le but d'améliorer les soins auprès de la patientèle. Notre population est restée très large dans le sens où nous n'avons pas limité leurs caractéristiques (âge, genre, domaine professionnel...), car nous voulions avoir une approche globale.

Nous avons ensuite défini les facteurs qui influencent les résultats, ce qui correspond à la variable indépendante. Dans notre travail, cela coïncide avec les facteurs facilitateurs et obstruants aux pratiques probantes. Plus cette composante est définie avec précision, plus la recherche est ciblée (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011).

Il n'est pas pertinent pour notre problématique de prendre en considération le critère « comparaison » de la méthode. En effet, il n'y a pas de comparatifs possibles dans les facteurs facilitateurs et obstruants, car notre but est de faire un état des lieux des influences que peuvent avoir ces facteurs sur l'utilisation de l'*EBN*.

Les résultats constituent le dernier élément qui compose la question PICO, en d'autres termes la variable dépendante. Ce que nous souhaitons étudier ici sont les variations des connaissances, de l'utilisation et de l'implémentation de l'*EBN*.

4.2. Mots-clés et descripteurs

Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs

Mot-clé		Descripteur MeSH	Descripteur OVID
P	Infirmières	Nurses	Nurses
I	Facteurs facilitateurs et obstruants aux pratiques probantes	Facilitators	Facilitators
		Barriers	Health care barriers
		Evidence	Evidence
C	-	-	-
O	Connaissances, utilisation et implémentation de l' <i>EBN</i>	Knowledge	Knowledge
		Utilization	Health care utilization
		Implementation	Implementation
		<i>EBN</i>	<i>EBP</i>

4.3. Sélection des articles

Une fois les mots-clés et descripteurs définis grâce à notre question de recherche, nous avons effectué les recherches d'articles sur les bases de données PubMed, Cinhal, Medline, Cochrane et Psychinfo. La base de données JBI a été visitée, mais nous n'y avons pas trouvé d'articles répondants à nos critères d'inclusion.

La sélection des articles s'est faite en fonction de la méthodologie décrite (niveau de preuve) dans l'extrait résumant l'article. De plus, nous avons veillé à ce qu'ils respectent les critères suivants : parution datant de moins de 10 ans et disponibilité du texte intégral. Les 12 articles retenus se trouvent à un niveau de preuve élevé.

Les articles ont été analysés à l'aide de la grille de lecture adaptée de Fortin (2010) annexée au présent document (cf. figures d'appendices 5. à 15.).

Tableau 2 : Requêtes dans les bases de données

Base de données	Requête	Filtres	Articles trouvés	Articles exclus	Articles sélectionnés	Facteur d'impact
CINAHL	<i>Evidence-Based Nursing</i> and implementation and barriers (All fields)	Full text Date de publication entre 2005 et 2014	74	74	-	-
CINAHL	<i>Evidence-Based Nursing</i> and utilization and barriers (All fields)	Full text Date de publication entre 2004 et 2014	65	73	Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective : an integrative review (Solomons & Spross, 2011)	Journal of nursing management (2011) : 1.181
Cochrane	Implementation and <i>Evidence-Based Nursing</i> (All fields)	Cochrane review	13	11	Guidelines in professions allied to medicine (Review) (Thomas et al., 2009)	Cochrane Database of Systematic Reviews (2009) : 5.653
					Interventions to improve the use of systematic reviews in decision-making by health system managers, policy makers and clinicians (Review) (Murthy et al., 2012)	Cochrane Database of Systematic Review (2012) : 5.703

JBI	Nurses and <i>Evidence-Based Nursing</i> and barriers (All fields)	Full text Date de publication entre 2005 et 2015 Review	47	47	-	-
Medline	Nurses and facilitators and barriers and <i>EBP</i> (All fields)	Full text	16	14	Research Utilization in a Multicultural Nursing Setting in Saudi Arabia : Barriers and Facilitators (Tagwa, 2012)	Journal of nursing research (2012) : 1.556
					Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective : an integrative review (Solomon & Spross, 2011)	Journal of nursing management (2011) : 1.181
Psychinfo	Nurses and facilitators and barriers and <i>EBP</i> (All fields)	Full text	56	55	Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective : an integrative review (Solomons & Spross, 2011)	Journal of nursing management (2011) : 1.181
PubMed	<i>Evidence-Based Nursing</i> and utilization and barriers (All fields)	Free full text 10 years Species : human	9	6	Barriers to and facilitators of research utilization : a survey of registered nurses in China (Wang, Jiang, Wang, Wang & Bai, 2013)	PLoS One (2013) : 3.534
					Implementation of evidence-based practice : outside the box, throughout the hospital (Ubbink et al., 2011)	Netherlands Journal of Medicine (2011) : 2.072
					Exploring the role of organizational policies and procedures in promoting research utilization in registered nurses (Squires, Moralejo & Lefort, 2007)	Implementation Science (2007) : -

PubMed	<i>Evidence-Based Nursing</i> and implementation (All fields)	Full text	31	30	FIRE (Facilitating Implementation of Research Evidence) : a study protocol (Seers et al., 2012)	Implementation Science (2012) : 2.372
PubMed	<i>Nurses and Evidence-Based Nursing</i> and barriers (All fields)	Free full text 10 years Species : human Review	46	37	Barriers to and facilitators of research utilization: a survey of registered nurses in China (Wang et al., 2013)	PLoS One (2013) : 3.534
					Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses : a self-report survey (Dalheim, Hartung, Nilsen & Nortvedt, 2012)	BMC Health Services Research (2012) : 1.773
					Adopting evidence-based nursing in clinical decision making : nurse's perceptions, knowledge, and barriers (Majid et al., 2011)	Journal of the Medical Library Association (2011) : -
PubMed	<i>Nurses and Evidence-Based-Nursing</i> and implementation (All fields)	Free full text 10 years Species : human	59	52	Implementation of evidence-based practice across medical, nursing, pharmacological and allied healthcare professionals : a questionnaire survey in nationwide hospital settings (Weng et al., 2013)	Implementation Science (2013) : 3.47
PubMed	<i>Nurses and research utilisation</i> (Title)	Full text 10 years	10	9	Research utilisation and critical thinking among newly graduated nurses: predictors for research use. A quantitative cross-sectional study (Wangenstein, Johansson, Björkström & Nordström, 2011)	Journal of Clinical Nursing (2011) : 1.118
Facteur d'impact moyen						2.641
Écart type						1.901

Synthèse des résultats

Suite à la lecture et à l'analyse des articles, nous avons ressorti des éléments susceptibles de répondre à notre question de recherche. Nous avons ensuite catégorisé les résultats identifiés de manière à ce que la lecture de notre synthèse soit la plus compréhensible possible.

5.1. Facteurs facilitateurs

5.1.1. Facteurs institutionnels

L'intérêt, le soutien et l'engagement des managers ou de l'administration sont cruciaux pour les infirmières qui souhaitent changer leurs pratiques (Tagwa, 2012). En effet, les responsables doivent soutenir les infirmières et promouvoir l'*EBP* afin d'améliorer l'utilisation de la recherche (Dalheim et al., 2012 ; Ubbink et al., 2011). Les administrateurs devraient rendre la recherche accessible ainsi qu'accorder du temps aux infirmières pour lire et examiner des articles pertinents. Pour ce faire, il est important de créer un environnement réceptif à la recherche et à l'évaluation critique (Tagwa, 2012). Le fait d'avoir des leaders en *EBN* au sein des services de soins joue un rôle important pour cultiver la pensée critique des infirmières et les aider à avoir une attitude positive envers l'*EBN*. Un manque de soutien à cet égard augmente considérablement les chances de percevoir les obstacles à l'utilisation de la recherche (Wangensteen, Johansson, Björkström & Nordström, 2011).

Il est également important que les soins infirmiers soient représentés au sein du comité de l'hôpital, dans le but de soutenir l'*EBP* auprès de la direction de l'institution (Solomons & Spross, 2011). Les hôpitaux non universitaires sont moins familiarisés à l'*EBP*, ce qui souligne la nécessité de nouvelles initiatives d'amélioration comme l'inclusion des compétences de la recherche dans le cahier des charges infirmier (Solomons & Spross, 2011 ; Ubbink et al., 2011). Des soins excellents fondés sur des preuves ne peuvent être atteints sans l'interaction des différents professionnels de gestion, de recherche et de la santé. C'est pourquoi changer les pratiques cliniques est une tâche multidisciplinaire qui demande de la coopération et du soutien de tous les membres de l'équipe soignante (Tagwa, 2012 ; Ubbink et al., 2011).

Le développement d'une culture institutionnelle fondée sur des preuves dépend du leadership, de la disponibilité des éléments de preuve et de l'infrastructure (Wangensteen et al., 2011). Celle-ci est considérée comme un facteur facilitateur aux changements basés sur des résultats probants dans la pratique (Tagwa, 2012). La culture de l'équipe a également une grande influence sur le développement de l'infirmière (Wangensteen et al., 2011).

Les infirmières doivent évaluer si le sujet de la recherche convient aux priorités de l'institution, aux contextes de soins ainsi qu'aux services spécifiques. Le sujet doit être suffisamment intéressant pour la discipline, afin de susciter l'intérêt des professionnels, d'avoir un appui de la part des supérieurs et d'optimiser le soutien financier (Titler et al., 2001). Si

l'institution n'est pas intéressée, elle ne soutiendra pas les infirmières dans leur processus d'innovation.

Le financement de la recherche par l'institution favorise son utilisation (Wang, Jiang, Wang, Wang & Bai, 2013). L'établissement peut être intéressé par l'*EBP* pour maintenir des accréditations ou pour attirer plus de payeurs (Solomons & Spross, 2011). De plus, l'utilisation d'un protocole mis en place au sein d'un service de soins, par exemple pour la glycémie, peut permettre de diminuer les coûts des soins. Toutefois, la diffusion du protocole à implémenter peut valoir une certaine somme (Thomas et al., 2009).

Pour aller dans le sens du modèle d'*IOWA*, l'institution doit percevoir un bénéfice par rapport à l'investissement de départ pour qu'elle finance le projet d'innovation.

Dans le but d'améliorer l'*EBP*, certaines recherches affirment qu'il faut faire progresser la formation pour la recherche, afin de faire augmenter les connaissances de base (Wang et al., 2013). Dans cette même optique, Wangenstein et al. (2011) recommandent la reconnaissance et le renforcement de la pensée critique, à la fois dans l'enseignement des soins infirmiers, mais aussi dans la pratique clinique. Elle devrait être encouragée aux moyens de stratégies d'apprentissage tels que le questionnement, le dialogue, et la réflexion sur la pratique. Pour faciliter l'adoption de l'*EBP*, d'autres méthodes ont déjà été mises en place tels que des coachings avec des personnes ayant de l'expérience dans la recherche (Majid et al., 2011),

des cours ainsi que des entraînements à la recherche de littérature sur les bases de données (Solomons & Spross, 2011).

La formation adéquate permet non seulement d'effectuer des recherches sur des bases de données, mais également d'utiliser des outils, des théories ou des modèles utiles à un changement de pratique, comme c'est le cas pour le modèle d'*IOWA*. Il est nécessaire de bien l'avoir compris pour pouvoir l'appliquer dans la pratique.

Du temps pour étudier et implémenter l'*EBP*, ainsi qu'un accès facilité à la recherche et aux bases de données permettent d'améliorer l'adoption de cette nouvelle pratique (Majid et al., 2011 ; Ubbink et al., 2011). Ubbink et al. (2011) précisent que les infirmières n'ont encore que peu conscience de l'existence des bases de données, de ce fait elles ne les utilisent encore que très rarement. Dans une revue Cochrane de Murthy et al. (2012), ressortaient diverses interventions en lien avec l'implémentation, tels que l'envoi de prospectus récapitulant les revues systématiques au domicile des infirmières, ainsi que l'accès facilité à une bibliothèque de santé en ligne (the WHO Reproductive Health Library¹).

Pour mettre en place un changement de pratique, il est nécessaire de maîtriser la recherche de littérature sur les bases de données, dans le but d'avoir des résultats probants fiables sur lesquels s'appuyer lors d'un

¹ Comprend des revues électroniques sur les meilleurs résultats probants et donne des actions aux professionnels pour soutenir et améliorer les changements de pratique.

changement de pratique. D'ailleurs, une étape du modèle d'*IOWA* est d'assembler les recherches de littérature (Titler et al., 2001). Dans le domaine des soins infirmiers, les résultats les plus pertinents se retrouvent dans des banques de données précises. Il faut donc d'une part en connaître l'existence, d'autre part y avoir accès.

Le fait d'avoir une équipe et une gestion pour l'apprentissage de l'*EBP* est un facilitateur à sa promotion et à son implémentation (Ubbink et al., 2011). De plus, les avis des leaders d'opinions rendent les protocoles plus crédibles à leur utilisation. En effet, s'il y a des critiques sur les protocoles, ceux-ci seront plus facilement utilisés (Thomas et al., 2009).

5.1.2. Facteurs individuels

Plusieurs études ont démontré l'influence de l'attitude sur l'utilisation de la recherche infirmière. Ubbink et al. (2011) affirment que plus les perceptions envers l'*EBP* sont positives, plus cela encouragera les infirmières à employer les résultats probants. De plus, le fait d'avoir un sentiment d'efficacité personnelle élevé dans ce domaine apparaît comme étant une des influences primaires à l'implémentation (Weng et al., 2013). Une étude appuie ces résultats en décrétant que 88% des infirmières nouvellement diplômées ($n = 617$), âgées en moyenne de 31 ans, pensent que la recherche est intéressante, 85% que la pratique clinique doit s'y référer, et 83% que la compréhension de la recherche les aide professionnellement. En outre, 57% ont déclaré qu'elles fondent leur pratique sur la recherche, 44%

qu'elles ont accès aux résultats probants au travail, mais seulement 15% ont affirmé qu'elles avaient le temps de lire des articles alors qu'elles étaient en service (Ubbink et al., 2011). Majid et al. (2011) déclarent également dans leur étude que, malgré le fait que 64% des infirmières ont une attitude positive envers l'*EBP*, la lourde charge de travail à laquelle elles sont confrontées ne leur permet pas de rester à jour avec les nouveaux résultats probants. Il est également intéressant de préciser qu'une étude constate une différence significative entre les infirmières plus âgées (entre 51 et 65 ans) et les plus jeunes (< 37 ans). Les premières ont une attitude plus positive envers l'*EBP* que les secondes. Aussi, les plus âgées sont plus convaincues que l'*EBP* améliore la qualité des soins aux patients (Ubbink et al., 2011). Ceci peut s'expliquer par le fait qu'elles seraient plus matures et plus confiantes dans l'application des preuves probantes dans la pratique (Majid et al., 2011 ; Tagwa, 2012). Dans leur étude, Wangensteen et al. (2011) ont fait l'état des différentes variables indépendantes qui ont une influence sur les attitudes envers la recherche. Il en est ressorti que le fait d'exercer au quotidien la pensée critique, d'avoir une ouverture d'esprit, une capacité d'analyse, de la curiosité et de la maturité étaient les éléments majeurs qui pouvaient expliquer ces différences de comportements.

Pour identifier un déclencheur (axé sur les problèmes ou sur les savoirs), en lien avec le modèle d'*IOWA*, il faut que l'infirmière soit à l'aise avec l'attitude réflexive permettant la pensée critique. Si elle est curieuse et se

questionne sur sa pratique clinique quotidienne, elle saura faire preuve de motivation et d'argumentation pour promouvoir un changement de pratique auprès de la direction de l'institution et de ses collègues.

Les données de l'étude de Weng et al. (2013) démontrent que les professionnels de la santé intègrent les résultats probants dans la prise de décisions cliniques le plus souvent lorsqu'ils possèdent des perceptions positives ainsi qu'un sentiment d'efficacité personnelle élevé envers l'*EBP*, de l'entraînement et un poste permettant de le faire. Les professionnels ayant un Bachelor, un Master ou un Doctorat sont plus disposés à implémenter l'*EBP* que ceux ayant un degré scolaire de niveau secondaire II. Dans la mesure du possible, l'enseignement et l'entraînement qui permettent l'acquisition de connaissances et de compétences peuvent aider à augmenter les convictions positives et les attitudes favorables envers l'*EBP*, et finalement, permettre de l'utiliser dans la pratique. Les personnes qui se sentent compétentes ou expertes dans la recherche et qui ont confiance en elles savent que cette discipline a un impact positif sur la pratique, ce qui semble en favoriser l'utilisation (Dalheim et al., 2012 ; Wangenstein et al., 2011). Avoir accès à des informations pertinentes, précises et actuelles est devenu primordial pour permettre aux infirmières de garder à jour leurs connaissances et d'adopter l'*EBP* (Majid et al., 2011).

Au niveau du modèle infirmier, une fois la littérature sélectionnée, il faut catégoriser les articles afin de pouvoir faire une critique et une synthèse des

travaux de recherche (Titler et al., 2001). Cela implique d'avoir les compétences nécessaires pour analyser les statistiques afin de faire ressortir les résultats.

Lorsque les infirmières, les collègues et l'institution trouvent un réel profit à l'*EBN*, ils prennent du temps à faire des recherches pour la mise en place de nouveaux protocoles (Dalheim et al., 2012). La participation et le soutien des collègues sont également des facteurs facilitateurs à l'implémentation de l'*EBN* (Ubbink et al., 2011). Néanmoins, malgré le fait que 74% des infirmières sont convaincues de l'utilité et de l'efficacité des résultats probants dans leur pratique, seulement 44% en font usage (Ubbink et al., 2011). Si ces résultats sont explicités avant leur implémentation, les changements dans la pratique sont ensuite accélérés (Murthy et al., 2012).

5.2. Facteurs obstruants

5.2.1. Facteurs institutionnels

Pour diminuer les coûts, les effectifs infirmiers sont réduits. De plus, avec les horaires pénibles, l'utilisation de la recherche en souffre (Wang et al., 2013). Les leaders ou managers ont parfois d'autres objectifs plus importants (Wangensteen et al., 2011).

Le manque de temps sur le lieu de travail pour chercher et lire les articles de recherche a été identifié comme étant l'une des principales barrières. Du temps additionnel est nécessaire aux infirmières pour qu'elles puissent

accéder, localiser, lire, et évaluer les rapports de recherche, puis implémenter les résultats dans la pratique (Dalheim et al., 2012 ; Majid et al., 2011 ; Tagwa, 2012).

Le processus d'implémentation du modèle d'*IOWA* requiert du temps. En admettant que l'institution soit favorable à opérer un changement de pratique, il faut encore qu'elle mette du temps à disposition de l'équipe et lui permette d'effectuer les recherches et essais nécessaires.

En fonction de la culture du pays, les facteurs obstruants peuvent être plus ou moins importants, par exemple en Chine où la hiérarchie entre les directeurs, les médecins et les infirmières est très respectée, ce qui peut limiter la prise d'initiatives de ces dernières dans le domaine de la recherche (Wang et al., 2013).

Plusieurs études font l'état d'un manque réel de formation et d'entraînement pour incorporer les résultats de recherche dans la pratique clinique (Tagwa, 2012). D'ailleurs, dans cette discipline, une nette différence se présente entre les médecins et les infirmières, qui sont moins formées. Cela ressort, par exemple, par le fait que durant l'année 2010, les médecins ont effectué en moyenne 100 recherches contre une seule pour les infirmières (Ubbink et al., 2011). Ce manque de formation et d'entraînement à l'*EBP* est donc identifié comme une barrière importante. Il se peut que des infirmières motivées à baser leurs pratiques sur des preuves probantes n'aient pas l'entraînement nécessaire pour localiser, évaluer, synthétiser, et

appliquer avec confiance les résultats de recherche dans la pratique. Le paradigme d'éducation infirmier doit de ce fait évoluer vers l'intégration de la recherche et de l'*EBP* dans le programme d'études de la formation initiale (Tagwa, 2012).

Étant donné que les médecins ne coopèrent que très peu en faveur de l'*EBN*, les infirmières n'ont pas assez de pouvoir pour implémenter de nouveaux changements de pratique (Tagwa, 2012).

Une équipe de recherche doit travailler en interdisciplinarité. Cela implique que les médecins ont également un rôle important dans la recherche infirmière. De plus, s'ils coopèrent, ils peuvent aider les infirmières à piloter, puis instituer le changement dans la pratique grâce à leur regard médical qui compète celui de l'infirmière. Ils ont aussi plus d'expérience dans ce domaine.

Le manque de pouvoir pour implémenter le changement est aussi attribué au manque de soutien des managers (Tagwa, 2012). Ces facteurs contextuels semblent être plus importants pour les infirmières nouvellement diplômées que pour celles plus expérimentées (Wangensteen et al., 2011). Seulement un petit pourcentage d'infirmières pourraient considérer intégrer dans leur pratique des résultats de recherche non soutenus par les politiques institutionnelles. Les participants de cette étude ont reporté qu'ils consultaient ces politiques et procédures pour les raisons suivantes : les confirmer, se familiariser avec des activités nouvelles et inconnues, s'assurer

qu'une tâche est à la portée de leur pratique, régler des différents concernant la manière correcte d'effectuer le travail, enseigner aux étudiants et orienter le nouveau personnel (Squires, Moralejo & Lefort, 2007).

5.2.2. Facteurs individuels

Nous avons relevé précédemment que les infirmières sont conscientes et croient aux valeurs des pratiques basées sur les résultats de recherche, mais toutes ne les utilisent pas pour prendre des décisions cliniques. Il a été retenu que la plupart d'entre elles utilisent fréquemment, voire toujours, les savoirs obtenus via les manuels de procédures institutionnelles dans leur pratique quotidienne, et qu'ils leur servent de guide (Squires et al., 2007). Dans la même optique, l'étude de Dalheim et al. (2012) démontre que les infirmières privilégient les connaissances basées sur leurs observations et celles de leurs collègues. Les autres sources de connaissances les plus fréquemment utilisées pour soutenir la pratique clinique sont : les informations acquises à partir du patient, l'expérience personnelle, l'expérience propre des infirmières, et les informations tirées des discussions avec les médecins. De plus, n'oublions pas que la profession infirmière se base traditionnellement sur des théories de soins pour guider la pratique plutôt que sur des résultats probants. Weng et al. (2013), quant à eux, soutiennent que le fait que les infirmières comptent plutôt sur des directives claires et ont moins de liberté d'agir dans la prise de décision médicale seraient des raisons à la faible implémentation des résultats probants dans

leur pratique clinique. Toutefois, lorsque les bases de données sont consultées, les infirmières utilisent le plus souvent Cochrane et CBO¹ pour soutenir la prise de décisions cliniques (Ubbink et al., 2011).

Les infirmières préfèrent se baser sur des protocoles issus des résultats probants déjà mis en place, et ne feront pas de recherche, car une partie d'entre elles ignore l'existence des résultats de la littérature (Ubbink et al., 2011). Cela peut se traduire par un manque de volonté, de compétences, ou de temps. Cependant, les professionnels nouvellement diplômés ont une curiosité intellectuelle, un désir d'apprendre et envisagent les défis de l'*EBN* comme des opportunités de se développer. Malheureusement, après trois ans de pratique, cette motivation tend à diminuer (Wangensteen et al., 2011).

Selon Titler et al. (2001), il est primordial d'avoir des équipes motivées à apporter des changements de pratique et qui perçoivent de l'intérêt à utiliser les résultats probants.

Bien que les infirmières utilisent des résultats probants, il ressort encore un manque de confiance en la qualité des recherches (Dalheim et al., 2012).

La langue est une barrière qui est très souvent mentionnée. Il y a une réelle difficulté avec la langue des rapports écrits principalement en anglais (Dalheim et al., 2012). De plus, l'incapacité à comprendre le jargon

¹ Dutch Institute for Healthcare Improvement. Base de données proposant des protocoles basés sur des preuves.

technique utilisé dans les recherches est un frein à la lecture et à l'analyse des articles (Majid et al., 2011).

Une étape du modèle d'*IOWA* est le rassemblement des publications de recherche pertinentes et de la littérature associée. Il est important d'inclure des guidelines, des revues systématiques, des méta-analyses et des études cliniques. Il ne faut pas négliger non plus les autres sources d'informations tels que des revues électroniques, des travaux de master ou de doctorat et des bases de données scientifiques. Après avoir sélectionné la littérature, il faut catégoriser les articles, afin de pouvoir faire une critique et une synthèse des travaux de recherche (Titler et al, 2001). La compétence de l'anglais est donc primordiale pour pouvoir effectuer cette étape adéquatement.

Comme pour la barrière de la langue, l'incompréhension des analyses statistiques présentes dans les résultats des articles est un obstacle important. La difficulté de compréhension des statistiques est prédominante (Ubbink et al., 2011). 47% des infirmières ($n = 1'486$) sont incapables de saisir le sens des statistiques présentes dans la recherche (Majid et al., 2011). Il est donc pertinent de convertir les résultats des recherches dans des formats facilement compréhensibles (Solomons & Spross, 2011).

Afin de pouvoir faire une critique et une synthèse des travaux de recherche efficaces, qui constitue une étape du modèle d'*IOWA*, il est nécessaire que les analyses statistiques soient bien comprises pour éviter des

erreurs d'interprétation. Ces dernières pourraient biaiser l'implémentation de l'innovation et nuire à la qualité des soins.

5.3. Perspectives pour la pratique

Les résultats présentés ci-dessus répondent à notre question de recherche dans le sens où nous avons identifié et explicité les facteurs facilitateurs et obstruants qui influencent les connaissances, l'utilisation et l'implémentation de l'*Evidence-Based Nursing*. Malgré le fait que l'*EBP* soit majoritairement présent dans les articles sélectionnés, il peut être associé à l'*EBN*. En effet, ce dernier en découle et n'est encore que très peu représenté au sein de la littérature scientifique.

Mettre en évidence les barrières permet d'en prendre conscience afin de pouvoir les surmonter. Ce processus facilite l'utilisation et l'implémentation des résultats de recherche dans la pratique clinique.

Nous constatons que la synthèse de ces résultats fait ressortir des éléments que nous avons déjà identifiés dans notre problématique et parmi les réponses à notre questionnaire. En comparaison avec celui-ci, nous avons relevé certaines similitudes, tels que le fait que les outils et les ressources nécessaires ne sont que peu disponibles, la barrière de la langue et le manque de compétences pour interpréter les résultats, et enfin le manque de temps.

Il est pertinent de mettre en évidence ces barrières et facteurs facilitateurs. Cela montre que nous, infirmières, avons encore des défis à relever pour faire accepter cette pratique dans les institutions non-promotrices de l'*EBN*.

Les stratégies de mise en œuvre efficaces devraient adopter une approche plus large et impliquer non seulement les écoles de médecine et de soins infirmiers et autres programmes de santé, mais aussi les systèmes de politique et gestion de la santé (Ubbink et al., 2011).

Les activités de l'*EBP* devraient faire partie des indicateurs de qualité. Ils devraient également inclure des modules d'enseignement pour les étudiants, ce qui se fait depuis peu en Europe. Tous les professionnels n'ont pas besoin d'être experts, néanmoins, il serait intéressant d'avoir au moins une personne spécialisée au sein d'un service de soins (Ubbink et al., 2011).

Cependant, ces résultats sont à prendre avec précautions, car la majorité des études analysées ici sont des essais randomisés contrôlés. Ceci implique donc que les échantillons ont été sélectionnés au hasard, souvent sous la forme de questionnaire. Certains auteurs supposent donc à juste titre la possibilité que l'attitude analysée soit faussement positive en raison de la non-participation des sujets ne prônant pas ou peu l'*EBN* (Ubbink et al., 2011).

Conclusion

6.1. Apports du travail de Bachelor

L'élaboration du travail de Bachelor, bien que complexe, a été enrichissante pour une diversité d'aspects. Le premier est l'apport au niveau théorique. En effet, nous nous rappelons que les premiers cours reçus en *EBN* n'avaient pas beaucoup de sens et qu'il nous était difficile d'en voir l'utilité. Par la suite, ce sentiment ne s'est que peu résorbé, car nos différentes expériences dans la pratique ne nous ont pas permis de nous projeter dans cette réflexion basée sur des preuves. Or, en travaillant pendant de nombreux mois sur cette thématique, nous avons pu à la fois y donner enfin du sens, en percevoir l'importance et prendre conscience des avantages et opportunités qui peuvent en découler. De plus, nous avons pu nous familiariser de plus près à la recherche grâce aux lectures d'articles, à leur analyse et à leur compréhension. En outre, nous pensons que cela aura une influence considérable sur notre future pratique.

Un second aspect à relever ici est l'apprentissage du travail en collaboration. Effectivement, le fait de travailler par groupe de trois n'a pas toujours été un exercice aisé. Il a fallu conjuguer trois personnalités distinctes, avec leur caractère, leurs idées et leurs besoins. Si cela n'a pas toujours été évident, nous nous rendons compte avec le recul que ce fut aussi et surtout une richesse. Grâce à une certaine ouverture d'esprit de la part de toutes les personnes du groupe, cette confrontation nous a permis

de partager et d'aller au-delà de nos seules perceptions. Cela est un plus pour la profession que nous allons exercer.

De plus, nous avons également mobilisé notre capacité d'adaptation. En effet, le fait d'être trois demande de l'organisation, de la disponibilité et une certaine relativisation. Aussi, pour faire valoir ses idées, il a fallu faire preuve de négociation et de bonnes compétences en matière de communication. De ce fait, chacune a parfois pris la place de leader au sein du groupe. Ce processus s'est fait naturellement et sans poser de problèmes aux deux autres.

Finalement, notre travail de Bachelor repose sur une thématique actuelle. Grâce à lui, nous avons maintenant les arguments indispensables pour faire valoir notre niveau de formation, notre profession au sein des autres disciplines et son impact dans la pratique.

6.2. Limites

Il ressort de notre travail quelques limites que nous mettons ici en évidence.

Premièrement, étant donné que nous ne sommes pas expertes en matière de recherche, que nous n'avons pas été coachées pour la lecture des articles et que nous ne savons l'anglais qu'à un niveau limité, nous n'avons peut-être pas sélectionné les bons articles (au niveau méthodologie et

limites). Il se peut également que nous ayons mal retranscrit voire interprété certains résultats.

Le choix des articles a été une limite dans le sens où il a été difficile de trouver des recherches en lien avec l'*EBN*, puisque la plupart ne traite encore que de l'*EBP*. Le nombre d'écrits analysés est relativement faible (11) et ne permet ainsi pas de faire une généralisation définitive des résultats que nous présentons. De plus, l'un des articles sélectionnés ne comportait pas de résultats, il a donc été exclu de la synthèse des résultats après sa lecture. Enfin, il n'y a pas de recherche faite dans notre région ou du moins aucun des articles sélectionnés n'en parle.

Après avoir rédigé la synthèse de nos résultats, nous nous sommes rendu compte que ceux-ci confirmaient ce que nous avons mis en évidence dans la problématique. Au final, nous constatons qu'il n'y a pas vraiment d'évolution dans les pratiques de recherche.

La rédaction du travail étant longue et complexe, il n'a pas toujours été évident de garder la motivation nécessaire à la poursuite de notre labeur. Toutefois, avec le soutien de chacune, nous avons réussi à dépasser cet obstacle.

6.3. Perspectives pour la recherche

Notre travail de Bachelor peut offrir des perspectives pour la recherche. Nous avons mis en évidence le fait que l'*EBP* est plus présent dans les

articles que l'*EBN*. Il serait donc pertinent d'avoir davantage de lectures sur cet aspect.

Nous avons conscience que cette pratique prendra peu à peu de l'ampleur grâce aux nouvelles infirmières recevant une formation ciblée sur la recherche. Il est donc pertinent de dispenser et valoriser les cours sur l'*Evidence-Based Nursing* dans la formation initiale.

Bien que les progrès arrivent dans les pays européens, la Suisse n'est pas encore très développée en matière de recherche dans les soins infirmiers. Ce sont nos volées et les volées futures qui permettront l'essor attendu dans cette activité.

Appendices

Figure 1. : Les savoirs infirmiers (Chinn & Kramer, 2008).

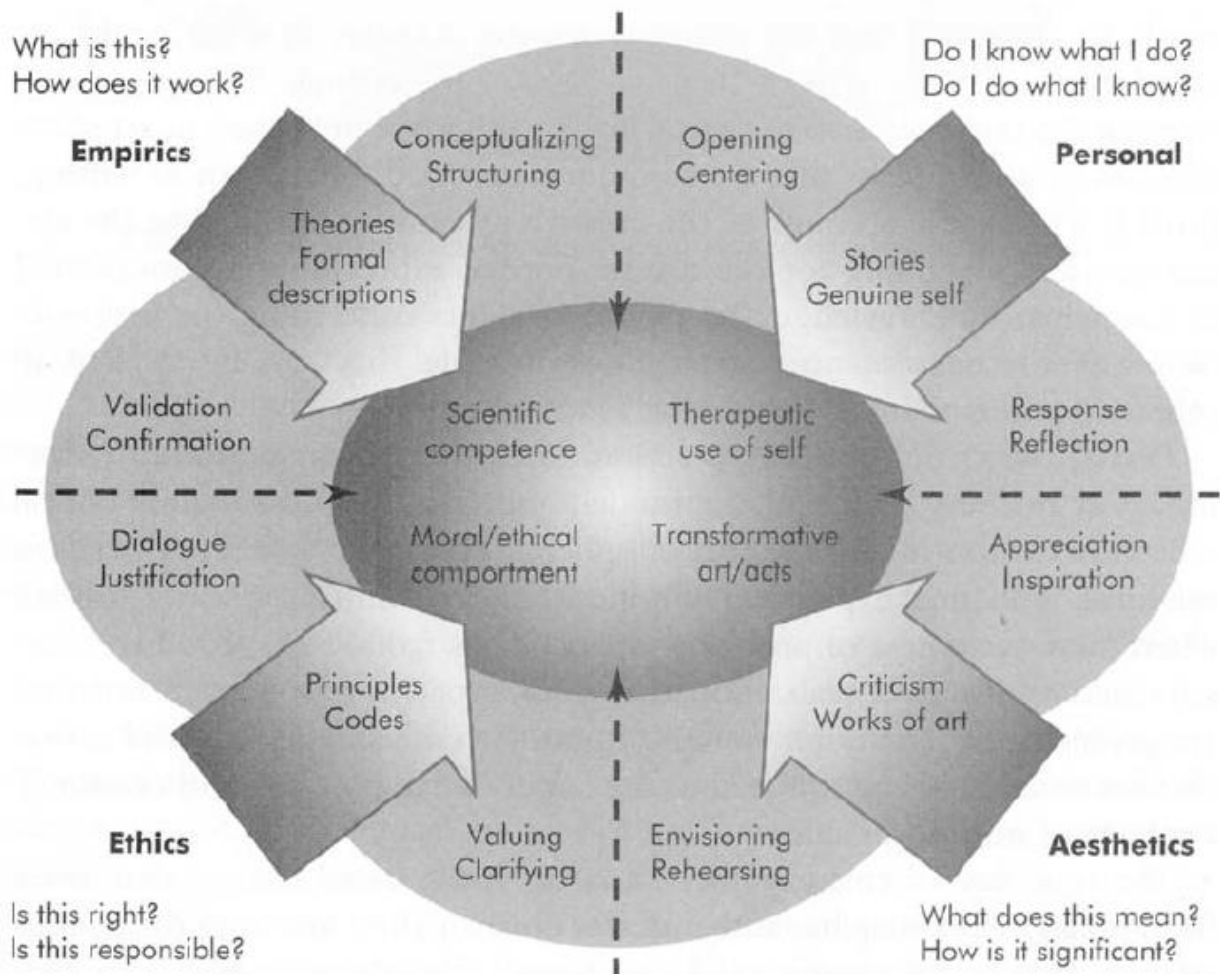


Figure 2. : Questionnaire de notre revue exploratoire.

Questions	Pas du tout d'accord	Un peu d'accord	Assez d'accord	Complètement d'accord
A. Je suis favorable aux changements de pratique infirmière		2	6	7
B. Je sais que des recherches en soins infirmiers dans le but d'améliorer la pratique infirmière existent			2	13
C. Je sais où trouver des articles de recherche comprenant des résultats probants pour la pratique infirmière	2	3	7	3
D. J'ai à disposition les outils nécessaires pour faire des recherches		11	4	
E. Je pense avoir les qualifications requises pour entreprendre des recherches		7	4	4
F. J'ai suffisamment de temps pour faire des recherches	6	6	3	
G. Mes connaissances d'anglais me sont suffisantes pour comprendre les articles de recherche	8	4	3	
H. Je trouve difficile de comprendre les résultats de recherche	2	4	7	2
I. J'ai les compétences pour interpréter les résultats de recherche	1	9	5	
J. J'arrive à donner un sens à l'utilisation des résultats de recherche dans ma propre pratique	1	7	6	1
K. Je pense avoir les qualifications requises pour changer les protocoles de soins	1	8	6	
L. J'ai assez de temps pour mettre en place des nouveaux protocoles	7	5	3	
M. J'ai les ressources nécessaires à disposition pour changer les protocoles de soins (budget, matériel, équipements...)	8	5	2	
N. Mes collègues infirmiers-ères sont favorables à un changement de pratique		8	6	1
O. L'ICUS est favorable au changement de pratique	1	2	8	4
P. Les médecins coopèrent au changement de pratique infirmière	1	8	6	
Q. L'organisation de l'institution permet de mettre en place des changements de pratique infirmière	1	8	5	1

Figure 3. : Résultats du questionnaire de notre revue exploratoire.

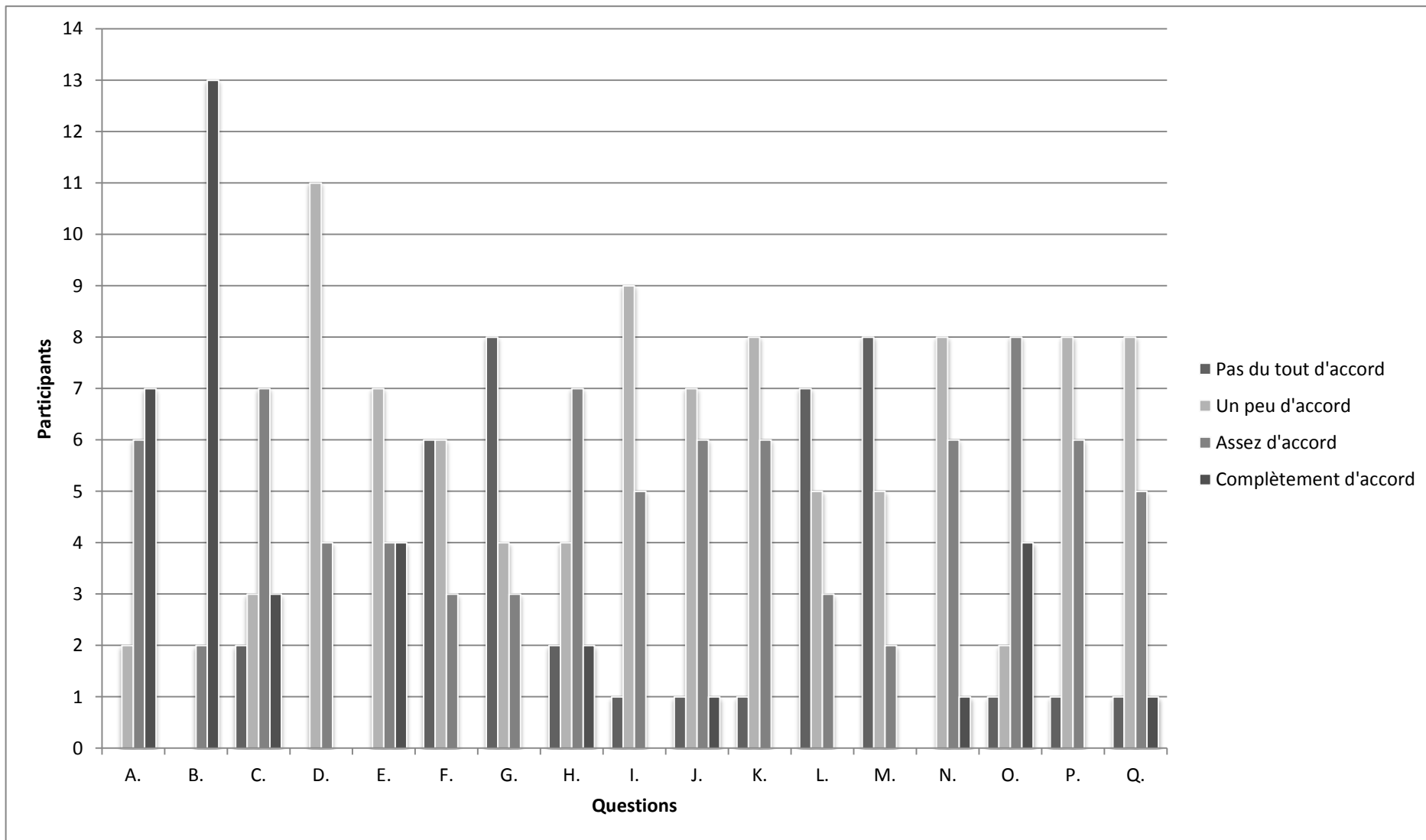


Figure 4. : Schéma du Modèle d'IOWA (Titler et al., 2001).

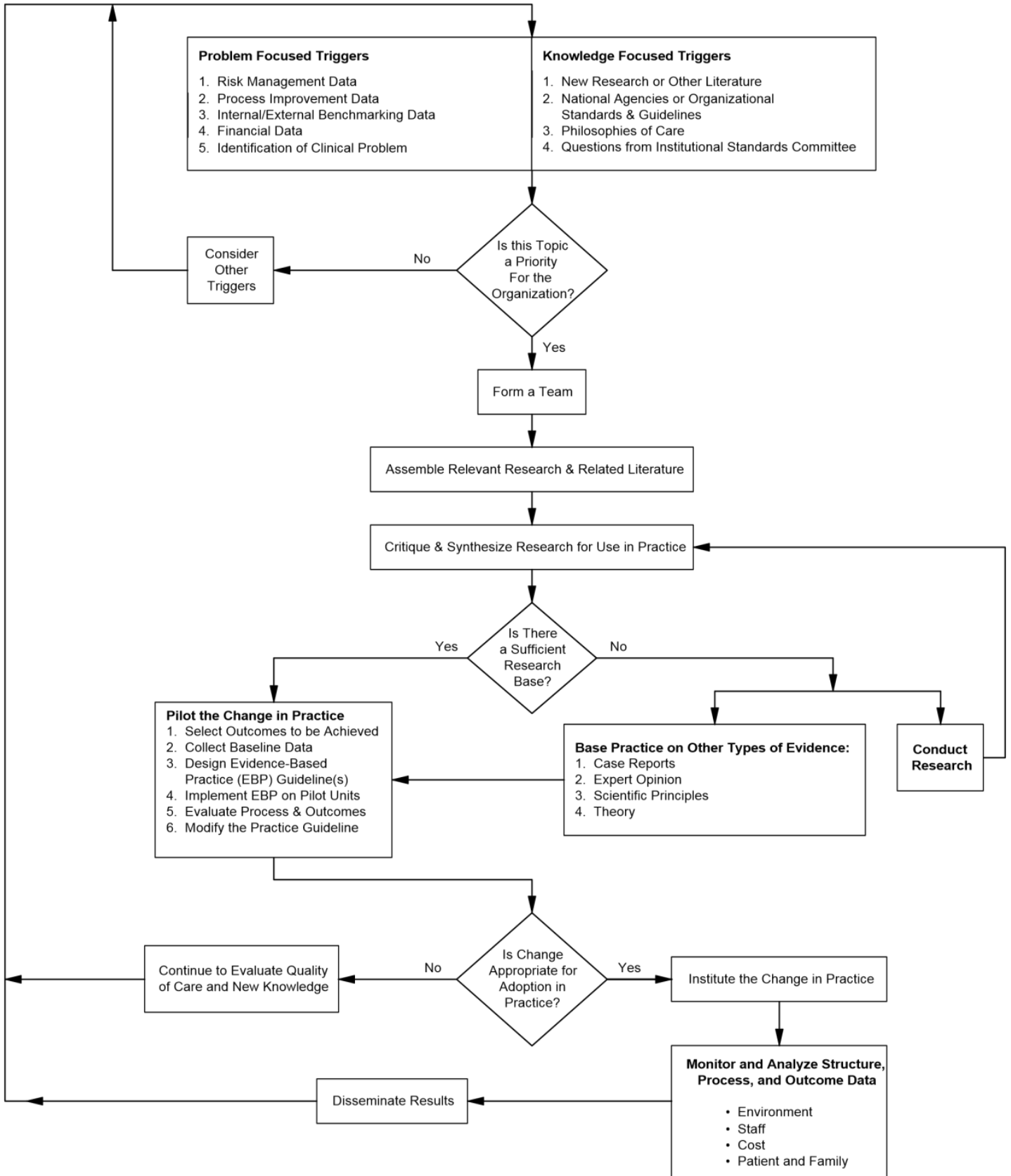


Figure 5. : Grille de lecture adaptée de Fortin (2010).

« Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey » (Dalheim, Harthug, Nilsen & Nortvedt, 2012).

Titre	Le titre ci-dessus montre bien la population des infirmières et le concept principal de l'EBP.
Résumé	<p>Le résumé décrit les aspects tels que</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ le but : examiner les facteurs qui influencent l'implémentation de l'EBP chez les infirmières en Norvège ○ la méthode : les données sont collectées grâce à un questionnaire (DEBP : Developing Evidence-Based Practice questionnaire) auprès de 407 infirmières. ○ les résultats : les recherches ne sont que très rarement utilisées, les infirmières privilégient les connaissances basées sur les observations et les collègues. La plus grande barrière à l'implémentation est le manque de temps et de connaissances en matière de recherche. ○ la discussion : les compétences en EBP semblent diminuer les barrières à l'utilisation de la recherche et permettent de l'utiliser dans la pratique
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Les autorités publiques et les organisations professionnelles ont décrété que se baser sur des résultats probants est un standard pour les services de santé. Cela permet d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des services de santé. Mais de nombreuses barrières sont encore présentes et empêchent une bonne implémentation de ces résultats. L'EBP pourra avoir plus de succès si ces barrières peuvent être mises en évidence et évitées.</p> <p>En Norvège, les autorités sanitaires ont décidé que les services de santé devaient se baser sur des résultats probants. Donc le fait de savoir comment les infirmières trouvent, rassemblent et utilisent les savoirs probants est important. C'est sur ce sujet que se base l'étude.</p>
Recension des écrits	<p>Dans les recherches antérieures traitant du même sujet, il ressort des barrières similaires, c'est-à-dire : manque de temps et manque de soutien de la direction.</p> <p>Les données de la recherche en lien avec le problème est résumé et l'on a déjà une idée des résultats notamment ceux des barrières.</p> <p>Chaque élément amené est référencié à l'aide d'un numéro qui nous renvoie à la fin de l'étude, ce sont des sources secondaires. Mais certaines sont des sources primaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Je pense que le cadre est conceptuel, car les auteurs ne s'appuient pas sur une théorie pour faire leur étude. Le cadre décrit la recherche, explique et prédit les résultats.</p> <p>Le cadre conceptuel est intégré dans la recension des publications.</p>

Buts et question de recherche	<p>L'étude vise à identifier les sources de connaissances sur lesquelles les infirmières basent leur pratique. Si les barrières sont identifiées, elles permettent une meilleure implantation.</p> <p>Il s'agit dans l'étude de faire ressortir ces barrières avec l'aide d'une échelle : BARRIERS to Research Utilization Scale.</p> <p>Il n'y a pas vraiment de question de recherche définie précisément.</p> <p>La population à l'étude est la population des infirmières en Norvège.</p> <p>Les questions s'appuient sur les méthodes de recherche sous-jacentes.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>L'étude est menée dans un hôpital universitaire en Norvège. La population comprend des infirmières travaillant dans 20 services. Pour sélectionner les services, les chercheurs se sont basés sur les directeurs ayant montré de l'intérêt à participer à un projet d'implémentation de l'EBP. En tout, 661 infirmières ont été invitées à participer pendant la période de novembre-décembre 2010.</p> <p>Les personnes malades, absentes ou en vacances pendant la période, n'ont pas été invitées.</p> <p>Les chercheurs ont pris la population proposée par les directeurs et ont exclu les personnes malades dans le but d'avoir un maximum de retour.</p>
Considérations éthiques	<p>Chaque participant a été informé du but de l'étude, la participation est volontaire et reste anonyme.</p> <p>Un numéro pseudo a été donné à chaque réponse pour ne pas qu'on puisse remonter à la personne qui a rempli le questionnaire. Le lien entre le numéro pseudo et le numéro d'identification personnel est stocké séparément dans un serveur sécurisé de l'hôpital.</p> <p>Les données ont été mises dans des enveloppes réponses. Les questionnaires ont été collectés dans chaque service et une personne autre que l'enquêteur a ouvert les enveloppes et remis les questionnaires pour le traitement des données.</p> <p>L'étude a été approuvée par un médiateur (ombudsperson) de l'hôpital concerné.</p>
Devis de recherche	<p>L'étude comporte un questionnaire qui permet d'explorer les sources de connaissances des infirmières. Cela permet d'avoir des résultats sur lesquels s'appuyer.</p> <p>La méthode de recherche est une méthode quantitative et est conciliable avec les outils de collecte des données proposées (questionnaire). Par le biais des questionnaires, l'étude peut mettre en évidence les ressentis et les réponses des principaux concernés.</p> <p>Etant donné que c'est une recherche quantitative, les données ne peuvent être applicables aux études qualitatives. Mais l'étude respecte la crédibilité. La réalité est représentée et mise en évidence par le biais du questionnaire. Cette étude est fiable, puisque si ils la refont avec d'autres infirmiers, probablement qu'il en ressortirait les mêmes résultats. Les résultats reflètent bien les données et non le point de vue des auteurs (neutralité).</p> <p>La recherche ne s'est pas faite sur le terrain, mais les infirmiers ont rempli les questionnaires sur leur lieu de travail et les ont rendus sous enveloppe. L'étude s'est déroulée sur un mois ce qui a laissé suffisamment de temps aux soignants pour se familiariser avec l'EBP et remplir les questionnaires.</p>

Modes de collectes de données	<p>Les questionnaires traduits en norvégien ont été distribués sur le lieu de travail et chaque service a défini une personne qui s'est chargée de récupérer les données.</p> <p>L'échelle des barrières est critiquée du fait qu'elle explore seulement l'utilisation de la recherche et non le fait que les infirmiers utilisent des autres sources d'information pour soutenir leur pratique.</p> <p>Je n'observe pas de question de recherche dans cet article, mais les observations sont claires et permettent de répondre au problème principal.</p> <p>Le Developing Evidence-based Practice Questionnaire a été développé par Gerrish et al. L'auteur a donné son autorisation pour traduire et utiliser son questionnaire.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte de données est décrit clairement et représenté à l'aide d'un tableau</p> <p>En utilisant le questionnaire de Gerrish qui est fiable et valide, les biais ont été moindres. Les méthodes pour analyser les statistiques sont pertinentes dans cette étude.</p> <p>La variable dépendante dans cet article est l'implémentation de l'EBP. Les variables indépendantes représentent les résultats en lien avec les barrières qui ressortent du questionnaire.</p>
Analyse des données	<p>Ils ont utilisé diverses méthodes afin d'analyser les données. Le seuil de signification pour cette étude a été posé à $P=0.01$. Une méthode de régression linéaire a été utilisée pour explorer les différentes variables du contexte avec les variables des sources de connaissances.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont pris en considération dans les analyses, comme par exemple en séparant l'âge des personnes, le nombre d'années de pratique.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Des 661 infirmiers invités à participer, 407 ont retourné le questionnaire dûment rempli.</p> <p>Les résultats sont présentés à l'aide de quatre tableaux et d'un graphique. Et les résultats sont résumés par un texte narratif en dessous des quatre tableaux.</p> <p>Les cinq sources les plus utilisées pour soutenir la pratique clinique sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Information acquise à partir de chaque patient ○ Les connaissances basées sur l'expérience personnelle ○ Les informations obtenues de la politique hospitalière et des protocoles ○ Information obtenue de l'expérience propre des infirmiers ○ Information tirée des discussions avec les médecins <p>Les articles publiés dans des revues médicales ou infirmières sont le moins fréquemment utilisés comme source d'information. Ceci ressort aussi dans d'autres études effectuées</p> <p>Les cinq plus grandes barrières à l'EBP sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pas assez de temps pour trouver des articles de recherche ○ Pas assez de temps pour trouver des informations organisationnelles comme des protocoles ○ Manque de confiance en l'évaluation de la qualité des recherches ○ Difficultés avec la langue (anglais) dans les publications ○ Pas assez de temps au travail pour implanter des changements de pratique.

	<p>Les compétences personnelles en EBP ont un lien avec les barrières. Les personnes se sentent compétentes ou expertes dans la recherche savent que la recherche a un impact positif dans la pratique et donc l'utilise. Pratiquement tous les répondants ont répondu qu'ils étaient novices ou débutants en matière de recherche.</p> <p>Les auteurs ont fait évaluer les données par des experts en statistiques.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats montrent que les infirmières utilisent surtout l'expérience basée sur les connaissances plutôt que les résultats probants issus des journaux de recherche.</p> <p>La plus grande barrière est le manque de temps pour trouver et passer en revue la recherche de littérature. Un manque de compétence pour trouver, évaluer et comprendre les articles ressort également.</p> <p>La recherche basée comme preuve dans la pratique augmente avec l'âge des infirmiers et avec leur nombre d'années de service. Ceci ne ressort pas dans l'étude de Milner et al. (2009), qui eux ont trouvé l'inverse.</p> <p>La profession infirmière se base traditionnellement sur une théorie pour guider la pratique en comparaison de la médecine qui elle base sa pratique sur des résultats probants tirés d'essais randomisés contrôlés. C'est pour cette raison qu'on se base que très rarement sur des résultats probants en soins infirmiers.</p> <p>Limites : Les résultats ne sont pas représentatifs pour les infirmiers en général, car ceux qui ont participé aux questionnaires sont influencés par une direction qui est en faveur de l'EBP. De plus, le questionnaire est relativement nouveau et n'a été utilisé que dans très peu d'études. Les résultats ne peuvent donc être pour le moment directement comparés à d'autres études.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les résultats de cette étude peuvent être une base pour aider et soutenir les infirmiers à dépasser les barrières mises en évidence.</p> <p>Le monde actuel est un monde très occupé dans lequel le temps est très précieux. Il faut que les infirmiers, leurs collègues et l'organisation trouvent un réel profit à l'EBN pour qu'ils passent du temps sur les recherches.</p> <p>Les infirmiers expérimentés sont une ressource pour implémenter l'EBN. Pour un processus de facilitation réussi, il faut que les responsables soutiennent les infirmiers à participer à des travaux de groupe afin d'améliorer l'utilisation de la recherche infirmière.</p>

Figure 6. : Grille de lecture adaptée de Fortin (2010).

« Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers » (Majid, Foo, Luyt, Zhang, Theng, Chang & Mokhtar, 2011).

Titre	Le titre ci-dessus précise les concepts (<i>EBP</i> , nurses' perceptions, knowledge, barriers) et précise la population que sont les infirmières.
Résumé	<p>Le résumé décrit les aspects tels que</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ le but : explorer la conscience, les connaissances et l'attitude des infirmières envers l'<i>EBP</i>, ainsi que les facteurs qui favorisent ou créent des barrières à l'implémentation. ○ la méthode : 2100 questionnaires ont été distribués à des infirmières dans deux hôpitaux de Singapour et 1486 ont été retournés complets. ○ les résultats : 64% des infirmières ont une attitude positive envers l'<i>EBP</i>, mais avec une lourde charge de travail, elles ne peuvent pas rester à jour avec les nouveaux résultats probants. Les trois principales barrières relevées sont le manque de temps, l'incapacité à comprendre le jargon utilisé dans les articles de recherche et l'incompréhension des données statistiques. ○ la discussion : bien que les infirmières aient une attitude positive face à l'<i>EBP</i> certaines barrières gênent encore à l'adoption de cette pratique.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Un des principaux objectifs des recherches et des nouveaux protocoles inventés est d'aider les médecins et les infirmiers à offrir les meilleurs soins et traitements possibles aux patients. Autrefois, les soins aux patients étaient influencés par les expériences et les opinions des soignants, désormais l'<i>EBP</i> marque un changement pour les professionnels de la santé.</p> <p>Heather et al. a démontré que la pratique infirmière basée sur des résultats probants améliore la qualité des soins au patient. C'est donc important pour cette discipline de travailler avec les évidences, c'est-à-dire, les résultats probants.</p> <p>Les infirmières sont de plus en plus impliquées dans la prise de décision clinique et c'est important pour elles d'utiliser les résultats probants afin de prendre des décisions efficaces et justifiables. De nombreuses barrières viennent encore entraver l'implémentation, l'article permet de mettre en évidence certaines de ces barrières.</p>
Recension des écrits	<p>Plusieurs auteurs et études sont cités dans l'introduction et permettent de comprendre le sens de l'étude. Ces études mettent en évidence les mêmes barrières qui ressortent dans l'article.</p> <p>La recension des écrits suggère que bien que les infirmières soient ouvertes à l'<i>EBP</i> et considèrent que c'est fondamental pour leur pratique, plusieurs barrières empêchent encore son implémentation.</p> <p>Chaque élément amené est référencié à l'aide d'un numéro qui nous renvoie à la fin de l'étude, ce sont des sources secondaires. Certaines sources sont primaires, car elles s'appuient sur un ouvrage de références. Mais pratiquement toutes les sources sont secondaires.</p>

Cadre de recherche	<p>La recherche ne s'appuie pas sur une théorie, mais se base sur des concepts. Les concepts clés sont définis.</p> <p>Toutes les études ont été faites dans le nord de l'Amérique, en Europe et dans certains pays occidentaux. Aucune recherche n'a été effectuée dans les pays asiatiques qui ont une autre façon de travailler, une culture et un environnement différents. L'étude a donc été menée à Singapour, qui offre un contexte intéressant (valeurs et culture de travail asiatiques ainsi que le pays industrialisé).</p> <p>La recherche est une étude quantitative, car elle contient un questionnaire. Cela est approprié pour cette recherche.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de cette étude est d'investiguer les perceptions qu'ont les infirmières envers l'adoption de l'<i>EBP</i> dans leur pratique.</p> <p>Les domaines couverts par cette étude incluent la compréhension, les croyances et les attitudes des soignants envers l'<i>EBP</i>. Les barrières qui les empêchent d'adopter l'<i>EBP</i>, leur besoin de formation, les sources d'information qu'ils préfèrent ainsi que leurs compétences en recherche de littérature.</p> <p>Les résultats de cette recherche peuvent être utiles pour développer une stratégie efficace pour promouvoir l'implémentation de l'<i>EBP</i> et surmonter les barrières associées.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>2100 copies du questionnaire ont été distribuées dans deux hôpitaux de Singapour. 1486 questionnaires ont été retournés</p> <p>Les soignants en congé maternité, maladie ou vacances annuelles durant la période de récoltes des données ont été exclus de l'étude.</p> <p>Les auteurs ont pris la population proposée par les directeurs et ont exclu les personnes malades dans le but d'avoir un maximum de retour.</p>
Considérations éthiques	<p>L'approbation déontologique a été obtenue du Domain Specific Review Board nommé par un groupe national de santé à Singapour.</p> <p>Une dérogation à un consentement éclairé a été accordée à chaque participant. En complétant le questionnaire, les participants donnaient leur consentement éclairé.</p> <p>Chaque questionnaire complété était déposé dans une boîte scellée placée dans le bureau des ICUS. Ces boîtes ont été récoltées à la fin de la récolte de données qui a duré deux semaines en 2009.</p>
Devis de recherche	<p>Les directeurs ont été personnellement mis au courant du but et de la procédure de l'étude et ont dû distribuer les questionnaires à tous les infirmiers travaillant dans leurs services respectifs.</p> <p>La méthode de recherche (quantitative) est conciliable avec les outils de collecte des données proposées (questionnaire).</p> <p>L'ébauche du questionnaire a été examinée par des experts (lecteurs, directeur de soins, cliniciens, infirmière diplômée) pour voir la validité du contenu. Ensuite il a été testé chez 20 infirmiers avant d'être distribué en totalité.</p> <p>Etant donné que c'est une recherche quantitative, les données ne peuvent être applicables aux études qualitatives. Mais l'étude respecte la crédibilité. La réalité est représentée et mise en évidence par le biais des questionnaires. Cette étude est fiable, puisque si ils la refont avec d'autres infirmiers, probablement qu'il ressortirait les mêmes résultats. Les résultats reflètent bien les données et non le point de vue des auteurs (neutralité).</p> <p>Par le biais des questionnaires, l'étude peut mettre en évidence les</p>

	<p>ressentis et les réponses des principaux concernés.</p> <p>La recherche ne s'est pas faite sur le terrain, mais les infirmiers ont rempli les questionnaires sur leur lieu de travail et les ont rendus sous scellé.</p>
Modes de collectes de données	<p>Un questionnaire a été utilisé pour récolter les données de l'étude. Le questionnaire était divisé en trois sections :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Travail, éducation, expérience de travail ○ Attitudes et connaissances de l'EBP ○ Sources d'information utilisées pour prendre des décisions cliniques) déclarations <p>L'ébauche du questionnaire a été examinée par des experts (lecteurs, directeur de soins, cliniciens, infirmière diplômée) afin de voir la validité du contenu. Ensuite il a été testé auprès de 20 infirmières. Après leurs remarques, de petits changements concernant la langue et le format des questions ont été faits.</p> <p>Le coefficient alpha de Cronbach (de 0,7 à 0,9 : bonne fiabilité et > 0,9 : excellent) a été utilisé.</p> <p>Un set de cinq affirmations a été utilisé pour investiguer les croyances et les attitudes au sujet de l'implantation de l'EBP dans leur pratique.</p> <p>Une échelle à 5 points sémantique a été utilisée pour collecter les perceptions des compétences</p> <p>Un set de 9 affirmations en lien avec les barrières a été utilisé pour recueillir les réponses.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données est décrit clairement, ils ont utilisé un questionnaire divisé en trois sections.</p> <p>L'étude ne contient pas d'intervention, elle ne fait que recueillir des données auprès de la population infirmière.</p> <p>La variable dépendante dans cet article est l'implémentation de l'EBP. Les variables indépendantes représentent les résultats en lien avec les barrières qui ressortent du questionnaire</p>
Analyse des données	<p>Les données étaient fiables, car leur coefficient alpha de Cronbach se trouvait entre 0,681 et 0,954</p> <p>Le programme de traitement des données utilisé a été le SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés à l'aide de cinq tableaux et sont résumés à l'aide d'un texte narratif.</p> <p>Les résultats sont exprimés selon les sections du questionnaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Information démographique : 82,7% des infirmiers n'ont pas eu de formation spécifique en lien avec l'EBP. ○ Croyances et attitudes envers l'EBP : 64,3% sont en désaccord avec l'affirmation : « ils préfèrent utiliser les méthodes traditionnelles que les nouvelles approches de soin ». ce qui signifie que les infirmières sont ouvertes à adopter de nouvelles méthodes. 51,1% sont en désaccord avec le fait que les articles de recherche sont pertinents pour leur pratique journalière. Au vu d'une charge de travail élevée, les infirmières ne peuvent rester à jour avec les nouveaux résultats probants. Elles ont une attitude positive, mais il faut leur laisser du temps suffisant pour apprendre et adopter de nouvelles techniques, dont l'EBP. ○ Efficacité personnelle et compétences en EBP : les infirmières ont moins confiance en leur capacité à traduire une question de

	<p>recherche correctement, mais se sentent capables d'identifier les problèmes cliniques. Les infirmières avec une expérience dans les soins plus longue semblent plus confiantes dans l'activité de l'EBP. Les bacheliers ou master encore plus. Ceux avec une qualification plus haute se sentent plus compétents.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Facteurs qui permettent l'adoption de l'EBP : une formation adéquate, du temps pour étudier et implémenter, un coaching avec des personnes ayant de l'expérience et un accès à de la recherche de littérature compréhensive. ○ Barrières : 53% : manque de temps sur le lieu de travail pour chercher et lire les articles de recherche / 47% : incapacité à comprendre les statistiques ou le jargon technique utilisé dans les recherches / 46% : manque de temps pour changer les pratiques. ○ Il semblerait qu'une formation appropriée à l'EBP permet de réduire les barrières et les résistances à l'adoption de celui-ci. ○ Sources d'information : avoir accès à des informations pertinentes, précises et actuelles est devenu primordial pour permettre aux infirmiers de garder à jour leurs connaissances et adopter l'EBP. ○ Les sources d'information électroniques ont moins la cote cela peut-être dû aux compétences limitées des infirmières en matière de recherche de littérature.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats montrent que les infirmières ont une attitude positive envers l'EBP et ça correspond aux études précédentes. L'expérience plus longue dans les soins correspond à une plus grande confiance dans l'implémentation. Ce résultat est en lien avec les recherches dans Ferguson and Day (2001) qui disent que les nouvelles infirmières en raison de leur petite expérience ont moins confiance et sont moins désireuses d'entreprendre l'EBP. Similairement, les personnes avec une formation en EBP sont plus confortables avec les résultats probants.</p> <p>Les barrières ressortent dans différentes études :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Le manque de temps doit être ajusté par la direction ○ La compréhension inadéquate des termes techniques et du jargon scientifique. Cette barrière est cohérente avec l'étude de Griffiths et al. (2001) et O'Connor and Pettigrew (2009). <p>Les infirmières ont besoin d'avoir de bonnes compétences en recherche pour récupérer rapidement des informations pertinentes, actuelles et précises.</p> <p>Il y a peu d'utilisation des bases de données médicales par le personnel infirmier probablement en raison du manque de compétence dans la recherche. Cela est aussi relevé dans l'étude de Young and Ward's (2001) qui le met dans les barrières.</p> <p>Les limites de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les données sont recueillies dans deux hôpitaux donc les soins peuvent être généralisés par rapport à d'autres institutions. Il aurait fallu impliquer d'autres hôpitaux publics, privés et spécialisés pour avoir de meilleures données. Une étude à travers le pays aurait permis d'explorer d'autres perceptions. ○ Le questionnaire peut être biaisé par des biais personnels et par l'auto-évaluation des compétences. Un test des compétences aurait pu déterminer le degré de compétences actuel.

	<ul style="list-style-type: none">○ Une étude plus compréhensive investiguant les compétences en recherche de littérature est recommandée.○ Le questionnaire recueillant des données quantitatives est un biais. Pour des résultats plus fiables, une triangulation d'approche de recherche est désirable. Diverses techniques comme des interviews ou des discussions en groupe seraient un plus pour l'étude.
Conséquences et recommandations	<p>La direction des hôpitaux peut grâce à cette étude surmonter plusieurs de ces barrières en accordant du temps aux soignants sur leur lieu de travail pour apprendre et implanter de nouvelles techniques. De plus, créer un environnement favorable pour permettre le partage de connaissance entre pairs.</p> <p>Les professionnels compétents en matière de recherche peuvent aider au développement des compétences pour la recherche de littérature.</p>

Figure 7. : Grille de lecture adaptée de Fortin (2010).

« Interventions to improve the use of systematic reviews in decision-making by health system managers, policy makers and clinicians (Review) » (Murthy et al., 2012).

Titre	Le titre ci-dessus précise les concepts (<i>reviews</i> , health system manager) il ne cible pas particulièrement une population, mais le système de santé.
Résumé	<p>Le résumé décrit les aspects tels que</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Le contexte : le système de santé et les professionnels de santé doivent faire face à de nombreux obstacles lorsqu'ils utilisent les résultats probants. De nombreuses interventions ont été développées pour tenter d'augmenter l'utilisation des revues. ○ le but : identifier et évaluer les diverses informations basées sur les découvertes des revues systématiques et les supports organisationnels ainsi que les processus conçus pour soutenir l'assimilation des revues pour le système de santé. ○ la méthode : diverses bases de données (Cochrane, Medline, Cinahl, ...) ont été utilisées de même que deux journaux, des résumés, des sites de mots-clés ont fait l'objet d'un examen en vue de leur inclusion. Les recherches ont été exécutées de 1992 à 2011. ○ les résultats : huit études, évaluant l'efficacité des différentes interventions qui soutiennent l'assimilation des revues sur les résultats probants, ont été intégrées. ○ la discussion : l'envoi de prospectus à domicile qui récapituleraient les revues systématiques permettrait d'améliorer l'EBP si les changements sont relativement abordables.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>En dépit des initiatives internationales pour soutenir la recherche de résultats probants, des problèmes en lien avec l'implantation sont encore présents. De nombreuses études mettent en évidence les facteurs entravant et les façons de diminuer les biais. Dans cette études, des interventions sont données dans le but d'améliorer l'utilisation des revues systématiques originales (document de source) et d'éviter les outils et revues dérivées. .</p> <p>Améliorer l'accès et faciliter l'interprétation des données probantes issues des revues systématiques dans la prise de décision. Les revues systématiques devraient être utilisées en priorité.</p> <p>Les revues systématiques peuvent aider dans le processus car elles mettent ensemble des résultats probants et utilisent des méthodes efficaces avec un minimum de biais. Ce sont ces sources d'information qui devraient être utilisées en priorité</p>
Recension des écrits	<p>Beaucoup d'auteurs ont décrit des facteurs entravant l'assimilation des résultats probants</p> <p>De nombreux facteurs influencent l'assimilation des résultats probants dont les contraintes liées au système de santé avec les problèmes financiers, le nombre ingérable de résultats probants et les difficultés pour appliquer les résultats probants dans un contexte (Lavis 2009, traduction libre).</p> <p>D'autres facteurs sont le manque de temps, l'inconscience des sources</p>

	<p>de résultats de recherche, les connaissances limitées (Dobbins, 2001, traduction libre) et le manque de pertinence dans les recherches (Innvaer, 2002, traduction libre)</p> <p>L'assimilation de résultats probants est facilitée suivant la position qu'occupent les directeurs (preneur de décision) dans l'organisation ainsi que le fait qu'ils souhaitent utiliser les résultats probants dans leur prise de décision (Dobbins, 2001, traduction libre).</p> <p>En réponse à ces facteurs entravant, des interventions résumées dans des revues systématiques ainsi que des supports organisationnels ont été mis en place pour améliorer l'utilisation des résultats probants (Chambers 2011, traduction libre).</p> <p>Une intervention peut être un résumé des résultats probants issus de revues systématiques comme le propose par exemple : SUPPORT summaries, des bulletins ou des notes d'orientation (Lavis, 2010, traduction libre).</p> <p>Dans une revue Cochrane, il n'y a quasiment que des sources primaires, car les auteurs ne veulent que les meilleures preuves.</p>
Cadre de recherche	<p>Un concept principal dans cette revue est le terme intervention.</p> <p>Il y a plus de 4500 revues sur Cochrane et bien qu'elles soient de haute qualité, des difficultés persistent dans leur utilisation. Les auteurs montrent des interventions destinées à améliorer l'assimilation des résultats probants issus de revues systématiques dans les prises de décision. Cette étude complètera les revues existantes qui traitent déjà des interventions pour améliorer l'assimilation des résultats probants, mais qui n'incluent pas les informations tirées de revues systématiques.</p>
Buts et question de recherche	<p>Les informations tirées des revues systématiques, les structures organisationnelles ainsi que les processus organisationnels qui soutiennent l'utilisation des résultats probants améliorent l'accès à et facilitent l'interprétation et l'implémentation des résultats probants dans la prise de décision.</p> <p>Le but de la revue est :</p> <p>identifier et évaluer les effets de l'information issue des résultats probants de revue systématique, issue également des supports organisationnels dans le but de soutenir l'assimilation des résultats probants par les directeurs des systèmes de santé, la politique de soins et les cliniciens.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Il n'y a pas de population cible pour la revue, mais une population dans toutes les revues mises ensemble. La population concerne le domaine de la santé.</p> <p>Les personnes qui ont participé ont toutes un lien étroit avec la santé (directeur, clinicien, assurance, etc.). au moins 80% de la population devait être qualifiée dans le domaine de la santé pour être incluse dans l'étude.</p> <p>Les études avec une population d'étudiants, de patients ou autre public ont été exclues de l'étude.</p>
Considérations éthiques	<p>Il n'en parle pas explicitement dans le texte, mais étant donné que c'est une revue Cochrane, les considérations éthiques sont d'office prises en compte.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé est un devis de recherche non traditionnel. C'est une méthode d'analyse d'études probantes. Autrement dit, c'est une revue systématique. Les auteurs ont collecté et analysé des recherches sur un</p>

	<p>sujet dans le but de ressortir des interventions.</p> <p>Ils ont utilisé des essais contrôlés randomisés (RCT), des séries interrompues (interrupted times series) (ITC).</p>
Modes de collectes de données	<p>Ils ont classés les interventions sous plusieurs classes : push activité (celles qui proviennent de la communauté de recherche), pull activité (celles qui se sont produites dans une organisation utilisant les résultats probants issus de recherche) et activité plus large et en lien (relation entre le directeur et le chercheur au sujet d'un thème commun).</p> <p>Ils ont utilisé les bases de données suivantes pour faire leur recherche : The Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsychInfo, Web of Science et Health Economic Evaluation.</p> <p>Ils ont commencé les recherches en 1992, car la date coïncidait avec l'établissement de la collaboration Cochrane.</p> <p>De nombreux filtres ont été appliqués pour la stratégie de recherche comme par exemple un EPOC Methodological Filter et un EPOC Intervention Terms filter.</p> <p>Il n'y a pas de question de recherche puisque c'est une revue systématique.</p>
Conduite de la recherche	<p>Critère d'inclusion : Pour être retenue, la revue systématique devait contenir les aspects suivants : une question centrale, des sources compréhensibles, une stratégie de recherche explicite, des critères de sélection de base ainsi que l'évaluation explicite de la qualité des études incluses.</p> <p>Ils ont sélectionné les études contenant le NHS Evidence (protocole pour guider les décisions sur les soins sociaux et de santé appropriés)</p> <p>Critère d'exclusion : Ils ont exclu les interventions provenant de protocoles ou résultats cliniques issus de protocoles. De même si il y avait un manque de transparence sur la qualité de l'évidence et sur comment les résultats probants étaient intégrés. Les interventions ciblées sur les patients ou un public particulier ont été exclues ainsi que les interventions comme des formations ou apprentissages pouvant aider dans l'utilisation des résultats probants.</p> <p>Les stratégies de recherche ont été réalisées par trois femmes et soutenues par deux auteurs.</p> <p>Les interventions pour améliorer l'utilisation des revues systématiques sont une variable indépendante. Ils ont utilisé des variables contrôles (les risques de biais).</p>
Analyse des données	<p>Les études ont été analysées avec des critères d'inclusion et d'exclusion.</p> <p>Un auteur a regardé tous les titres des articles qui entraient dans le critère d'inclusion. Un second a vérifié le résumé tous les 50 articles.</p> <p>Deux auteurs ont ressorti les données et évaluer la qualité des études.</p> <p>Les désaccords étaient résolus par une discussion entre un auteur de la revue et un médiateur (arbitre) si nécessaire. Lorsqu'il manquait des données, le premier auteur de l'article était contacté par mail pour répondre aux questions.</p> <p>Les articles retenus comprenaient les items suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Setting, pays, type d'étude, participant, intervention, résultats. <p>Les risques de biais dans les RCT ont été gérés avec le Cochrane Risk of bias'criteria. Pour les ITS, ils ont utilisé l'EPOC Review Group.</p> <p>Il n'était pas possible de résumer les résultats. Ils ont présenté un résumé narratif des résultats des statistiques reportés dans chaque article.</p>

	<p>Les résultats primaires : mesure de l'utilisation de la recherche dans la prise de décision de soins de santé (incluant la pratique clinique, les changements de pratique, les décisions des directeurs de santé). Le processus de prise de décision a été évalué avec un instrument valide. Si possible, l'utilisation de la recherche a été classée en direct (utilisation spécifique des résultats de recherche), sélective (utilisation stratégique de la recherche pour justifier une position) et instructive (utilisation conceptuelle de la recherche pour établir de nouveaux buts)</p> <p>Les résultats secondaires : autres résultats incluant l'évaluation des patients, l'accessibilité de l'information, les connaissances et l'utilisation des ressources de santé.</p> <p>Les analyses ont été refaites en cas d'erreur présente dans les unités</p> <p>La médiane a été calculée pour les résultats primaires et les résultats secondaires et reportée dans des rangs de valeurs pour l'étude.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Cinq études ont été menées en Angleterre, une au Canada, une au Mexique et une en Thaïlande. Dans chaque étude, la région n'était pas décrite. Deux études ont été menées dans des unités obstétriques, une dans une unité d'orthopédie, deux dans des services généraux, une dans un hôpital public.</p> <p>Les auteurs ont identifié 19996 études pertinentes, dont 799 issues de MEDLINE. Après vérification des titres, ils ont récupérés 63.</p> <p>Les participants : toutes les études comportaient une population en lien avec la santé (une étude ciblait les infirmiers, une les infirmiers et les médecins et une les professionnels de la santé publique. Une comportait les professionnels de la santé et les étudiants).</p> <p>Les interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Accès à WHO Reproductive Health library qui est un journal de revue électronique couvrant le domaine de la sexualité et de la reproduction. Cette bibliothèque comprend les meilleurs résultats probants sur ces thèmes, issus de revues Cochrane. Ça donne des actions aux professionnels de la santé pour améliorer les soins. Des interventions en lien avec l'utilisation de cette bibliothèque en ligne sont nécessaires. ○ Accès aux revues Cochrane sur la grossesse et la naissance. Ce sont des revues de hautes qualités. Il est montré aux équipes comment trouver et sélectionner des revues sur la grossesse et la naissance ainsi que comment les appliquer dans la pratique. ○ Accès aux résultats probants (Health evidence), message ciblé. Health evidence est un dépôt de revues systématiques publiées depuis 1985. Le message ciblé est un mail envoyé aux participants avec un lien qui mène à des revues systématiques. ○ Table d'antalgique basée sur des résultats probants. C'est une table adaptée de la version d'Oxford pour la douleur ○ Table de résumés des conclusions (SoF). Cette table présente les principaux résultats de la revue Cochrane, les résultats numériques, et la qualité des résultats probants ○ Diffusion de bulletins sur les soins de santé efficaces. Ces bulletins sont basés sur des résultats probants issus de revues systématiques et publiés par le « Centre for Reviews and Dissemination ». <p>21 études ont été exclues, car leurs interventions n'étaient pas basées sur des résultats probants.</p>

	<p>Résultats primaires : les résultats sont considérés comme utilisables dans la recherche s'ils sont exprimés en tant que preuve probante nécessaire à la prise de décision.</p> <p>Résultats secondaires : les auteurs ont rapporté les coûts d'une vidéo sur l'EBM et l'implémentation, les coûts de la distribution des bulletins, etc. puis ils ont montré les bénéfices que peut faire une institution en appliquant des résultats probants dans leur pratique.</p> <p>Ils ont cherché à connaître la compréhension et la facilité à utiliser les tables de résumés (SoF).</p> <p>Un auteur a calculé les attitudes et les préférences des participants au sujet de l'assimilation des tables de résumés dans les revues Cochrane. 80% des personnes pensent que c'est pertinent d'avoir des tables de résumés dans ces revues (Rosenbaum, 2010, traduction libre).</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats probants inclus dans cette revue suggèrent que les facteurs contextuels (conscience du problème dans la pratique) devraient être pris en compte avant de décider quel type d'intervention il faut mettre en place. Si les résultats probants sont explicités avant d'être implémentés, les changements de la pratique sont ensuite accélérés.</p> <p>Les études n'ont pas été utilisées si des imprécisions ou des différences dans les essais randomisés ressortaient. Il y a une hétérogénéité dans les différentes études et dans les types d'interventions rapportés ce qui peut être un biais à l'étude. De plus, la méthode utilisée pour classer les résultats et pour mener les analyses est peut-être mal appropriée.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les bulletins sur les soins de santé efficaces issus de résultats probants, permettent une diminution du taux d'intervention chirurgicale, dans l'exemple de la revue, ils parlent d'intervention chirurgicale sur des otites. La couverture médiatique peut permettre d'améliorer ce changement de pratique et donc cette diminution.</p> <p>L'accès à une bibliothèque de santé en ligne (the WHO Reproductive Health Library) permet d'avoir accès aux résultats probants facilement et donc de soutenir et améliorer les changements de pratique (Gulmezoglu, 2006, traduction libre).</p> <p>Les interventions incluent la diffusion passive des résultats probants au travers des bulletins, et la diffusion plus complexe avec l'accès aux résultats probants issus de revues systématiques et une formation à l'utilisation de ceux-ci.</p> <p>Toutes les études de cette revue, exceptée une, comprenaient des participants qui utilisaient les résultats probants dans leur prises de décision.</p>

Figure 8. : Grille de lecture adaptée de Fortin (2010).

« Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review » (Solomons & Spross, 2011).

Titre	Les concepts clés sont précisés mais pas la population cible.
Résumé	<p>Le but de cette étude est d'examiner les barrières et facteurs facilitateurs de l'EBP en utilisant le cadre de Shortell pour une amélioration continue de la qualité.</p> <p>Bien qu'il y ait eu beaucoup d'études faites au sujet des barrières et facteurs facilitateurs à l'utilisation de l'EBP, elles n'ont pas explicitement été rattachées à des cadres d'amélioration continue de la qualité.</p> <p>La méthode utilisée est décrite en citant les bases de données consultées ainsi que les mots-clés utilisés.</p> <p>Les barrières les plus courantes identifiées dans cette étude sont présentées et un lien est fait avec le cadre de Shortell.</p> <p>En conclusion, les barrières et les facteurs facilitateurs à l'utilisation de l'EBP se trouvent à des niveaux individuels et institutionnels. Les solutions à ces barrières doivent être orientées dans les dimensions dans laquelle elles se trouvent, tout en reconnaissant l'importance des approches multidimensionnelles dans le succès de la maîtrise de ces barrières.</p> <p>Les implications pour la gestion des soins infirmiers se trouvent dans le fait que les résultats de cette étude peuvent aider les infirmières à identifier les barrières et à implémenter des stratégies à des fins de promotion de l'EBP comme étant une partie de l'amélioration continue de la qualité.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>L'utilisation de l'EBP demande une recherche systématique et une évaluation de la recherche, une expertise clinique et la considération des préférences et des valeurs des patients. L'EBP exige également un engagement personnel et organisationnel afin de changer la pratique.</p> <p>Il existe plusieurs raisons à l'utilisation de l'EBP : améliorer ou mettre à jour la pratique clinique, répondre aux exigences d'accréditation institutionnelles et améliorer la qualité des soins et des résultats pour les patients. L'EBP se définit comme « l'intégration des meilleurs résultats de recherche à l'expertise clinique et aux valeurs du patient ».</p> <p>Il paraît important d'intégrer les découvertes de la recherche clinique, de l'EBP et de la recherche de l'amélioration de la qualité, afin de comprendre et de maîtriser les barrières et facteurs facilitateurs, dans le but d'adopter le meilleur résultat et ainsi d'améliorer les soins et les résultats auprès des patients.</p>
Recension des écrits	<p>Diverses études ont été recensées afin de déterminer les raisons de l'utilisation de l'EBP, sa définition, ainsi que les liens éventuels avec l'amélioration continue de la qualité.</p> <p>La recherche clinique, l'EBP et la recherche de l'amélioration de la qualité sont des domaines différents mais des sources de renseignements inter-reliées. L'amélioration de la qualité fournit souvent le contexte d'utilisation de l'EBP, tandis que la recherche clinique fournit des preuves empiriques pour l'EBP. Des études d'amélioration de la qualité peuvent être utilisées pour confirmer que l'EBP a été implémentée.</p>

	<p>Selon l'étude de Pravikoff et al., mis à part le facteur temps, le top trois des barrières individuelles identifiées sont : ne pas voir la valeur des recherches pour la pratique, la méconnaissance avec les bases de données bibliographiques telles que CINHALL et PubMed, et la difficulté d'accès au matériel de recherche. Le top trois des barrières institutionnelles sont : il y a des priorités plus importantes que l'EBP, il est difficile de recruter et de garder les infirmières, et le manque de moyens financiers pour s'abonner aux bases de données.</p> <p>Les résultats de Pravikoff et al. fournissent une base pour l'analyse des barrières et des facteurs facilitateurs individuels et institutionnels à l'implémentation de l'EBP, également analysée avec le cadre de Shortell.</p> <p>Beaucoup d'études antérieures ont analysé les barrières et facteurs facilitateurs de l'utilisation de l'EBP, mais aucune d'entre elles n'a fait de liens avec l'amélioration continue de la qualité.</p> <p>Les sources primaires sont citées dans le texte et reportées en entier dans les références</p>
Cadre de recherche	<p>Shortell définit quatre centres d'intérêts de l'amélioration continue de la qualité mettant l'accent sur : la détermination et la satisfaction des besoins des patients, une approche holistique de l'amélioration de la qualité basée sur l'identification sous-jacente de l'origine des faibles performances, une gestion basée sur des faits et une méthodologie scientifique, et le renforcement des compétences des praticiens afin d'améliorer la qualité au quotidien.</p> <p>Cette approche est différente des autres car elle intègre l'analyse des causes initiales au niveau du système afin de comprendre et de corriger les processus de travail ainsi que d'ajouter de la valeur, et non pas souligner les erreurs individuelles.</p> <p>Afin d'analyser et d'organiser la littérature, les auteurs ont utilisés le cadre de Shortell pour une amélioration continue de la qualité et l'étude descriptive et compréhensive de l'EBP de Pravikoff et al.</p> <p>Le cadre de Shortell comprend quatre dimensions inter-reliées : La dimension stratégique, qui inclut les activités et processus les plus importants de l'institution permettant la meilleure opportunité d'amélioration, tels que la vision, les priorités budgétaires et la stratégie au long terme. La dimension culturelle, qui représente les croyances, les valeurs, les normes et les habitudes de l'institution. La dimension technique, qui englobe les infrastructures d'entraînement et d'information. Et la dimension structurelle, qui fait référence aux moyens utilisés pour acquérir et distribuer les connaissances au sein de l'institution.</p> <p>Ces quatre dimensions fournissent un moyen d'analyser et d'organiser les constatations à propos des barrières et des facteurs facilitateurs de l'EBP identifiés dans des études ayant utilisés des théories et des instruments différents. Les barrières à l'implémentation de l'EBP et des résultats de recherches sont étudiées depuis quelque temps déjà et n'ont pour l'instant que peu de solutions pour y remédier. Pour pouvoir maîtriser ces barrières, toutes les dimensions impliquées doivent être considérées. Ceci est un défaut de beaucoup d'études examinées pour cette analyse.</p>

Buts et question de recherche	<p>Le but de cette revue intégrative est d'examiner les barrières et les facteurs facilitateurs individuels et institutionnels de l'EBP en utilisant le cadre de Shortell pour une amélioration continue de la qualité.</p> <p>Il n'y a pas de question de recherche à proprement dite, mais dans la formulation du but de l'étude on retrouve les variables clés (barrières et facteurs facilitateurs). La population cible n'est pas explicite.</p> <p>L'objectif de cette étude est de mettre en lien les barrières et facteurs facilitateurs à l'utilisation de l'EBP avec un cadre d'amélioration continue de la qualité, ce qui n'a pas encore été réalisé.</p> <p>Le cadre de Shortell est conçu pour analyser les barrières et facteurs facilitateurs. Les concepts de ce cadre (les quatre dimensions) regroupent ces barrières et facteurs facilitateurs afin d'en avoir une vue d'ensemble par thématique pour en faciliter l'analyse.</p> <p>Dans l'énoncé du but de l'étude, le cadre de Shortell est clairement cité.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population cible des articles retenus par les auteurs pour cette revue intégrative se compose d'infirmières pratiquantes.</p> <p>La plupart des études ont utilisé un échantillon d'infirmières. Néanmoins, Andrews et al. et Byrnes et al. ont utilisés un échantillon de cliniciens interdisciplinaire incluant les infirmières.</p> <p>Les auteurs ne donnent pas plus de précisions concernant les méthodes de recrutement de la population utilisées dans les différents articles analysés.</p>
Considérations éthiques	<p>Les considérations éthiques ne sont pas précisées par les auteurs, mais comme il s'agit d'une revue intégrative, cet aspect devrait avoir été considéré lors de la sélection des articles.</p>
Devis de recherche	<p>Je pense qu'il s'agit d'une recherche qualitative car les auteurs recueillent des données par le biais d'articles de recherche afin de les analyser à l'aide du cadre de Shortell.</p> <p>Les critères scientifiques sont respectés car les sources d'informations sont fiables et le cadre de Shortell est conçu pour être applicable dans ce contexte.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les bases de données CINHALL, Academic Search Premier, Medline, PsychInfo, ABI / Inform et LISTA ont été utilisées pour la revue de littérature en utilisant les mots clés : infirmières, littérature informative, accès à l'information, sources de connaissances, prises de décision, utilisation de la recherche, comportements de recherche d'informations, pratique infirmière et EBP. Les références et les données bibliographiques des articles sélectionnés ont également été examinées.</p> <p>Dans l'énoncé des buts de l'étude et à travers les critères d'inclusion et d'exclusion des articles sélectionnés, les auteurs décrivent précisément ce qu'ils veulent observer.</p> <p>Les auteurs utilisent des instruments déjà existants : le cadre de Shortell et l'étude de Pravikoff.</p>
Conduite de la recherche	<p>Les critères d'inclusion de cette revue sont : recherches conduites aux États-Unis et au Canada révisées par des collègues parues entre 2004 et 2009 et un échantillonnage incluant des infirmières pratiquantes.</p> <p>L'espace-temps a été choisi à cause de l'expansion d'internet durant ce temps, la disponibilité des ressources online et le grand nombre de parutions sur l'EBP. Du fait que les États-Unis sont en discussions pour utiliser le modèle du système de santé canadien pour réformer leur propre système de santé et de la proximité géographique avec le</p>

	<p>Canada, ce dernier a donc été inclus à la revue.</p> <p>Les critères d'exclusion sont : publications éditoriales et d'opinion et les recherches conduites hors des États-Unis et du Canada. Les études conduites en Europe et en Asie ont été exclues à cause de la variété des différences culturelles et des mécanismes financiers, ainsi que de l'impact de l'interprétation de l'EBP.</p> <p>Les auteurs ne spécifient pas s'ils font appel à d'autres personnes compétentes pour passer en revue les données recueillies, mais dans les critères d'inclusion des articles sélectionnés, il est spécifié que les recherches doivent avoir été révisées par des collègues.</p> <p>Il n'y a pas d'intervention mise en place de la part des auteurs.</p>
Analyse des données	<p>Les résultats des différents articles sont analysés à l'aide des quatre dimensions de l'amélioration continue de la qualité du cadre de Shortell. Un résumé précis et compréhensible met en évidence les résultats globaux de cette étude.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influencer les résultats sont précisés dans la partie traitant des limitations de l'étude.</p> <p>Si l'on n'insiste pas sur la dimension stratégique, des questions importantes d'organisation ne sont pas examinées. Les institutions dans lesquelles les objectifs ne coïncident pas avec la mission et les priorités ou dans lesquelles l'amélioration de la qualité n'est pas importante sont des exemples de négligence de cette dimension. Les <i>barrières</i> de l'EBP incluent les contraintes temporelles, les leaders ou managers ayant d'autres objectifs plus importants, les difficultés pour recruter et garder le personnel, le manque de ressources, une lourde charge de travail et un manque de soutien administratif pour changer la pratique. Les <i>interventions</i> comprennent l'intégration de la philosophie de l'EBP, l'intégration des compétences de recherche au cahier des charges et une échelle clinique pour la promotion de l'EBP. Certains ont rapporté l'importance d'inclure la présence des soins infirmiers aux comités de l'hôpital comme un facteur soutenant l'EBP auprès de la direction de l'institution. Dans certains rapports, des infirmières avaient du temps à disposition pour lire et développer des changements de pratique. D'autres ont décrit un environnement où l'ICUS soutenait l'EBP en mettant des ressources à disposition pour s'entraîner et incluait cette notion dans les notes de services en en décrivant l'importance.</p> <p>Si l'on ne porte pas attention à la dimension culturelle, les améliorations ne sont pas reconnues par l'institution, le succès n'est pas récompensé et les comportements d'amélioration ne sont pas intégrés dans la pratique. La <i>barrière</i> la plus reportée est la résistance des managers et des collègues à changer les pratiques. Les <i>interventions</i> proposées sont de nommer des experts en EBP pour cultiver l'intérêt du personnel dans la recherche, d'organiser un symposium annuel sur la recherche et de récompenser des infirmières pour leur réflexion critique.</p> <p>Si la dimension technique n'est pas considérée, il y a beaucoup de tentatives d'amélioration continue de la qualité échouées. Le personnel n'est peut-être pas assez entraîné pour participer à des teams multidisciplinaires ou le système d'information n'est pas suffisamment capable de supporter leurs efforts. Les <i>barrières</i> les plus fréquemment rencontrées sont la difficulté d'accès aux ressources matérielles et la compréhension des données. Les <i>solutions</i> sont plutôt individuelles qu'institutionnelles. Des cours ont été proposés ainsi que des</p>

	<p>entraînements à la recherche de littérature sur les bases de données, et un manuel d'information destiné aux infirmières afin de leur en apprendre plus sur l'utilisation de la recherche dans la pratique a été conçu.</p> <p>Lorsque la dimension structurelle n'est pas considérée, les nouveaux savoirs ne sont pas enregistrés ni distribués au personnel. Les <i>barrières</i> de cette dimension incluent le fait de ne pas profiter d'un comité d'ensemble du système qui fournirait des moyens systémiques pour guider l'institution et communiquer des informations de qualité ou pallier au manque de bibliothèque. L'obstacle le plus fréquemment mentionné est le manque de conscience de la recherche. D'autres barrières étaient que les informations ne sont pas regroupées à un seul endroit, qu'il y a trop de revues et des difficultés avec les formats des informations. Les <i>solutions</i> proposées ont été de mettre en place des clubs de revues, de convertir les résultats des recherches dans des formats facilement compréhensibles qui ont ensuite été distribués par mail et dans des forums en ligne.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Un tableau récapitulatif des articles retenus est présent et d'autres tableaux regroupent les barrières et interventions repérées.</p> <p>L'analyse est catégorisée en fonction des quatre dimensions du cadre de Shortell. Chaque paragraphe comprend une analyse des barrières identifiées et des interventions y relatives.</p> <p>Le résumé des résultats est concis de manière narrative.</p> <p>Les auteurs ne précisent pas si les résultats ont été évalués par des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>L'utilisation du cadre de Shortell pour analyser les barrières de l'EBP démontre qu'elles peuvent se présenter tant au niveau individuel qu'institutionnel et dans les quatre dimensions. L'individu peut pratiquer l'EBP comme un moyen de prodiguer des meilleurs soins ou comme le résultat d'un intérêt dans des conditions particulières. L'institution peut être intéressée à l'EBP pour maintenir des accréditations ou pour attirer plus de payeurs. Le problème survient lorsque les individus ou l'institution ne connaissent pas ou ne voient pas la valeur de l'EBP.</p> <p>Malgré le fait qu'il n'y ait pas eu d'instruments communs utilisés à travers les études, des barrières communes ont été identifiées telles que le manque de temps, l'incapacité d'accès aux recherches, les difficultés de compréhension des statistiques et du langage scientifique et l'incapacité à changer la pratique. Certaines études se sont basées sur la théorie de la diffusion de l'innovation de Rogers, qui est importante pour l'adoption de l'EBP car elle décrit comment sa diffusion est dépendante des caractéristiques de l'innovation, les facilités d'adoption de l'innovation, les caractéristiques individuelles et institutionnelles et si l'innovation est en lien avec les valeurs et les croyances des individus et des institutions.</p> <p>Les interventions communes étaient l'entraînement à la recherche dans les bases de données et la compréhension des rapports de recherche. Des clubs de revues ont également été mentionnés.</p> <p>Il y aurait besoin de plus de recherches pour comprendre l'efficacité des interventions résolvant les barrières de l'EBP sur un court-terme et si</p>

	<p>leurs effets persistent. La littérature décrit beaucoup de modèles d'implémentation de l'EBP, pourtant les auteurs n'ont pas trouvé d'études comparant le succès ou l'échec de ces modèles en fonction de l'environnement. Beaucoup de littérature n'utilisait pas de cadre théorique.</p> <p>Les limites de l'étude sont d'une part que l'utilisation de différents instruments et théories peut rendre difficile la comparaison des résultats des études. Toutes les études n'ont pas reporté la validité de l'instrument utilisé. De plus, il n'y a pas eu d'étude longitudinale mesurant la persistance des résultats des entraînements. La revue n'a examiné que des études qui ont eu lieu aux États-Unis et au Canada. La question des patients refusant les soins issus de l'EBP n'a été mentionnée dans aucune littérature, ce qui est important vu que les valeurs des patients est une partie de la définition de l'EBP.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Une intervention technique serait de pousser l'information chez les infirmières à travers l'e-mail et les outils internet tels que Wiki et Twitter dans un format accessible. La littérature démontre que le plus souvent, les infirmières obtiennent leurs informations entre elles, qu'elles soient basées sur des résultats probants ou non. La recherche devrait passer des revues à la pratique plus rapidement qu'à présent. Les informations devraient être dans un format accessible à tous, peu importe depuis quand les infirmières sont diplômées. Il est important pour la dimension stratégique de commencer de faire de l'EBP et de l'amélioration continue de la qualité une priorité institutionnelle explicite et une attente professionnelle individuelle.</p> <p>Le manque de temps pour lire et chercher des articles était un thème commun à travers ces études. Les managers et les institutions devraient être attentifs à la disponibilité de l'EBP et déterminer les meilleurs moyens pour implémenter ces pratiques dans le terrain.</p>

Figure 9. : Grille de lecture adaptée de Fortin (2010).

« Exploring the role of organizational policies and procedures in promoting research utilization in registered nurses » (Squires, Moralejo & Lefort, 2007).

Titre	Le titre comprend le but de l'étude avec les concepts clés ainsi que la population cible.
Résumé	<p>Les politiques institutionnelles et les procédures ont été suggérées comme étant une stratégie possible pour transférer les résultats de recherches dans la pratique au travers des infirmières au sein des hôpitaux. Toutefois, la recherche dans ce domaine est limitée. Cet article explore l'utilisation par des infirmières de huit pratiques spécifiques basées sur des recherches, l'utilisation et la compréhension des politiques institutionnelles et des procédures par les infirmières et le rôle des politiques institutionnelles et des procédures dans la promotion de l'utilisation de la recherche.</p> <p>Des infirmières issues de huit régions des provinces du Newfoundland et du Labrador au Canada ont rempli un questionnaire anonyme sur leur utilisation de huit pratiques spécifiques basées sur des recherches et de leur politique institutionnelle et procédure associée. Des données ont également été obtenues par les autorités dans six des huit régions sur l'existence de politiques institutionnelles et procédures.</p> <p>L'utilisation des huit pratiques spécifiques oscille entre 7,8% et 88,6%, en fonction de la pratique. Les infirmières placent en premier les manuels de politique institutionnelle et procédures comme source de savoir pratique. La plupart des participants reportent que la raison principale qui leur fait consulter ces manuels est de confirmer que leur pratique correspond aux règles institutionnelles.</p> <p>Les résultats suggèrent que les infirmières utilisent les politiques institutionnelles et procédures pour guider leur pratique. Toutefois, leur seule existence est insuffisante pour transférer la recherche dans la pratique. Des facteurs individuels et institutionnels en lien avec la compréhension et l'utilisation de ces politiques et procédures par les infirmières ont aussi un rôle. Ainsi, transférer les recherches probantes dans la pratique demande de l'attention réciproque entre l'institution et les individus. Les politiques institutionnelles et procédures pourraient être le canal à travers lequel cela peut se produire.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Il s'agit d'étudier l'utilisation par des infirmières de huit pratiques spécifiques basées sur des recherches, l'utilisation et la compréhension des politiques institutionnelles et des procédures par les infirmières et le rôle des politiques institutionnelles et des procédures dans la promotion de l'utilisation de la recherche.</p> <p>Des recherches antérieures démontrent que les infirmières ignorent l'existence des résultats de recherche ou les utilisent de manière incompatible. D'autres recherches plus récentes ont démontré que, malgré l'augmentation de la sensibilisation et de l'adoption des pratiques de soins fondées sur des résultats de recherche, leur utilisation reste incompatible.</p> <p>Un des buts de la discipline pratique est de renforcer les fondations scientifiques de la pratique clinique. L'utilisation des résultats de</p>

	<p>recherche est un moyen d'atteindre ce but, et en contrepartie elle peut améliorer les soins infirmiers, optimiser les résultats auprès des patients et diminuer les coûts. Malgré ces bénéfices potentiels, il existe un écart entre la recherche et son application directe dans la pratique infirmière.</p>
Recension des écrits	<p>Les premiers efforts pour faire augmenter l'utilisation de la recherche se sont focalisés sur des stratégies visant l'infirmière. Plus récemment, des chercheurs ont appelés à des approches institutionnelles. La plupart des preuves à l'appui d'une telle approche pour promouvoir l'utilisation de la recherche par les infirmières vient de l'investigation des barrières perçues par les infirmières dans l'utilisation de la recherche dans la pratique. Ce travail a démontré que les infirmières perçoivent les barrières institutionnelles comme étant les plus problématiques. Des études récentes ont examinés les sources de savoirs que les infirmières utilisent pour leur pratique quotidienne. Ces études démontrent qu'elles comptent sur des sources intégrées dans les processus institutionnels. Réviser et mettre à jour les manuels de politiques institutionnelles et procédures basées sur les meilleures preuves disponibles a été proposé comme étant une stratégie pour augmenter l'utilisation de la recherche par les infirmières. Ces manuels sont des documents d'orientation développés par les institutions afin de guider les employés dans leur travail quotidien. Certaines études ont découvert que le fait de croire qu'une politique institutionnelle existe est en lien avec une augmentation des pratiques basée sur la recherche indépendamment du fait qu'elle existe réellement.</p> <p>Les auteurs ne savent pas dans quelles mesures les infirmières se basent sur la recherche pour administrer des soins de qualité aux patients, ni le rôle que peuvent jouer les politiques institutionnelles et procédures dans la promotion de l'utilisation de la recherche. Malgré le fait que certaines études préliminaires suggèrent que l'utilisation de ces politiques et procédures peut être une stratégie prometteuse de promotion de l'utilisation de la recherche, il n'y a pas de preuves suffisantes pour en faire une généralité. Des ressources considérables sont nécessaires au développement de nouvelles politiques institutionnelles et procédures, à la révision des manuels existants basés sur des preuves probantes, et à leur distribution au personnel infirmier. Ainsi, avant d'investir davantage dans cette approche, une compréhension plus large de leur utilisation par les infirmières et leur relation avec l'utilisation de la recherche est nécessaire.</p> <p>Les ressources primaires qui ont inspiré les auteurs sont présentes.</p>
Cadre de recherche	<p>Aucune théorie ni modèle conceptuel n'existent pour expliquer le rôle que peuvent jouer les politiques institutionnelles et les procédures dans la promotion de l'utilisation de la recherche. Par conséquent, en se basant sur la théorie de la diffusion de l'innovation de Rogers, les auteurs ont développé un modèle de prise de décision et d'utilisation des pratiques fondées sur la recherche pour guider cette étude. La théorie du processus de décision de l'innovation de Rogers, qui est une composante de sa théorie de la diffusion de l'innovation, a été utilisée dans de nombreuses études examinant l'adoption des pratiques basées sur la recherche par les infirmières. Comme représenté dans le modèle de prise de décision et d'utilisation des pratiques fondées sur la recherche créé par les auteurs, certaines étapes du processus de Rogers peuvent être ignorées. D'autres facteurs, en plus de la conscience et de</p>

	<p>la persuasion, peuvent également influencer la décision par l'infirmière d'utiliser une pratique. Ces facteurs incluent, mais n'y sont pas limités, les facteurs personnels tels que l'expérience clinique et l'éducation, tout comme les facteurs institutionnels tels que des ressources disponibles, l'existence de politiques et procédures reliées à une pratique, et l'importance que l'institution leur met.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le principal objectif de cette étude est d'identifier les facteurs influençant l'utilisation de pratiques basées sur la recherche auprès du personnel infirmier dans la province canadienne de Newfoundland et Labrador, avec l'objectif spécifique de comprendre le rôle des politiques institutionnelles et procédures dans la promotion de l'utilisation de la recherche.</p> <p>Les questions de recherche abordées dans cette étude sont : 1. Est-ce que les infirmières utilisent les politiques institutionnelles et les procédures dans leur pratique ? 2. Dans quelles mesures les huit pratiques spécifiques fondées sur la recherche ont été adoptées par les infirmières ? 3. Quels sont les facteurs influençant l'utilisation des pratiques basées sur la recherche par les infirmières ?</p> <p>Les variables étudiées s'imbriquent parfaitement dans le modèle créé par les auteurs de la recherche et tiennent compte des différentes étapes du processus.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Il s'agit d'une étude d'enquête transversale du personnel infirmier et d'infirmières ressources employées dans des institutions de soins aigus à travers les provinces canadiennes du Newfoundland et du Labrador.</p> <p>Les infirmières ressources sont impliquées dans le développement des politiques institutionnelles et des procédures. Six ont été sélectionnées, une par région.</p> <p>Le personnel infirmier regroupe toutes les infirmières diplômées pratiquant dans des services de médecine aiguë et de chirurgie dans une institution de soins aigus, et ayant accepté d'avoir leur nom publié à des fins de recherche.</p> <p>Ces contextes de soins ont été choisis afin de permettre une comparaison avec des études précédentes.</p> <p>Des comparaisons statistiques ont été faites afin de déterminer si l'échantillon était significatif par rapport à la réalité.</p>
Considérations éthiques	<p>Une approbation éthique pour l'étude a été obtenue de la part du Comité d'Investigation Humaine de la Memorial University de Newfoundland.</p> <p>L'accord des infirmières a été obtenu quant à la publication de leur nom.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte de données proposés ?</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (véracité-applicabilité-consistance-neutralité)</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p>

Modes de collectes de données	<p>Les infirmières ressources ont rempli un questionnaire de 35 items divisés en trois sections, puis ont répondu aux mêmes questions par téléphone.</p> <p>Le personnel infirmier a rempli un questionnaire anonyme par e-mail de 96 items divisés en quatre sections. Environ un mois plus tard, une lettre de rappel avec un questionnaire de remplacement ont été renvoyés à celles qui n'avaient pas encore répondu. Il a été révisé par un expert consultant en politiques institutionnelles et procédures, puis sa faisabilité a été testée sur un petit groupe d'infirmières. Il en est sorti qu'il était lisible et bref, demandant environ 15 minutes à remplir. Basé sur ce test de faisabilité, il n'était pas nécessaire de le revoir.</p> <p>Pour identifier les pratiques spécifiques basées sur des recherches, les auteurs ont recherché des revues systématiques dans la base de données Cochrane, et des résumés de revues d'efficacité dans les bases de données CINAHL et MEDLINE, et sur internet. Les pratiques ont été sélectionnées si elles peuvent être directement implémentées par des infirmières, si elles sont générales et applicables dans les contextes de médecine et de chirurgie adulte, et si elles sont supportées par des revues systématiques ou synthétisées, des méta-analyses ou des guides de pratique clinique. Les huit pratiques retenues sont : le rinçage de voie veineuse périphérique, les soins de sonde vésicale, les bas de contention, l'hyperoxygénation, l'utilisation de Chlorhexidine pour l'insertion du cathéter de voie veineuse, l'administration d'opioïdes en post-opératoire, le placement de la sonde nasogastrique, et l'alimentation entérale fermée.</p> <p>Il est considéré qu'une région a adopté une ou plusieurs de ces pratiques si leurs politiques institutionnelles et procédures sont basées sur la recherche. L'existence de ces politiques et procédures a été déterminée à travers l'existence et l'évaluation des documents retournés par les infirmières ressources, et s'il n'y a pas de retour de documents via la déclaration de celle-ci.</p> <p>Les données sont analysées et triées en fonction des questions de recherche.</p>
Conduite de la recherche	<p>Les auteurs se sont basés sur des publications de questionnaires antérieures et la littérature pour développer le questionnaire des infirmières ressources. Ce document fournit une vue d'ensemble de ce qu'il existe comme politiques institutionnelles et procédures en lien avec les huit pratiques spécifiques basées sur des recherches proposées. Le questionnaire destiné au personnel infirmier est basé sur une revue critique de la littérature et l'étude de cadres conceptuels.</p> <p>La section des pratiques infirmières est une version revisitée du questionnaire des pratiques infirmières de Brett. Il se compose de huit pratiques spécifiques basées sur des recherches suivi d'une série de sept questions, six mesurant le stade d'adoption en accord avec la théorie de la diffusion de l'innovation de Roger et une mesurant la perception des politiques. Les quatre premières questions mesurent le stade de conscience, la cinquième mesure les croyances de l'infirmière en les valeurs des pratiques infirmières, la sixième question mesure l'implémentation / l'utilisation de la pratique. La septième question évalue la perception des infirmières sur l'existence des politiques institutionnelles et des procédures reliées aux huit pratiques.</p> <p>La section des sources de savoir est une réplique directe du</p>

	questionnaire des sources de savoir d'Estabrook qui est une adaptation de l'instrument de Baessler et al. Il demande aux infirmières d'évaluer la fréquence avec laquelle elles utilisent 16 différentes sources de savoir dans leur pratique : les manuels de politiques institutionnelles et de procédures, les expériences personnelles, l'école d'infirmière, les patients individuels, les discussions avec les médecins, les conférences de service, les ordres médicaux, les autres infirmières, l'ancienneté, les livres, l'intuition, la façon dont j'ai toujours fait, les revues infirmières, les revues médicales, les revues de recherche infirmière, et les médias.
Analyse des données	Les données ont été analysées en utilisant des programmes de statistiques. Des statistiques descriptives ont été utilisées afin de résumer les données. Un bref résumé est présent et décrit les différentes techniques d'analyse utilisées.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Le document comporte des tableaux récapitulatifs des résultats. Les résultats ont été reportés en fonction des trois questions de recherche :</p> <p>Est-ce que les infirmières utilisent les politiques institutionnelles et les procédures dans leur pratique ?</p> <p>En répondant au questionnaire des sources de savoir, les infirmières devaient indiquer la fréquence d'utilisation des 16 sources de savoir dans leur pratique, incluant les manuels de politique institutionnelle et de procédures. La plupart a reporté qu'elles utilisaient fréquemment, voire toujours, les savoirs obtenus via ces manuels dans leur pratique quotidienne, et qu'ils leur servaient de guide. Les autres sources fréquemment utilisées sont : l'expérience personnelle, l'école d'infirmière, les patients, et les conférences de service. Seulement un petit pourcentage indique qu'elles pourraient considérer incorporer des résultats de recherche non supportés par les politiques institutionnelles et procédures actuelles dans leur pratique.</p> <p>Parmi les questions fermées, l'une demandait si les infirmières pouvaient distinguer la différence entre les politiques institutionnelles et les procédures. À peine plus d'un tiers pouvait les différencier correctement. Moins d'un quart ne percevait aucune différence.</p> <p>Les participants ont reportés qu'ils consultaient les politiques institutionnelles et les procédures pour les raisons suivantes : confirmer la politique institutionnelle, se familiariser avec des tâches nouvelles et inconnues, s'assurer qu'une tâche est à la portée de leur pratique, régler des différents concernant la manière correcte d'effectuer une tâche, enseigner aux étudiants et orienter le nouveau personnel. Les raisons évoquées de ne pas consulter ces manuels sont le plus souvent : il s'agit de tâches familières et routinières, le manque de temps, des difficultés avec ces manuels telles que des pages manquantes, la disponibilité des collègues qui connaissent les politiques institutionnelles et procédures en question.</p> <p>Il a aussi été demandé aux infirmières les implications légales de ne pas suivre les politiques institutionnelles et procédures de leur institution. La plupart reporte ne pas connaître les implications légales, les charges criminelles et / ou les sanctions disciplinaires de leur employeur. Un petit pourcentage reporte des sanctions disciplinaires sous une forme de perte ou de suspension de leur droit d'exercer leur profession.</p>

	<p>Dans quelles mesures les huit pratiques spécifiques fondées sur la recherche ont été adoptées par les infirmières ?</p> <p>Les trois pratiques que les infirmières connaissaient le plus correspondent à celles qu'elles utilisent le plus par conviction : le rinçage des voies veineuses périphériques, les soins de sonde vésicale, et l'utilisation des bas de contention. La pratique de l'hyperoxygénation avant l'aspiration était également adoptée. L'utilisation de la Chlorhexidine avant l'insertion du cathéter de voie veineuse et l'administration de l'antalgie post-opératoire sont moyennement connus et utilisés. Le placement de la sonde nasogastrique et l'alimentation entérale fermée sont les moins connues et utilisées.</p> <p>En examinant les déclarations des infirmières ressources concernant l'existence de politiques institutionnelles et de procédures sur les huit pratiques spécifiques et en utilisant le test statistique exact de Fischer, les auteurs ont examiné les relations entre l'existence de politiques institutionnelles et de procédures dans chaque pratique, et la perception des infirmières sur l'existence de ces politiques et procédures. Leur existence était uniquement significative en association avec l'utilisation d'une pratique.</p> <p>Quels sont les facteurs influençant l'utilisation des pratiques basées sur la recherche par les infirmières ?</p> <p>Afin de déterminer quels sont les facteurs influençant l'utilisation des pratiques basées sur la recherche, les infirmières ont été classées comme utilisatrices / non utilisatrices et comme utilisatrices cohérentes / moins cohérentes des pratiques basées sur la recherche</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont comparables et similaires à des résultats de recherches antérieures.</p> <p>Ce qui est source de préoccupation est qu'il n'y a pas d'amélioration dans l'utilisation de pratiques basées sur des résultats de recherche par les infirmières. Il a été constaté que les infirmières sont conscientes et croient aux valeurs de ces pratiques mais toutes ne les utilisent pas pour prendre des décisions cliniques.</p> <p>Les limites citées par les auteurs sont, d'une part, que les infirmières ont été informées de l'importance des politiques institutionnelles et procédures dans une lettre explicative accompagnant l'e-mail avec le questionnaire. Ceci a peut-être entraîné une augmentation du taux de recours aux politiques et procédures que ce qu'il aurait réellement été. D'autre part, il n'y a pas eu de test de validation formelle du questionnaire de pratiques infirmières. De plus, l'échantillon relativement petit de 248 infirmières a peut-être été inadéquat pour détecter la réelle différence pour certaines variables. Malgré le fait que l'échantillon était similaire à la population cible en respectant l'expérience, l'éducation, l'unité et le statut d'emploi, la population disponible représente seulement un tiers de la population cible, et de ce fait la généralisation au-delà de cet échantillon est limitée. Enfin, les infirmières ressources n'ont pas pu être recrutées pour deux des huit régions de soins. De ce fait, les résultats ne peuvent pas être généralisés à toutes les régions de la province.</p>

Conséquences et recommandations	<p>Les résultats suggèrent que l'utilisation des politiques institutionnelles et procédures servent à guider les infirmières dans leur pratique. Néanmoins, la seule existence de ces politiques et procédures basées sur des recherches n'est pas suffisante pour augmenter l'utilisation de la recherche par les infirmières. Des facteurs individuels et institutionnels reliés à la compréhension des infirmières et à l'utilisation des politiques et procédures jouent également un rôle clé.</p> <p>Les auteurs concluent par le fait que de transposer les résultats de recherches dans la pratique n'est pas la seule responsabilité des institutions ni du clinicien individuel.</p> <p>D'autres recherches sont nécessaires pour étendre les savoirs sur ce sujet. Ceci est la première étude à aller au-delà des perceptions et de l'existence des politiques institutionnelles et procédures pour investiguer la compréhension de celles-ci par les infirmières.</p>
---------------------------------	---

Figure 10. : Grille de lecture adaptée de Fortin (2010).

« Research Utilization in a Multicultural Nursing Setting in Saudi Arabis: Barriers and Facilitators » (Tagwa, 2012).

Titre	Le titre comprend la problématique étudiée et la population cible.
Résumé	<p>La prise de décisions cliniques est plus efficace lorsqu'elle est guidée par les dernières preuves probantes. Bien que les politiques régissant la pratique clinique infirmière moderne préconisent le besoin de l'EBP afin de maximiser la qualité et de maîtriser les coûts, la littérature indique un faible taux d'utilisation des résultats de recherche dans les soins infirmiers. L'écart entre les preuves probantes disponibles et leur utilisation dans la pratique est une problématique qui requiert de l'attention.</p> <p>Cette étude explore les barrières et les facteurs facilitateurs de l'utilisation des résultats de recherche dans la pratique infirmière, et examine les associations entre ces barrières et les caractéristiques démographiques des infirmières.</p> <p>Une méthode quantitative, non expérimentale, descriptive et corrélée a été employée. Les chercheurs ont utilisés l'échelle des barrières à l'utilisation de la recherche, qui contient des questions d'ordre quantitatives et quelques questions d'ordre qualitatives. Ils ont recruté un échantillon convenable d'infirmières travaillant dans les hôpitaux de la garde nationale d'Arabie Saoudite, dans les trois villes de Riyad, Jeddah et Al-Ahsa.</p> <p>Les participants ont évalué près de deux tiers des barrières à l'utilisation de la recherche de l'échelle, comme étant modérées voire fortes à l'utilisation de la recherche dans la pratique. Les facteurs institutionnels sont perçus comme étant les plus élevés, suivis de la communication, l'adoption, et les facteurs d'innovation. Les thèmes émergeant des données qualitatives indiquent la présence d'autres barrières telles que le manque de temps, le manque d'autorité, le manque de coopération de la part des médecins, et le manque de formation en lien avec l'EBP. Les participants suggèrent l'importance d'augmenter le support institutionnel, et de créer une culture institutionnelle basée sur l'EBP afin de promouvoir l'utilisation des résultats de recherche dans la pratique infirmière.</p> <p>Le support des concepteurs politiques et des administrateurs est nécessaire à la promotion de l'utilisation des résultats de recherche dans la pratique infirmière. Davantage d'initiatives sont nécessaires afin d'augmenter la conscience de l'importance de l'utilisation des meilleurs résultats probants dans la pratique.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Au cours des 30 dernières années, l'EBP a progressivement changé la manière d'utiliser les résultats probants dans les soins de santé par les chercheurs. La population vieillissante, les nouvelles technologies et connaissances, et les attentes élevées en soins de santé des patients ont augmenté la demande d'offrir des soins de qualité élevés et rentables. Tandis que dans le passé, les prises de décisions cliniques infirmières comptaient sur l'opinion et l'expérience, elles sont aujourd'hui guidées par la science, la recherche et les résultats probants dans le but d'offrir</p>

	<p>des soins de qualité et rentables.</p> <p>L'EBP est l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves probantes actuelles dans la prise de décisions cliniques envers les patients. Cette pratique intègre l'expertise clinique individuelle avec la meilleure preuve probante disponible impliquant la recherche systématique et les préférences du patient.</p> <p>L'écart entre les preuves probantes issues de la recherche et leur utilisation dans la pratique est une problématique qui demande de l'attention. Le paradigme de l'EBP évoluant depuis le milieu du 19^{ème} siècle a servi de pont pour combler cet écart en faisant la meilleure utilisation possible des résultats probants, afin de répondre à la demande de soins de santé d'aujourd'hui. Cependant, le processus d'implémentation de preuves probantes disponibles n'est pas facile, et demande de nombreux efforts de la part des institutions de soins et des cliniciens.</p> <p>Fonder les décisions pratiques de soins de santé sur des résultats probants est aujourd'hui soutenu par les progrès des télécommunications et le World Wide Web, tout comme la dissémination très répandue des publications scientifiques parmi les consommateurs de savoirs profanes et professionnels. Malgré cela, les faibles niveaux d'utilisation de la recherche et les lacunes dans la recherche pratique persistent dans divers disciplines de santé, y compris les soins infirmiers.</p> <p>Les avantages de l'incorporation des résultats probants dans la pratique quotidienne sont nombreux et incluent des standards élevés de soins de santé, l'augmentation de la qualité, et l'épanouissement personnel et professionnel des infirmières.</p> <p>Les résultats de cette étude peuvent fournir une meilleure compréhension des barrières perçues par les infirmières, tout comme les facteurs qui facilitent l'utilisation des résultats de recherche dans la pratique.</p>
Recension des écrits	<p>Le terme « utilisation de la recherche » a évolué à travers le temps dans la littérature depuis sa première introduction dans les années 1980. L'utilisation de la recherche est une méthode systématique d'implémentation, d'application, et d'évaluation des interventions basées sur la recherche dans la pratique. Cette méthode utilise la recherche pour guider la pratique clinique et se concentre particulièrement sur l'utilisation de résultats d'études scientifique dans la pratique clinique.</p> <p>Divers modèles d'utilisation de la recherche ont été développés et écrits dans la littérature infirmière au cours des trois dernières décennies. Ces modèles comprennent le Modèle de Stetler, le modèle d'IOWA de recherche dans la pratique, et d'autres modèles développés par les soins infirmiers érudits. Plusieurs instruments et études ont également été utilisés pour mesurer l'utilisation de la recherche dans le domaine des soins infirmiers. Les deux instruments les plus souvent utilisés sont le questionnaire de pratique infirmière développé par Brett (1987) et le questionnaire de l'utilisation de la recherche développé par Funk, Champagne, Weise, et Tornquist (1991). D'autres instruments ont été utilisés pour mesurer l'utilisation de la recherche en dehors du domaine infirmier.</p> <p>Bien que les résultats de recherche indiquent que les infirmières à travers le monde partagent des attitudes positives envers la recherche, et croient que leur pratique devrait être basée sur les résultats de</p>

	<p>recherche, la plupart d'entre elles n'incorporent pas les résultats de recherche dans leur pratique. Par ailleurs, les résultats des études suggèrent un important retard de 8 à 15 ans entre la génération des nouvelles techniques d'informations ou des savoirs à travers la recherche et leur application dans la pratique clinique.</p> <p>Les lacunes dans la recherche pratique dans le domaine des soins infirmiers sont attribuées à différents facteurs et barrières. Un résultat marquant d'études antérieures sur les facteurs influençant l'utilisation de la recherche infirmière était l'effet significatif des attitudes des infirmières envers la recherche. Plusieurs études ont montré qu'une forte attitude positive parmi les infirmières envers la recherche influe positivement sur l'utilisation de la recherche dans la pratique clinique. Toutefois, une attitude positive est insuffisante pour introduire la recherche dans la pratique. Une révision d'articles publiés entre 1991 et 2005 démontre que les barrières à l'utilisation de la recherche sont le manque de temps, le manque de confiance dans les compétences d'évaluation critique, le manque de pouvoir, les infrastructures institutionnelles déficientes, le manque de soutien, le manque d'accès, et le manque de preuves.</p> <p>À l'échelle mondiale, un idéal marquant de la profession infirmière, comme déclaré dans le communiqué de position du Conseil International des Infirmières en 1999, serait : « La pratique basée sur les résultats probants est une caractéristique pour les soins infirmiers professionnels. La recherche infirmière, tant qualitative que quantitative, est cruciale pour des soins de santé de qualité et rentables ».</p> <p>Les sources primaires sont présentes.</p>
Cadre de recherche	<p>Les barrières à l'utilisation de la recherche dans la pratique clinique relevées dans la littérature peuvent être identifiées grâce à l'un de ces trois facteurs, les facteurs reliés au praticien, les facteurs reliés au cadre ou à l'institution, et les facteurs reliés à la recherche. Funk et al. (1991) ont développé l'échelle des barrières à l'utilisation de la recherche sur la base de ce système pour mesurer les facteurs agissants comme des barrières ou des facteurs facilitateurs à l'utilisation de la recherche.</p> <p>L'échelle des barrières est basée sur le travail de Roger sur la diffusion de l'innovation. Roger définit la diffusion comme étant le processus par lequel une innovation ou des nouvelles idées sont communiquées à travers certaines filières au fil du temps parmi les membres d'un système social. L'échelle comprend 28 items décrivant quatre facteurs, et en plus deux questions ouvertes qualitatives prévues pour permettre aux participants d'indiquer leurs plus importantes barrières et facteurs facilitateurs perçus à l'utilisation de la recherche. Les quatre facteurs sont les suivants : <u>Les caractéristiques de l'adoptant</u>, représentent les valeurs de recherche de l'infirmière, les compétences, et la conscience de la recherche. Les caractéristiques individuelles de l'infirmière sont clairement reliées à l'intention et à l'état de préparation à implémenter les résultats de recherche dans la pratique, et à combler l'écart entre la recherche et la pratique. <u>Les caractéristiques de l'institution</u>, représentent le cadre, les barrières, et les limitations. L'infrastructure institutionnelle, le système, et les procédures devraient renforcer et soutenir l'implémentation des résultats de recherche. Il est important pour les infirmières de se sentir soutenues et encadrées par la direction de l'institution tout au long du processus d'utilisation de la recherche.</p>

	<p><u>Les caractéristiques de l'innovation</u>, représentent les qualités de la recherche, étant donné que la nature de la recherche influence fortement la volonté et l'état de préparation des cliniciens à l'utilisation des résultats de recherche. Tester des nouvelles idées ou des nouvelles pratiques suggérées par les résultats de recherche est très difficile pour les cliniciens. <u>Les caractéristiques de la communication</u>, représentent l'accessibilité des résultats de recherche et les moyens par lesquels les résultats sont présentés. Les chercheurs peuvent présenter leurs découvertes dans un langage technique difficile à comprendre, ne parviennent pas à publier les articles de recherche en temps opportun, présentent des découvertes qui sont en conflit avec d'autres rapports publiés, ou tirent des conclusions pas clairement justifiées par les découvertes.</p>
Buts et question de recherche	<p>Les raisons pour lesquelles les infirmières n'incorporent pas les preuves probantes dans la pratique ont largement été étudiées, particulièrement les relations avec leurs barrières. Malgré le fait que les barrières à l'utilisation des preuves probantes dans la pratique clinique aient été étudiées à travers le monde, il n'y a pas de rapports de recherche publiés sur la situation de ce sujet en Arabie Saoudite. Cette étude s'intéresse à ce manque d'informations fiables. Elle explore les facteurs qui entravent ou supportent l'introduction des résultats de recherche dans la pratique clinique infirmière en Arabie Saoudite, en lumière de la main-d'œuvre d'infirmière culturellement diversifiée.</p> <p>La main-d'œuvre infirmière en Arabie Saoudite se compose de beaucoup de nationalités et d'ethnies différentes.</p> <p>Les infirmières à travers le monde ont généralement une formation plus élevée que la moyenne, une situation soutenue et renforcée par le « <i>World Health Organization Global Standards for Initial Professional Nursing and Midwifery Education</i> ». La main d'œuvre infirmière d'Arabie Saoudite est aujourd'hui mieux formée que par le passé, il est donc naturel d'espérer qu'elle soit capable de refléter les principes d'EBP dans leur pratique.</p> <p>Sur la base de ces quatre facteurs, les auteurs conçoivent cette étude à utiliser l'échelle des barrières pour identifier les barrières et facteurs facilitateurs à l'utilisation de la recherche dans la pratique clinique, et examiner les relations entre les barrières identifiées et les différentes caractéristiques démographiques des infirmières.</p> <p>Les variables indépendantes examinées sont les barrières et les facteurs facilitateurs, et la variable dépendante correspond à l'utilisation de la recherche dans la pratique clinique infirmière.</p> <p>Il n'y a pas de question de recherche formulée en tant que telle. Les objectifs de l'étude sont explicites et permettent de comprendre ce que les auteurs veulent étudier.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Cette étude a visé toutes les infirmières actuellement employées dans trois hôpitaux de la garde nationale des affaires de santé, localisés à Riyad, Jeddah et Al-Ahsa en Arabie Saoudite. Les participants n'étaient pour la plupart pas d'Arabie Saoudite, avec seulement 5% d'infirmières arabes dans l'échantillon d'étude. Les participants non arabes représentent plus de 20 nationalités. Les 1'200 infirmières de ces trois hôpitaux représentaient environ 10% de la main d'œuvre d'infirmières du pays. Plus de deux tiers des participants étaient âgé de 30 à 49 ans.</p>

	<p>Près de 90% était des femmes et plus de la moitié était marié. Tous avaient plus d'un an d'expérience pratique en Arabie Saoudite. Près d'un tiers travaillait en ambulatoire, et un peu plus de deux tiers travaillaient dans des départements d'hospitalisation de longue durée.</p> <p>Les participants possédaient diverses qualifications. Plus de deux tiers avaient un Bachelor en sciences infirmières, tandis que presque un tiers avait un diplôme ou un degré similaire. Un petit nombre possédait des qualifications post grade.</p> <p>Des lettres d'invitation ont été envoyées à toutes les infirmières travaillant dans les trois hôpitaux sélectionnés, et une technique d'échantillonnage accidentel a été utilisée pour sélectionner les participants. Ceux ayant consenti à participer et ayant retourné le questionnaire rempli ont été inscrits comme participants à l'étude.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Une approbation de la part du « <i>National Guard Health Affairs Research and Ethics Committee</i> » a été obtenue avant la collecte des données. Les droits des participants ont été assurés sur la base des principes éthiques de respect de la dignité humaine, de l'intimité, de la confidentialité, et de l'autonomie. Le questionnaire était accompagné d'une lettre d'invitation et d'un formulaire de consentement informatif, afin d'assurer que la participation était volontaire et que la décision de participer ou non n'aurait pas d'effet sur la situation d'emploi des participants.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Les auteurs ont utilisé une méthode non expérimentale, descriptive, et corrélationnelle pour cette étude, ce qui correspond à un devis quantitatif.</p> <p>Le devis non expérimental ne permet pas de manipulations des variables indépendantes, à savoir les barrières et les facteurs facilitateurs. L'objectif de la méthode descriptive corrélationnelle permet d'observer, de décrire, et de dresser un portrait des caractéristiques de la problématique, afin d'explorer les liens entre les variables sans en chercher la cause.</p> <p>L'échelle des barrières contient des questions d'ordre quantitatives et quelques questions qualitatives.</p>

Modes de collectes de données	<p>Les auteurs ont collecté les données de l'étude en utilisant deux instruments : l'échelle des barrières et une fiche de données démographiques.</p> <p>Funk et al. (1991) ont développé l'échelle des barrières. Elle comprend 28 items et utilise l'échelle de Likert pour identifier le degré dans lequel chaque item est perçu comme une barrière à l'utilisation de la recherche dans la pratique clinique. L'échelle va de 1 à 5 (1 = aucun, 2 = léger, 3 = modéré, 4 = fort, 5 = pas d'opinion). Des procédures d'analyse factorielle ont identifié les facteurs des items de l'échelle. Quatre facteurs ont été identifiés dont la validité de chacun a été testée par la suite. L'instrument a été testé pour la cohérence interne et la fiabilité de l'alpha de Cronbach. Les quatre facteurs identifiés sont : 1. Les caractéristiques de l'adoptant (8 items). 2. Les caractéristiques de l'institution (8 items). 3. Les caractéristiques de l'innovation (6 items). 4. Les caractéristiques de la communication (6 items).</p> <p>La fiche de données démographiques a été développée par l'un des chercheurs afin de collecter des informations sur les caractéristiques démographiques spécifiques des participants, incluant l'âge, le genre, l'état civil, le service de soins, les années d'expérience pratiques, la nationalité, le nombre d'années en Arabie Saoudite, et le niveau d'études.</p>
Conduite de la recherche	<p>Au total, 1'200 questionnaires ont été envoyés par e-mail interne au mois d'août 2009 aux participants potentiels, accompagnés d'une lettre d'invitation et d'un formulaire de consentement informatif.</p> <p>La lettre d'invitation présente le sujet à l'étude, les procédures de recherche et l'engagement de garantir l'anonymat, l'intimité et la confidentialité concernant toutes les informations.</p> <p>Les variables indépendantes examinées sont les barrières et les facteurs facilitateurs.</p>
Analyse des données	<p>Les auteurs ont utilisé le SPSS pour la version 16.0 de Windows afin d'analyser les données, avec des analyses de fréquence, descriptive, et corrélée pour les questions quantitatives, et une analyse thématique pour les questions qualitatives. Sur les 1'200 questionnaires distribués, 413 étaient complètement remplis et retournés, dont 190 de Riyad, 106 de Al-Ahsa, et 117 de Jeddah.</p> <p>La fiabilité de l'échelle des barrières pour la collecte des données pour cette étude a été considérée comme haute, avec l'alpha de Cronbach.</p> <p>Il n'y a pas de résumé des résultats et les outils d'analyse des données ne sont pas décrits ni expliqués.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Il y a des tableaux représentant les résultats de l'étude.</p> <p>Les participants ont évalué près de deux tiers des items de l'échelle des barrières comme étant des barrières modérées à fortes. Les facteurs institutionnels ont reçus l'évaluation la plus élevée, suivis par les facteurs de communication, les facteurs de l'adoptant, et les facteurs à l'innovation. Les thèmes qui ont émergés des données qualitatives identifient les barrières additionnelles telles que le manque de temps, le manque de pouvoir, le manque de coopération des médecins, et le manque d'enseignement sur l'EBP. Implémenter les résultats de recherche dans la pratique clinique devrait améliorer la qualité et la rentabilité des soins de santé. Les infirmières ont un potentiel d'utilisation de la recherche important lorsqu'elles ont des attitudes</p>

	<p>généralement positives envers la recherche. Toutefois, elles rencontrent beaucoup de barrières qui les empêchent d'utiliser la recherche.</p> <p>Les auteurs ont appliqué le test de corrélation de Pearson pour examiner la relation significative potentielle entre les variables démographiques et les quatre facteurs perçus. Les résultats indiquent qu'il n'y a pas de corrélation entre ces quatre facteurs et la région de travail géographique, l'état civil, le service de soins, la nationalité et le niveau d'études. Une corrélation a été identifiée entre l'âge des participants et les facteurs de l'adoptant. Il y en avait également une entre le genre et les caractéristiques de l'innovation, et entre les années d'expérience pratique et les caractéristiques de l'adoptant et de l'institution.</p> <p>Les questions ouvertes demandaient aux participants de lister des barrières additionnelles, d'indiquer leurs trois barrières perçues les plus importantes, et de lister les autres facteurs conduisant à la facilitation de l'utilisation de la recherche. Les données qualitatives ont été analysées et regroupées par thèmes. Le thème le plus important était le manque de temps pour lire et évaluer les articles de recherche, suivi par le manque de pouvoir pour implémenter le changement, le manque de coopération des médecins, et le manque de formation et d'entraînement pour incorporer les résultats de recherche dans la pratique clinique.</p> <p>Les participants ont uniformément reporté plusieurs facteurs facilitateurs à l'utilisation de la recherche, dont l'augmentation du soutien administratif comme important pour incorporer les preuves probantes dans la pratique clinique. Les administrateurs ont besoin de rendre la recherche accessible ainsi que d'accorder du temps aux infirmières pour lire et examiner des articles pertinents. Ils soulignent l'importance de créer un environnement réceptif à la recherche et à l'évaluation critique. Beaucoup de participants ont identifiés le rôle important de la culture de l'institution comme étant un facteur facilitateur aux changements basés sur des preuves probantes dans la pratique.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats de cette étude sont similaires à des études antérieures. Les perceptions des infirmières participantes dans cette étude correspondent aux visions des barrières à l'utilisation de la recherche de la part des administrateurs. Leasure et al. (2008), dont les découvertes sont similaires à cette étude, recommandent que les résultats peuvent être très utiles aux stratégies destinées à faciliter l'intégration des résultats de recherche dans les cadres pratiques.</p> <p>Les participants de cette étude identifient le manque de temps pour lire les articles de recherche comme une des plus importantes barrières, ce qui fait écho à une étude récemment conduite en Turquie par Methap, Zumrut, et Funda (2011). D'autres facteurs institutionnels incluent des aménagements inadéquats, un manque de pouvoir, et un manque de coopération des médecins. Pour promouvoir l'utilisation de la recherche, les organisations infirmières devraient développer un processus formel et des stratégies pour l'utilisation de la recherche. Les comités de pratique et de recherche peuvent fournir des forums formels et prendre l'initiative de promouvoir l'implémentation des résultats de recherche dans la pratique. Fournir un accès facile à la littérature, impliquer le personnel infirmier aux projets destinés à implémenter l'EBP, et inclure la composante de la recherche dans le cahier des charges sont des suggestions pour promouvoir l'utilisation de la recherche (Leasure et al.,</p>

	<p>2008).</p> <p>Cette étude ne trouve pas de relations significatives entre les barrières et les caractéristiques démographiques, exception faite des années d'expérience pratique. Les infirmières avec le plus d'années d'expérience tendent à être plus matures et plus confiantes dans l'application des preuves probantes dans la pratique clinique. Les questions reliées au milieu de travail et à l'environnement institutionnel des infirmières étaient les plus préoccupantes pour les participants et ont été identifiées comme étant les barrières les plus importantes. Ce résultat fait écho avec ceux d'autres études infirmières et non-infirmières. D'autre part, plusieurs études antérieures ont identifié d'importantes différences entre les facteurs d'utilisation de la recherche et le parcours académique. Toutefois, dans cette étude, malgré la diversité des nationalités et le fond éducationnel et social, les participants n'ont pas considéré les caractéristiques démographiques et de l'adoptant comme les barrières les plus importantes.</p> <p>Les départements de soins dans les hôpitaux d'Arabie Saoudite sont administrativement gérés sous les départements médicaux ou opérationnels, un statut qui réduit l'autonomie du département infirmier et aide à expliquer l'importance donnée aux barrières institutionnelles.</p> <p>Les données qualitatives démontrent que le manque de temps est la barrière la plus importante dans cette étude, une découverte également soulignée dans beaucoup d'autres études. Du temps additionnel est nécessaire aux infirmières pour qu'elles puissent accéder, localiser, lire, et évaluer les rapports de recherche puis incorporer les résultats de recherche dans la pratique. La deuxième barrière la plus importante est le manque de pouvoir, qui est largement attribué au manque de soutien des managers. L'intérêt, le soutien et l'engagement des managers ou de l'administration sont cruciales pour les infirmières qui sont en train de changer leurs pratiques dans l'intention d'incorporer les résultats de recherche.</p> <p>Cette étude, et d'autres, a également identifié le manque de coopération des médecins comme étant une barrière importante. En accord avec les résultats de recherche, changer les pratiques cliniques est une tâche multidisciplinaire qui demande de la coopération et du soutien de tous les membres de l'équipe soignante.</p> <p>Le manque d'enseignement et d'entraînement à l'EBP était également identifié comme une barrière importante. Les ressources éducationnelles sont des outils importants qui aident les infirmières à se préparer à l'EBP. Lorsqu'elles sont hautement motivées à baser leurs pratiques sur des preuves probantes, les infirmières peuvent ne pas avoir l'entraînement nécessaire pour localiser, évaluer, synthétiser, et appliquer avec confiance les résultats de recherche dans la pratique. Le paradigme d'éducation infirmier doit de ce fait bouger vers l'intégration de la recherche et de l'EBP dans le programme d'études infirmier.</p> <p>Les limitations de cette étude sont le taux de réponse, considérablement faible (34,42%). Également, l'utilisation d'une technique d'échantillonnage facilité limite la capacité de généraliser les résultats. D'autres explorations des barrières à l'utilisation de la recherche dans d'autres secteurs de soins en Arabie Saoudite sont nécessaires.</p>
--	---

Conséquences et recommandations	<p>Les découvertes de cette étude fournissent aux décideurs politiques et aux administrateurs des informations de base sur les questions qui affectent les infirmières à l'application des résultats probants dans la pratique clinique.</p> <p>Des politiques de soutien et des structures institutionnelles sont nécessaires pour faciliter le personnel infirmier à utiliser la recherche dans leur pratique. Les enseignants en soins infirmiers pourraient référer les découvertes lors de l'enseignement de l'utilisation de la recherche dans le programme d'études infirmier en aidant les étudiants à surmonter les barrières identifiées, et enseigner les principes et pratiques d'EBP. Les futures infirmières devraient préparer suffisamment de connaissances reliées à la localisation, l'évaluation, et l'application de la recherche et identifier les preuves probantes issues de la recherche pour améliorer les soins aux patients.</p> <p>Davantage d'études sont nécessaires dans d'autres secteurs afin d'améliorer la généralisation des résultats et de développer des stratégies formelles pour l'utilisation de la recherche.</p>
---------------------------------	--

Figure 11. : Grille de lecture adaptée de Fortin (2010).

« Guidelines in professions allied to medicine (Review) » (Thomas, Cullum, Mccoll, Rousseau, Soutter, & Steen, 2009).

Titre	Tout est énoncé dans le titre ; le concept du protocole, sous-entendu sa dissémination et son implémentation dans la pratique des professions paramédicales, qui est justement la population en jeu ici.
Résumé	Revue ayant pour but d'identifier et évaluer les effets des études traitant de l'introduction de protocoles cliniques dans les professions paramédicales. Ces recherches sont faites sur des bases de données reconnues ou par des contacts personnels avec des experts ; analysées et évaluées par deux critiques indépendants. Cette critique a révélé que, malgré des recherches limitées, il existe des preuves que les protocoles peuvent améliorer les soins et que les rôles professionnels peuvent être substitués efficacement, par exemple une infirmière peut exercer la fonction d'un médecin dans certaines circonstances. Ces interventions offrent la possibilité de réduire les coûts toutefois des recherches supplémentaires sont nécessaires dans tous les domaines de ce sujet.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le phénomène à l'étude est clairement formulé. Il s'agit ici de faire une recension de diverses études traitant de l'efficacité des stratégies de dissémination et d'implémentation de protocoles cliniques dans les professions paramédicales (infirmières, sages-femmes, diététiciennes, etc). C'est pertinent dans le sens où, au moment de l'élaboration de cette critique, il n'y avait aucune revue systématique à ce sujet ciblant le domaine des soins infirmiers et des autres professions paramédicales (bien qu'il y en ait pour le domaine médical) Tout cela dans le but de déterminer l'efficacité et le rendement de l'introduction de protocoles cliniques, ainsi que promouvoir l'amélioration de la pratique et l'amélioration des résultats aux patients.
Recension des écrits	Puisque c'est une revue systématique, une recension a été entreprise. Elle fait l'état de 18 études qui ont été effectuées dans divers pays tels que les États-Unis d'Amérique, l'Australie, la Chine, le Canada et le Royaume-Uni. En plus de ça la partie « background » est développée sur la bases de plusieurs éléments référencés ; par exemple « malgré les preuves que la diffusion par la publication ou la distribution directe sont les stratégies les moins efficaces (Grol,1992) » Le contenu de la revue a été mis à jour le 23 novembre 1998. Dans ce sens, la recension des écrits est actuelle car ils sont pour la plupart situés entre 1990 et 1995). Aujourd'hui, cette revue systématique peut-être prise en compte tout en sachant que les éléments amenés datent donc d'une vingtaine d'années. La revue est un article Cochrane, ce qui induit tacitement que tous les écrits recensés sont une base solide, de haut niveau de preuve.

Cadre de recherche	<p>Le concept de « clinical guideline » ou directives/protocoles cliniques est décrit tel que ; [des] déclarations élaborées systématiquement pour aider les décisions des praticiens sur les soins de santé appropriés dans des circonstances cliniques spécifiques» (IOM 1990).</p> <p>Les protocoles sont utilisés pour réduire les variations inappropriées dans la pratique et pour promouvoir la livraison des soins de santé de haute qualité fondée sur des preuves (CRAG 1993).</p> <p>Le concept de l'intervention est implicite à la définition de « guideline »</p>
Buts et question de recherche	<p>Les objectifs :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier des évaluations rigoureuses de l'introduction de protocoles de pratique clinique en soins infirmiers, sages-femmes et autres professions paramédicales. Les secteurs hospitaliers et communautaires ont tous deux été inclus. 2. Déterminer l'efficacité et l'efficacité de l'introduction de protocoles de pratique clinique ciblant les soins infirmiers, les sages-femmes et les professions liées à la médecine et promouvoir l'amélioration de la pratique professionnelle et les résultats des patients <ul style="list-style-type: none"> • La variable dépendante : l'amélioration de la pratique professionnelle et les résultats des patients grâce à l'efficacité et l'efficacité de l'implémentation de protocoles cliniques • Les variables indépendantes : aucun protocole, différentes stratégies de dissémination et/ou d'implémentation <p>Les variables reprennent le concept de protocole clinique décrit dans le chapitre « cadre de recherche ».</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La revue inclut les différentes professions suivantes :</p> <p>Les soins infirmiers, les sages-femmes, les visiteurs de santé à domicile, la podologie, orthophonie, physiothérapie, l'ergothérapie, les diététiciens, la psychologie clinique, la pharmacie et la radiographie.</p> <p>Le problème rencontré à la lecture et l'analyse des documents est qu'il était impossible de différencier/séparer les résultats pour une de ces professions ; les effets des protocoles sur les comportements étaient décrits pour l'ensemble des professions paramédicales et non pour une seule séparément</p> <p>Le critère d'inclusion des articles est donc qu'il faut que 50% ou plus de population exerçant les professions citées plus haut fassent partie des recherches.</p>
Considérations éthiques	<p>Les auteurs indiquent un protocole de revue (méthode EPOC) qui décrit les critères de qualité et utilisés par Cochrane sur les pratiques en vigueur</p>
Devis de recherche	<p>Tous les types de protocoles sont intéressants pour cette revue, pas seulement ceux basés sur des preuves</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les études ayant les critères suivants étaient admissibles dans la revue: • Les études faisant une évaluation rigoureuse et objective de l'effet de l'implémentation du protocole sur les comportements des professions paramédicales et/ou sur les résultats aux patients • Les études évaluant un protocole destiné aux professions paramédicales et quelles parties de ce protocole devraient être implémentées par les professions en question • Les protocoles évalués peuvent être élaborés et/ou diffusés par un autre groupe professionnel mais le comportement ciblé doit rester

	<p>celui des professionnels paramédicaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les études évaluant la capacité des protocoles à faciliter le rôle de substitution • Les études évaluant la planification des congés ou des protocoles de gestion de cas, si elles comprenaient une liste d'actions pour les groupes de patients, plutôt que pour les patients individuels • Les études examinant la satisfaction et les connaissances du personnel si le comportement des professionnels ou les résultats aux patients étaient examinés aussi • Les études mesurant les résultats économiques (spécialement coûts vs bénéfices)
Modes de collectes de données	<p>La stratégie de recherche EPOC a été utilisée. La recherche a été étendue aux protocoles cliniques.</p> <p>Termes de recherche utilisés (traduis ici littéralement) : « directives cliniques », « directive de planification de la santé », « plan de soins » et « normes professionnelles ».</p> <p>La date limite de 1975 a été posée pour la recension des articles.</p> <p>Recherche électronique effectuée sur les bases : MEDLINE, CINAL, PsycLIT, EmBASE, NHS Economic Evaluations Database, DARE, DHSS-DATA, SIGLE et le Registre National de Recherche</p> <p>Autres ressources : recherche dans le journal Quality in Health Care, contact direct avec des experts, demandes d'aide postées sur internet (pour des études non publiées), contact avec des librairies de corps de professionnels appropriés</p>
Conduite de la recherche	<p>Chaque étude pertinente a été évaluée indépendamment pour l'inclusion dans la revue par deux examinateurs. L'extraction des données a été réalisée par deux examinateurs travaillant indépendamment. Les examinateurs ne travaillent pas toujours dans les mêmes pairs. Les divergences ont été discutées et résolues par les extracteurs de données; celles qui ne pouvaient pas être résolues facilement ont été renvoyées aux auteurs.</p>
Analyse des données	<p>Si des documents distincts se rapportaient à différents aspect d'une même étude, ils ont été traités comme une seule étude et un seul modèle d'extraction de données a été complété.</p> <p>Si des documents distincts se rapportaient à une étude pilote et à une étude principale de l'impact du même protocole, les données des articles étaient extraites séparément que si les échantillons de patients étaient différents; autrement, seulement les données de l'article présentant l'étude principale étaient extraites.</p> <p>Les contraintes de temps ne permettaient pas un suivi des données manquantes en communiquant avec les auteurs; ce sera entrepris avant la prochaine révision de la revue</p> <p>Une méta-analyse aurait eu peu de sens pratique. Les examinateurs ont donc opté pour rendre compte des effets sur le processus et les résultats des soins de la même manière qu'ils ont été rapportés dans les documents d'origine.</p> <p>Si le compte-rendu des analyses était inadéquat ou si une analyse de données plus puissante était possible, les examinateurs ont ré-analysé les données présentées dans les documents d'origine</p>

RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>En tout 18 études ont été étudiées dans cette revue. 13 autres n'ont pas été prises en compte en raison de défauts méthodologiques. Les paramètres de l'étude étaient des soins aux patients hospitalisés, les soins aux patients non-hospitalisés/en ambulatoire et une salle d'urgence.</p> <p><u>Comparaison 1: lignes directrices avec diffusion et / ou stratégie de mise en œuvre VS pas de lignes directrices.</u></p> <p>Cinq études ont évalué l'effet des lignes directrices en termes de processus de soins. Des changements significatifs des processus évalués ont été identifiés dans trois études. Par exemple, l'étude de Frigoletto (Frigoletto, 1995) sur la gestion du travail (lors de l'accouchement) par des infirmières sages-femmes, a démontré des différences significatives dans les pratiques relatives à la gestion de ce travail entre le protocole de gestion active et le groupe de soins habituels. Dans le groupe de gestion active, la fréquence des examens vaginaux était significativement plus élevés (de 1,6 heures d'intervalle moyen contre 2,5 heures pour le groupe de soins standard), beaucoup plus de femmes ont reçu de l'ocytocine pour accélérer le travail (70% contre 56%) et beaucoup moins de femmes ont demandé et reçu une anesthésie péridurale (54% contre 64%).</p> <p>Huit études mesuraient les résultats de soins ; des différences statistiquement significatives en faveur du groupe d'intervention ont été trouvées pour au moins certains résultats de soins dans six études. Cependant, les résultats de plusieurs de ces études étaient équivoques, et il n'y avait pas de changement significatif noté dans d'autres variables des résultats évalués. Pour certaines études, le changement observé dans ce qui semblait être la principale mesure de résultat était non significatif.</p> <p>Enfin, certaines études suggèrent que les coûts des soins de santé sont diminués lorsque les soins suivent les lignes directrices / protocoles, mais les auteurs ne fournissent pas suffisamment de données pour déterminer si ces économies sont compensées par le coût de la diffusion et de mise en œuvre la directive.</p> <p><u>Comparaison 2: lignes directrices avec diffusion et / ou mise en œuvre selon la stratégie A VS lignes directrices avec diffusion et / ou mise en œuvre selon la stratégie B</u></p> <p>Trois études comparent explicitement deux ou plusieurs stratégies de diffusion ou d'implémentation. Toutes étaient des essais randomisés contrôlés. Dans ces études, les interventions étaient hétérogènes, ce qui empêche de combiner les résultats de deux études ou plus.</p> <p>Toutefois, il en ressort quelques résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 groupes appliquant des protocoles avec une stratégie de dissémination différente ont été comparés. (A) recevait des directives, des conférences et des opinions de leader, (B) recevait les directives et les opinions de leaders et (C) recevait des directives et des conférences. Il a été remarqué que les performances étaient améliorées dans les trois groupes, mais des améliorations étaient plus importantes les groupes A et B. <p>Les performances seraient donc améliorées lorsque les professionnels sont sous l'influence de leaders d'opinions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il y avait une unité d'analyse d'erreur et il est impossible de

	<p>déterminer si ces améliorations étaient statistiquement significatives La revue fait également l'état d'autres résultats trouvés comme par exemple, le fait que</p> <p><u>Comparaison 3: études de substitution de compétences</u></p> <p>Six études (toutes des essais randomisés contrôlés), avaient pour but d'évaluer la substitution de compétence, dans l'intérêt d'une plus grande efficacité. Ces études comparaient les performances des infirmières opérant conformément à une directive avec les « soins standards » ordinairement fournis par un médecin.</p> <p>Les conclusions tirées de ces expériences sont généralement favorable à l'hypothèse qu'il n'y pas de différence entre les deux, et donc que l'intervention est efficace.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats des 18 études identifiées fournissent des preuves que les soins conduits par des lignes directrices peuvent être efficaces pour changer le processus et les résultats des soins prodigués par les professions liées à la médecine :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sept des neuf études ont trouvé des améliorations significatives dans les résultats de soins lorsque ceux-ci étaient fondés sur les directives (vs les prestations non-basées sur des protocoles) - Les trois études comparant deux ou plusieurs stratégies de diffusion et de mise en œuvre ont été compromises par une petite taille de l'échantillon ou des erreurs d'analyse. En conséquence, il est difficile de tirer des conclusions définitives de ces études. - Les résultats des six études qui ont examiné la capacité des lignes directrices cliniques pour permettre la substitution des rôles sont généralement favorables à l'efficacité de cette intervention. <p>Les résultats de l'analyse de cette revue sont à prendre avec précaution en raison notamment de la taille de l'échantillon et des erreurs d'analyse de certaines études travaillées. Aussi, les auteurs invitent à la prudence quant à l'interprétation des résultats de la revue ainsi qu'à la généralisation de ceux-ci à d'autres professions en raison des mauvaises méthodes et paramètres observés dans la plupart des études. En effet, différents biais ont été identifiés, comme par exemples les études menées sur un site unique, axées sur une seule profession, avec de petits échantillons. De plus, les professionnels sont parfois choisis pour leur enthousiasme ou leur expertise (les directives seraient probablement moins efficaces si les évaluations étaient effectuées auprès de personnel moins engagés ou moins hautement qualifiés ou expérimentés). Finalement, il ressort que les professionnels ont conscience que leur performance est évaluée, et il n'y a pas d'informations suffisantes pour savoir si les variations observées ont été maintenue après le début de la mise en œuvre des lignes directrices à l'étude.</p>

Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs de la revue recommandent que les futures activités de diffusion et de mise en œuvre soient basées sur des perspectives théoriques. En plus de cela, dans le but d'être plus efficace et que le comportement des médecins soit plus adapté, ces stratégies doivent être basées sur des preuves fiables.</p> <p>Les études incluses dans cette revue ne fournissent que des preuves limitées des mérites relatifs aux stratégies de diffusion et de mise en œuvre. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'efficacité relative de ces stratégies par rapport aux professions paramédicales.</p> <p>L'essai randomisé contrôlé est la meilleure méthode d'observation pour étudier les changements de comportement des professionnels. Pour de futures études sur l'efficacité des lignes directrices, il faudrait donc garder la méthode de l'essai randomisé contrôlé car c'est le « gold standard ». De plus, les facteurs et les sources de biais potentiels devraient être identifiés de manière explicite. Idéalement, ces études devraient comprendre une composante qualitative. Cela permettrait de fournir des réponses sur le comment et le pourquoi une intervention fonctionne, et non pas seulement de savoir si elle fonctionne ou non.</p> <p>Enfin, les rapports de conception de l'étude et les résultats devraient inclure suffisamment de détails pour permettre une «évaluation de la qualité» de l'étude (quelle intervalle pour affirmer que c'est une différence significative, taille de l'échantillon, etc..)</p> <p>Les résultats de cet examen fournissent des preuves que les soins basés sur des directives peuvent être efficaces pour changer le processus et les résultats des soins fournis par les professions paramédicales. Or, il n'y a actuellement pas de preuves suffisantes pour tirer des conclusions définitives sur l'efficacité des différentes stratégies de diffusion et de mise en œuvre.</p>
---------------------------------	---

Figure 12. : Grille de lecture adaptée de Fortin (2010).

« Implementation of evidence-based practice: outside the box, throughout the hospital » (Ubbink, Vermeulen, Knops, Legemate, Rengerink & Heineman, 2011).

Titre	Le concept de l'implémentation de la pratique basée sur des preuves fait référence dans le titre. En revanche la seconde partie du titre « en dehors de la boîte, partout dans l'hôpital » est un peu vaste et abstrait. La population n'est donc pas clairement définie dans le titre.
Résumé	<p>Le contexte est posé : on est d'accord pour dire que l'EBP augmente la qualité des soins mais pourtant tous les professionnels ne l'applique pas dans leur pratique quotidienne. Le but de cette étude est donc de déterminer quelles sont les barrières et facilitateurs perçus ainsi que les attitudes et les connaissances envers l'EBP pour définir des interventions sur mesure pour améliorer le comportement envers l'EBP.</p> <p>Méthode : enquête transversale=cliché d'une population à un temps donné où médecins et infirmières doivent remplir le questionnaire McColl et le questionnaire des barrières.</p> <p>Résultats : Médecins et infirmières accueillent volontiers l'EBP mais sont considérées comme contraintes majeures à l'implémentation ; le temps, le manque de connaissances et la faible disponibilité des éléments de preuve. Sont aussi mentionnés ; les résultats contradictoires, la méthodologie erronée ainsi que le manque d'éducation et la difficulté de lire et d'interpréter les documents de recherche (ces deux derniers items sont mentionnés principalement par les infirmières).</p> <p>6/8 termes communs en EBP peuvent être expliqués par 54% des médecins mais seulement 15% d'infirmières.</p> <p>Les facteurs facilitateurs pour les médecins ; disponibilité et accessibilité de hauts niveaux de preuves, la communication des preuves lors de conférences et le transfert possible pour la prise de décisions cliniques</p> <p>Les facteurs facilitateurs pour les infirmières ; plus d'enseignement et des exemples pour incorporer l'EBP dans la pratique clinique</p> <p>Ces deux groupes désirent plus de soutien de la gestion en termes de motivation et d'opportunités.</p> <p>Conclusion : Médecins et infirmières ont adopté le paradigme de l'EBP comme un moyen important pour améliorer la qualité des soins du patient mais son application est encore difficile/encombrante. Ce document offre donc un programme sur mesure pour l'implémentation et le maintien de l'EBP, renforcé par des modèles de rôles professionnels et managériaux.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	C'est une demande de la société et des patients ainsi que des conseils d'administration des hôpitaux et des compagnies d'assurances que les professionnels doivent prendre leurs responsabilités et donc utiliser l'EBP (Claridge & Fabian, 2005 ; Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996) pour prévenir les pratiques dangereuses, réduire les variances individuelles inacceptables et finalement augmenter l'efficacité et la qualité des soins (Donald et Greenhalgh, 2000). Ce n'est pourtant pas le cas chez les médecins (manque de temps, de connaissances ou de ressources) comme chez les infirmières (encore en plein essor) (Carlson & Plonczynski, 2008 ; McColl & al., 1998).

	<p>C'est pertinent dans le contexte actuel car l'EBP est nécessaire mais il manque encore des modèles (leaders) pour faire que l'EBP soit utilisé et fonctionne (Doumit, Gattellari, Grimshaw & O'Brien, 2007 ; Zwarenstein, Goldman & Reeves, 2009).</p> <p>Les essais randomisés ou les revues systématiques qui sont à la disposition des praticiens sont rares et peuvent être sujettes à des biais (McCulloch, Taylor, Sasako, Lovett & Griffin, 2002).</p> <p>Etre conscient du niveau de preuve derrière les interventions qu'on offre aux patients peut aider à la prise de décision clinique (McCaughey & Bruning, 2010 ; Ubbink & Legemate, 2004).</p>
Recension des écrits	<p>Le contexte actuel est posé sur la base d'une dizaine d'écrits, dont la recension est faite dans ce chapitre « <i>INTRODUCTION</i> ».</p> <p>Nous remarquons que les auteurs se sont appuyés sur des documents publiés à diverses périodes (qui varient entre 1998 et 2010).</p> <p>Une source primaire : Donald & Greenhalgh, 2000</p> <p>Plusieurs articles proviennent de la base de données Cochrane.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts qui ressortent principalement sont les limitations à l'EBP et l'amélioration de son implémentation.</p> <p>Fondements :</p> <p>Amélioration possible seulement si prise de conscience et attitude positive envers l'EBP (Cabana & al., 1999).</p> <p>Le fait de promouvoir le changement dans la pratique aura plus de succès si la stratégie de changement est basée sur des barrières et facilitateurs spécifiques perçus (Grol & Grimshaw, 1999).</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de cette étude est de déterminer quelles sont les barrières et de déterminer l'attitude et la prise de conscience de l'EBP chez les professionnels (médecins, infirmiers, managers). Ceci permet de définir un programme sur mesure pour structurer, faciliter et soutenir les pratiques basées sur des preuves.</p> <p>Variable dépendante : implémentation de l'EBP</p> <p>Variables indépendantes : les barrières ; l'attitude et la prise de conscience envers l'EBP</p> <p>La question de recherche est non énoncée mais supposable.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Cette enquête a été menée dans les cinq plus grands départements (médecine interne, chirurgie, obstétrique et gynécologie, pédiatrie et neurologie) de l'Academic Medical Center, un hôpital universitaire de 1000 lits à Amsterdam, aux Pays-Bas.</p> <p>Tous les spécialistes cliniques, les stagiaires et les infirmières, y compris ceux avec des tâches de gestion, de ces cinq départements ont été invités à remplir un questionnaire (combiné de deux questionnaires) : l'échelle des barrières (Funk & al., 1994) et le questionnaire McColl (McColl & al., 1998).</p> <p>Ont également été enregistrés : les caractéristiques générales des répondants, y compris leur âge, sexe, niveau d'éducation, expérience de travail, formation ultérieure en EBP et l'équipement de recherche de littérature.</p> <p>Au total 305 médecins (taux de réponse de 70%) et 396 infirmières ont répondu (taux de réponse de 74%).</p>

Considérations éthiques	L'accord pour la réalisation de cette enquête a été obtenu de la part des gestionnaires médicaux et infirmiers de chacun de ces départements. L'approbation éthique a été jugé inutile. Les questionnaires utilisés dans cette étude - l'échelle des barrières (Funk & al., 1994) et le questionnaire McColl (McColl & al., 1998) - ont été validés dans divers milieux à travers le monde ou du moins largement.
Devis de recherche	Devis quantitatif Etude transversale
Modes de collectes de données	Deux questionnaires importés ont été combinés pour les besoins de cette étude, afin d'évaluer les obstacles perçus à l'utilisation des résultats de recherche dans la pratique clinique : <ul style="list-style-type: none"> - l'échelle des barrières (Funk & al., 1994) : échelle divisée en 5 parties comprenant 29 items qui permet d'évaluer les barrières à l'implémentation de l'EBP - le questionnaire McColl (McColl & al., 1998) : évalue l'attitude (sur une échelle visuelle analogique de 10 cm), la conscience et l'utilisation actuelle de l'EBP
Conduite de la recherche	Les deux questionnaires ont été traduits en néerlandais et distribués en version papier ou électronique. Pour évaluer les connaissances en EBP parmi les médecins et les infirmières, une liste de termes communs concernant leurs pratiques cliniques a été fournie. Deux termes factices non-existants ont été rajoutés à ces listes, permettant ainsi d'évaluer la crédibilité des répondants. <ul style="list-style-type: none"> - « Fixed event rate » et « Random benefit ratio » pour les médecins, - « Dosage chance » et « Absolute treatment increase » pour les infirmières
Analyse des données	Les réponses aux 29 obstacles possibles ont été dichotomisées, à savoir les articles notés comme «barrière» ou «grande barrière» ont été comptés comme des obstacles. Les moyennes et les écarts-types ou les médianes et les intervalles interquartiles ont été calculés en fonction de la distribution du paramètre. Des différences ont été exprimées par la différence moyenne avec des intervalles de 95% de confiance. Pour comparer les moyennes des scores de l'attitude envers l'EBP entre les différents sous-groupes, le Student's t-test a été utilisé. Les différences entre les valeurs moyennes ont été analysées en utilisant le Mann-Whitney U test. L'analyse statistique a été réalisée en utilisant IBM-PSS, version 18.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA).
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Résultats du questionnaire McColl :</p> <p><u>Formation ultérieure pour la recherche de littérature</u> Environ le 2/3 des médecins répondant au questionnaire ont reçu au préalable une formation pour la recherche de littérature. Ce taux baisse de 10% pour les infirmières</p> <p><u>Consultation des résultats de recherche basés sur des preuves dans la littérature</u> Une différence remarquable entre les médecins et infirmières réside au niveau de la consultation des résultats basés sur des preuves dans la</p>

	<p>littérature. En moyenne, sur une année, les médecins estiment effectuer environ 100 recherches. Ce nombre est de 1 pour les infirmières !</p> <p><u>Accès aux bases de données</u> Les médecins ont accès aux bases de données aussi bien au travail qu'à la maison. Les infirmières, elles, bien qu'elles aient internet à domicile, n'ont pas conscience qu'elles peuvent accéder aux bases de données</p> <p><u>Compétences essentielles pour passer à une pratique basée sur des preuves (actuellement et dans le futur)</u> Pour les médecins : combinaison de compétences de recherche et d'évaluation critique, trouver et appliquer des résumés fondés sur des preuves, et l'utilisation de lignes directrices fondées sur des données probantes A l'avenir, les besoins tendent vers l'usage exclusif des lignes directrices fondées sur des données probantes. Pour aujourd'hui et pour l'avenir, la majorité des infirmières préfère se reposer entièrement sur les lignes directrices et de protocoles basés sur des données probantes.</p> <p><u>Attitude envers l'EBP</u> Sur une échelle de 0 à 100 les participants doivent évaluer leur attitude positive (100) ou non (0) envers l'EBP. La moyenne se situe à 72 pour les médecins et 55 pour les infirmières. Les neurologues et les infirmières en médecine interne ont les attitudes les plus positives (scores respectivement de 77 et 71).</p> <p><u>Utilité de la recherche dans la pratique</u> 0 étant inutile et 100 extrêmement utile, les médecins situent l'utilité de la recherche dans une moyenne de 70, qui passe à 62 pour les infirmières</p> <p><u>Amélioration des soins au patient et pourcentage de l'utilisation de l'EBP dans la pratique clinique</u> Considérant que l'EBP améliore la qualité des soins au patient (0= complètement en désaccord et 100 complètement d'accord), la moyenne des médecins se situe à 79 pour 74,3 chez les infirmières. Pourtant, malgré la conscience que l'EBP est utile et efficace, le taux de pratique basé sur des preuves ne s'élève qu'à 50.2% chez les médecins (soit la moitié de leur pratique) et se réduit à 44% pour les infirmières</p> <p><u>Comparaison entre les différentes caractéristiques des participants</u> Du côté des médecins, les spécialistes ont un pourcentage de pratique basé sur des preuves estimé légèrement mais significativement plus faible (47,8%) que leurs stagiaires (52,9%). Toutefois, l'attitude face à l'EBP est sensiblement la même. Il n'y a pas de différence significative de l'attitude envers l'EBP entre les professionnels les plus âgés (51-65 ans) et les plus jeunes (<37 ans). Il n'y a pas de différence significative de l'attitude envers l'EBP entre les femmes et les hommes Du côté des infirmières, les infirmières seniors ont montré une attitude envers l'EBP plus positive que les plus jeunes (67 vs 52) et sont plus convaincues que l'EBP améliore les soins au patient (79 vs 73)</p> <p><u>Comparaison avec les médecins et infirmières ayant un rôle de gestion</u> Médecins et infirmières ayant un rôle de gestion (chefs de service, cadres infirmiers) ne donnent pas des réponses évidentes.</p> <p><u>Compréhension des termes communs à l'EBP</u> La moitié des médecins avait (un peu) la compréhension de l'ensemble des huit termes prévus. Les deux termes factices ont été moins connus,</p>
--	--

	<p>mais encore 39 et 49% (respectivement pour chaque terme) des médecins ont affirmé avoir une certaine connaissance de leur signification.</p> <p>La moitié des infirmières avait (un peu) la compréhension de trois des huit termes. Termes réels et fictifs chez les infirmières étaient connus de manière égale (suggérant répondeur socialement souhaitable à cette partie du questionnaire), tandis que «le calcul de puissance» et «nombre de sujets à traiter» étaient pratiquement inconnus.</p> <p><u>Familiarité avec les banques de données</u></p> <p>Les bases de données avec des revues systématiques de littérature (Cochrane) et des protocoles nationaux (CBO) ont été les plus largement utilisées pour la prise de décision clinique (par respectivement 72 et 46% des médecins). Ceci est également vrai pour les infirmières, mais dans une bien moindre mesure (10,5 et 8,9%, respectivement). Les sources offrant des preuves pré-évaluées (par exemple ACP Journal Club ou Evidence-based medicine) ne sont habituellement pas (encore) utilisées.</p> <p>Résultats de l'échelle des barrières</p> <p>Un top-cinq des principales barrières a été effectué chez les médecins et chez les infirmières. Pour plus de 75% des médecins, le plus gros inconvénient de la littérature est la contradiction entre les différents résultats.</p> <p>Le manque de temps pour lire les recherches et l'ignorance des résultats de la littérature sont considérés comme les principaux obstacles à l'application de l'EBP pour plus de 75% des infirmières, mais aussi pour de nombreux médecins (environ respectivement 66 et 62%).</p> <p>Les infirmières en particulier ont eu des difficultés avec la lecture des documents dans une langue étrangère (anglais).</p> <p>Les autres barrières chez les médecins sont les lacunes méthodologiques présentes dans certaines recherches et le sentiment que les résultats ne sont pas applicables à la situation. Chez les infirmières, les autres barrières sont l'incompréhension des analyses statistiques et le manque de temps pour implémenter les nouvelles idées sur le lieu de travail.</p> <p>Les principaux facteurs facilitants rapportés par les médecins et les infirmières pourraient être résumés comme suit: la participation constante des collègues, avoir une équipe et une gestion pour l'apprentissage et l'application de l'EBP dans la pratique clinique quotidienne, la promotion structurelle et la facilitation des activités de l'EBP par la direction (soutien), et l'accès clair et facile des protocoles et les lignes directrices.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Même si la majorité des professionnels de la santé apprécie l'EBP et son utilité dans l'amélioration de la qualité des soins au patient, des obstacles importants entravent encore la mise en œuvre de l'EBP dans la pratique clinique quotidienne.</p> <p>Les résultats ressortis ici tels que les contraintes de temps, le manque de connaissances et la faible disponibilité de preuves, se retrouvent régulièrement dans d'autres hôpitaux mais ont également été signalés pour d'autres disciplines spécifiques à travers l'Europe.</p> <p>En outre, les obstacles observés semblent être cohérents dans le temps et par région géographique. Ces observations ont conduit diverses initiatives d'enseignement à objectif unique, par exemple les modules</p>

	<p>« teach-the-teacher ».</p> <p>Les limites de l'étude : les non-répondants n'ont peut-être pas participé à l'étude car ils ne prônent pas ou peu l'EBP ; certains répondants ont cité beaucoup de barrières à l'implémentation de l'EBP, en indiquant qu'ils n'étaient pas du tout favorables à cette pratique ; deuxième pas compris ; au moment du sondage, l'institution n'était pas vierge quant à l'éducation de l'EBP. Or il est probable que les hôpitaux non universitaires soient beaucoup moins familiers avec l'EBP ce qui souligne la nécessité de nouvelles initiatives d'amélioration.</p> <p>La différence faite entre les médecins et les infirmières dans cette étude vient principalement du fait que les infirmières sont moins avancées en matière d'éducation de l'EBP (encore peu de master comparée au domaine médical).</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les stratégies de mise en œuvre efficaces devraient adopter une approche plus large et impliquer non seulement les écoles de médecine et de soins infirmiers et autres programmes de santé, mais aussi les systèmes de politique et gestion de la santé. Après tout, excellents soins aux patients fondés sur des preuves ne peuvent être atteints sans l'interaction des différents professionnels de gestion, de recherche, et de la santé.</p> <p>En outre, les activités de l'EBP devraient faire partie des indicateurs de qualité, des vérifications ministérielles, et de la certification. Deuxièmement, il devrait inclure des modules d'enseignement pour les étudiants. Tous les professionnels de la santé n'ont pas besoins d'être à un niveau expert mais chaque département devrait avoir au moins certains experts EBP, médecins et infirmières, pour enflammer et soutenir l'approche de l'EBP. Toutefois, chaque professionnel devrait avoir une attitude critique à l'égard de sa pratique clinique. Troisièmement, le programme devrait permettre une base de données facile à utiliser et facile d'accès pour les directives et protocoles fondés sur des preuves mises à jour. Profiter des moments de réunions pour partager et discuter des éléments de preuves disponibles.</p> <p>Dans la quête de l'excellence clinique des soins aux patients, l'adoption du paradigme de l'EBP à travers un programme structurel sur mesure en collaboration avec toutes les parties prenantes semble apporter une contribution essentielle à cet objectif.</p>

Figure 13. : Grille de lecture adaptée de Fortin (2010).

« Barriers to and facilitators of research utilization: a survey of registered nurses in China » (Wang, Jiang, Wang, Wang & Bai, 2013).

Titre	Le titre précise les concepts (Barriers and Facilitators, Research utilization, nurses in China). On connaît la population et de quoi ça va parler
Résumé	<p>Le résumé décrit les aspects tels que</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ le but : décrire la perception des barrières et des facteurs facilitateurs à l'utilisation de la recherche et explorer les facteurs qui influencent ces perceptions. ○ la méthode : une étude transversale et une méthode d'échantillonnage ont été utilisées. 590 infirmières de trois hôpitaux ont été sélectionnées pendant une période de cinq mois pour répondre à un questionnaire. ○ les résultats : le manque d'autorité, le manque de temps et le problème de la langue sont les trois plus grandes barrières. Améliorer le soutien et l'appui de la direction, faire progresser l'éducation afin d'augmenter les connaissances de base en recherche et mettre du temps à disposition pour étudier et implémenter les recherches sont les facteurs facilitateurs. ○ la discussion : de nombreuses barrières ressortent en Chine à l'utilisation de la recherche. L'hôpital, le niveau de formation, l'expérience en recherche et les connaissances en <i>EBN</i> doivent être pris en compte pour améliorer l'utilisation de la recherche.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>L'utilisation des résultats de recherche dans la pratique est devenue primordiale pour les soins infirmiers. Mais ça reste un challenge pour les implanter dans les services.</p> <p>La Chine compte une des plus grandes populations d'infirmières et le besoin de promouvoir l'utilisation de la recherche est particulièrement important.</p>
Recension des écrits	<p>Plusieurs auteurs et recherches antérieures sont cités dans l'introduction et permettent de comprendre le sens de l'étude. Plusieurs auteurs ressortent les mêmes barrières.</p> <p>Aucune étude n'a encore été menée en Chine sur ce sujet, c'est donc intéressant d'explorer les perceptions dans ce pays-là puisqu'elle contient la plus grande population d'infirmières.</p> <p>La recension présente des sources primaires et des sources secondaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts principaux sont développés et mis en évidence adéquatement. On comprend relativement bien le sens et le pourquoi des concepts. Les concepts sont en lien avec le but de l'étude qui est d'explorer les facteurs facilitateurs et entravant à l'utilisation de la recherche.</p> <p>Le cadre de recherche est conceptuel et non théorique. Car les auteurs ne s'appuient pas sur une théorie pour développer leur article.</p> <p>Les méthodes utilisées sont clairement énoncées (étude transversale, méthode d'échantillonnage, etc.). La méthode de recherche est une méthode quantitative.</p>

Buts et question de recherche	<p>Le but de cette étude est d'explorer les barrières et les facteurs facilitateurs à l'utilisation de la recherche ainsi que les facteurs qui influencent ces barrières et ces facilitateurs.</p> <p>Il n'y a pas de question de recherche proprement dit, mais des questionnaires avec des items dans le but d'explorer les perceptions des infirmières sur l'utilisation de la recherche. La population de l'étude est clairement définie (infirmiers de trois secteurs hospitaliers en Chine).</p> <p>Toute l'étude est en lien avec d'autres études sur le même sujet, mais pas dans le même pays. Les croyances sont prises en compte, car la culture chinoise et la philosophie de vie est différente des pays occidentaux.</p> <p>Les variables (paramètre mesurable) reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est la population des infirmières dans la Province du Sichuan.</p> <p>La population (590 infirmières) a été recrutée aléatoirement et proportionnellement sur trois hôpitaux, eux aussi sélectionnés au hasard sur neuf hôpitaux.</p> <p>L'étude transversale et la méthode d'échantillonnage semblent appropriées pour cette étude et permet d'atteindre les objectifs visés à savoir ceux d'explorer les facteurs facilitateurs et les barrières à l'utilisation de la recherche.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont adéquats. Des infirmiers désignés étaient responsables de distribuer et de récupérer les questionnaires.</p> <p>Le retour du questionnaire complété implique que les participants ont donné leur consentement à participer à l'étude.</p> <p>Les explications ont été données au début du questionnaire sur le sujet de l'étude, les droits de participer ou non, l'anonymat ainsi que la confidentialité des réponses.</p> <p>Toutes les données ont été approuvées par le comité d'éthique de l'université de Sichuan. La permission d'utiliser la version chinoise de l'échelle des barrières a été obtenue par les professeurs Thompson et Chau de l'université de Hong Kong.</p>
Devis de recherche	<p>Ils ont mené une étude transversale avec une méthode d'échantillonnage aléatoire pour évaluer les perceptions des infirmières au niveau des barrières et facteurs facilitateurs. 590 infirmières ont été recrutées pour l'étude de manière aléatoire. C'est donc pertinent puisque n'importe quelle infirmière pouvait être recrutée.</p> <p>Le devis utilisé permet que l'étude atteigne son but. Les auteurs ont utilisé les échelles « the BARRIERS/ FACILITATORS scale » issues d'autres auteurs avec leur accord, traduites et fiables dans d'autres pays. Etant donné que c'est une méthode de recherche quantitative, les données ne peuvent être applicables aux études qualitatives. Mais l'étude respecte la crédibilité. La réalité est représentée et mise en évidence par le biais du questionnaire. Cette étude est fiable, puisque s'ils la refont avec d'autres infirmiers, probablement qu'il ressortirait les mêmes résultats. Les résultats reflètent bien les données et non le point de vue des auteurs (neutralité).</p> <p>La méthode de recherche, quantitative, comprend un questionnaire qui a pour but de recueillir les informations sur ce que les chercheurs</p>

	<p>souhaitent savoir. Il contient des items avec des affirmations tirées de l'échelle des barrières ainsi qu'une partie informelle, libre pour que les infirmiers puissent s'exprimer.</p> <p>Les auteurs ont laissé du temps aux participants, c'est-à-dire de septembre 2006 à janvier 2007.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les auteurs ont utilisé « the Barriers Scale » et « the Facilitators scale » pour récupérer des données. Les échelles ont été traduites en chinois et les traductions des items réadaptées.</p> <p>Les observations du phénomène étaient bien ciblées.</p> <p>Les échelles ont été reprises, mais adaptées pour la population chinoise.</p> <p>La procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés.</p>
Conduite de la recherche	<p>Les participants étaient invités à évaluer chaque item des barrières et des facteurs facilitateurs et également à lister les barrières/facilitateurs qu'ils percevaient dans leur utilisation de la recherche.</p> <p>Les biais ont été minimisés en faisant appel à un groupe d'expert.</p> <p>La variable dépendante dans cet article est l'utilisation de la recherche.</p> <p>Les variables indépendantes représentent les résultats qui ressortent du questionnaire en lien avec les barrières et les facteurs facilitateurs.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites. Toutes les données ont été analysées avec le SPSS (Statistical Package Social Sciences).</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats, tels que l'âge des participants, le sexe, le niveau de formation et le nombre d'année de service, sont pris en considération dans les analyses.</p> <p>Le résumé des résultats est compréhensible et met en évidence les extraits rapportés dans l'introduction en lien avec les résultats d'études antérieures.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Des 590 questionnaires, 555 ont été retournés et 521 ont été utilisés.</p> <p>Les résultats sont résumés dans 5 tableaux et explicités à l'aide d'un texte narratif au-dessous. Les barrières qui ressortent sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ le manque de soutien de la direction ○ le manque de temps ○ le problème de la langue (anglais). ○ La réticence des patients à participer à des recherches ainsi que le manque de financement et le manque de protection juridique des risques cliniques ressortent aussi. <p>Améliorer le soutien et l'appui de la direction, faire progresser l'éducation afin d'augmenter les connaissances de base en recherche et mettre du temps à disposition pour étudier et implémenter les recherches sont les facteurs facilitateurs. La coopération des patients et le financement complètent ces facteurs facilitateurs.</p> <p>Le niveau d'étude, l'expérience dans la recherche, les connaissances en EBN influencent les perceptions de l'utilisation de la recherche.</p> <p>Chaque résultat est séparé et bien détaillé dans un paragraphe.</p> <p>Les résultats indiquent que le type d'hôpital, la formation, l'expérience dans la recherche et les connaissances en matière d'EBN sont des facteurs qui influencent la perception des barrières et des facteurs facilitateurs à l'utilisation de la recherche.</p>

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction des barrières ressorties, des facteurs facilitateurs et des facteurs qui influencent perceptions des barrières et des facilitateurs.</p> <p>Les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet, il en ressort les mêmes résultats. Mais ceux-ci s'expliquent parfois différemment du fait que la culture chinoise n'est pas la même que les cultures occidentales.</p> <p>La direction actuelle est influencée par les us et coutumes de la Chine. Ce qui fait que les infirmières se doivent de respecter la hiérarchie, ne pas faire de conflit, obéir à la direction et aux médecins. De ce fait, il est plus difficile pour cette discipline de se faire entendre et avoir du soutien. La science infirmière est assez récente en Chine et les financements sont encore principalement accordés à la médecine.</p> <p>De plus, pour diminuer les coûts, les effectifs en infirmiers dans les équipes sont réduits et les horaires sont pénibles et donc ça complique également l'utilisation de la recherche.</p> <p>Limites : le fait d'avoir pris un échantillon sur trois hôpitaux ne peut pas refléter la véritable situation de l'utilisation de la recherche en Chine. On ne peut pas généraliser. La méthode quantitative ne reflète pas exactement ce que pensent réellement les infirmières sur l'utilisation de la recherche. Il faudrait utiliser une méthode qualitative (observations, interview) pour compléter l'étude.</p> <p>Conclusion : l'utilisation de la recherche en Chine est encore entravée par de nombreuses barrières. Une stratégie compréhensible devrait être formulée afin d'améliorer l'utilisation de la recherche dans la pratique.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les résultats de l'étude montre qu'il faut améliorer l'utilisation de la recherche par le biais d'une stratégie compréhensible. Il faut qu'elle tienne compte des facteurs influençables, de l'expérience de la recherche et des connaissances en EBN et d'opérer des changements sur le court et long terme. En effet, beaucoup de choses ne peuvent se changer sur le court terme en Chine (soutien de la direction actuel, valeurs traditionnelles, etc.). De ce fait, des protocoles de pratique standard publiés et mis à jour régulièrement peuvent être un moyen d'améliorer l'utilisation de la recherche.</p> <p>Sur le long terme, il faut que les supports managériaux évoluent et acceptent que les infirmiers changent de pratique. De plus, les connaissances et les compétences en recherche doivent être acquises par une formation adéquate.</p> <p>Les résultats sont cohérents avec d'autres recherches, avec d'autres endroits géographiques. Bien qu'il y ait déjà des avancements dans la formation en soins infirmiers, il reste des questions en suspens. Est-ce que les avancements et les développements vont suffire à faire changer la perception des infirmières, en d'autres termes éliminer les vraies barrières. Avec encore peu d'expérience à succès, il y a encore un long chemin à parcourir pour promouvoir l'utilisation de la recherche.</p>

Figure 14. : Grille de lecture adaptée de Fortin (2010).

« Research utilisation and critical thinking among newly graduated nurses: predictors for research use. A quantitative cross-sectional study » (Wangensteen, Johansson, Björkström & Nordström, 2011).

Titre	C'est une étude transversale sur les prédicteurs à l'utilisation de la recherche et de la pensée critique. La population à l'étude est les infirmières nouvellement diplômées.
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • But : L'objectif était de décrire l'utilisation de la recherche chez les infirmières nouvellement diplômées et d'explorer les prédicteurs possible à l'utilisation de la recherche (tendance à la pensée critique et d'autres facteurs individuels et contextuels) • Contexte : Les infirmières devraient être des utilisatrices de la recherche, mais des facteurs individuels et contextuels expliquent les variations (à cette utilisation). Cette étude a été mise sur pied car, d'après les auteurs, les dispositions de la pensée critique n'ont jamais été explorées comme prédicteurs pour l'utilisation de la recherche. • Méthode : étude transversale menée d'octobre 2006 à avril 2007. Les données ont été récoltées grâce au Questionnaire sur l'Utilisation de la Recherche et à l'Inventaire Californien De la Tendance à la Pensée Critique. Le taux de réponse était de 33% (n = 617). • Résultats : Les répondants ont signalé une attitude positive envers la recherche, mais seulement 24% (n = 148) ont été définis comme utilisateurs de la recherche. La pensée critique a expliqué 20% de la différence de l'attitude envers la recherche et 11% de la différence de l'utilisation de la recherche. Le deuxième plus gros prédicteur à l'utilisation de la recherche est la disponibilité et le soutien à la mise en œuvre des résultats de recherche • Conclusion : La pensée critique devrait être reconnue et renforcée dans l'enseignement des soins infirmiers et dans la pratique clinique. Les facteurs contextuels semblent être importants pour l'utilisation de la recherche des infirmières nouvellement diplômées. • Pertinence pour la pratique clinique: les leaders en soins infirmiers jouent le rôle important de nourrir la pensée critique des infirmières nouvellement diplômées et aident à transférer leur attitude positive envers la recherche pour l'utilisation de la recherche. Les infirmières enseignantes doivent aussi pousser leurs étudiants à avoir cette pensée critique et à croire en l'utilisation de la recherche.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	70% des bachelors en soins infirmiers nouvellement diplômés sont déclarés comme répondant aux attentes de la capacité de pensée critique (Fero, Witsberger, Wesmiller, Zullo & Hoffman, 2009). Malgré l'élaboration de programmes de soins infirmiers à un niveau plus académique (Björkström Hamrin 2001 Kyrkjebø et al., 2002), l'écart entre théorie et pratique existe encore pour les nouvelles infirmières (Maben et al., 2006) et dans la pratique des soins infirmiers plus généralement (Estabrooks 1999b, Hutchinson & Johnston 2004, Meijers et al. 2006, Wallin et al., 2003).

	<p>Les différences dans l'utilisation de la recherche sont expliquées grâce à des facteurs individuels et contextuels :</p> <p>Facteurs individuels : temps passé sur internet, épuisement émotionnel, attitude (positive ou négative) envers la recherche, le fait de rechercher la recherche (Bostrom et al. 2007, Estabrooks et al., 2008b, Tranmer et al., 2002).</p> <p>Facteurs contextuels : le fait d'avoir une culture favorable, un bon leadership et la rétroaction du rendement inciterait à utiliser beaucoup plus les résultats de recherche que si il n'y avait pas la perception de ces facteurs (Cummings et al. 2007, Estabrooks et al., 2007).</p> <p>Plus spécifiquement, on retrouve des facteurs prédictifs à l'utilisation de la recherche : l'engagement des infirmières cheffes et autres managers, l'accès aux résultats de recherche au travail, le soutien de l'unité de gestion et le rythme de travail.</p> <p>L'expérience d'être isolé de collègues compétents pour discuter de la recherche est signalé comme un obstacle à l'utilisation de la recherche dans les hôpitaux (Kajermo et al., 1998) et dans les soins de santé communautaires (Bistrom et al, 2008).</p> <p>Les infirmières nouvellement diplômées manquent de confiance pour amorcer les changements dans la pratique des soins infirmiers (Gerrish et al., 2008),</p>
Recension des écrits	<p>Le contexte actuel est posé sur la base d'une dizaine d'écrits, dont la recension est faite dans ce chapitre « introduction ».</p> <p>L'étude se base sur plusieurs ouvrages de référence, de source primaire tels que :</p> <p>Facione, P.A. (1990). Critical Thinking: A Statement of Expert Consensus for Purposes of Educational Assessment and Instruction. Executive Summary "The Delphi Report". Millbrae: The California Academic Press.</p> <p>Facione, P.A., Facione, N.C., & Giancarlo, C.A. (2001). California Critical Thinking Disposition Inventory Test Manual. Millbrae: The California Academic Press.</p> <p>Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). Nursing research: Generation and Assessing Evidence For Nursing Practice. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins</p> <p>Cette recension étoffée semble présenter une base solide pour l'étude.</p>

Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts : la pensée critique, la formation des infirmières, l'utilisation de la recherche • Un penseur critique se caractérise par le fait d'être curieux, bien informé, ouvert d'esprit, prêt à reconsidérer les choses et ordonné dans les affaires complexes (Facione, 1990). Les infirmières qui sont disposées à penser de façon critique sont plus susceptibles de porter des jugements de haute qualité que celles qui ne le sont pas (Profetto-McGrath et al., 2003). <p>Nous pouvons ainsi remarquer dans le texte que dans la bibliographie en fin de document, la référence à plusieurs auteurs philosophiques ou théoriques tels que :</p> <p>Benner, P. (2000). The wisdom of our practice. American Journal of Nursing, 100, 99-105.</p> <p>Meleis, A.I. (2007). Theoretical Nursing: Development and Progress. (4e éd.). Philadelphia: Lippincott Williams & Williams</p> <p>Notons que cette référence est également une source primaire.</p> <p>Ou encore :</p> <p>Stetler, C.B. (2003). Role of the organization in translating research into evidence-based practice. Outcomes management, 7, 97-103</p>
Buts et question de recherche	<p>Dans l'article, la question de recherche n'est pas clairement énoncée mais est supposable.</p> <p>Le but de l'étude est de décrire l'utilisation de la recherche chez les infirmières nouvellement diplômées et d'explorer les prédicteurs possibles à l'utilisation de la recherche (tendance à la pensée critique et d'autres facteurs individuels et contextuels)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variables dépendantes : utilisation de la recherche dans la pratique quotidienne des infirmières nouvellement diplômées, l'attitude envers la recherche, la disponibilité et le support pour implémenter des résultats de recherche • Variables indépendantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les variables de base : âge, genre, niveau d'éducation avant la formation infirmière (universitaire, collégial), expérience dans le domaine des soins avant la formation infirmière, domaine/zone de travail ○ Les dispositions à la pensée critique (recherche de la vérité, recherche de la vérité, ouverture d'esprit, curiosité, confiance en soi dans la pensée critique, compétence d'analyse, etc.)
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population cible était les infirmières (n = 2675) diplômées de l'ensemble des collèges universitaires (n = 27) en Norvège en juin 2006. Lors de la planification de l'étude, une analyse de puissance a été réalisée montrant que pour obtenir une puissance statistique de 80%, 730 répondants étaient nécessaires. Il a donc été estimé que l'envoi de 1500 questionnaires était nécessaire pour obtenir 700 répondants (première diffusion), mais 400 autres questionnaires ont dû être ajoutés pour atteindre ce montant (deuxième diffusion).</p> <ul style="list-style-type: none"> • La collecte de données a été réalisée à partir d'octobre 2006 jusqu'à avril 2007. Deux rappels ont été envoyés. Par le biais de l'échantillonnage en grappes (augmentant ainsi la validité de l'étude), toutes les infirmières (n = 1900) diplômées de 18 collèges universitaires ont été invitées à participer

	<ul style="list-style-type: none"> Le critère d'inclusion était de travailler comme infirmière et de répondre à toutes les questions <p>Au total, 617 répondants au questionnaire sur l'utilisation de la recherche et 614 répondants à l'inventaire californien de la tendance à la pensée critique ont été sélectionnés pour les analyses (taux de réponse de 33%).</p>
Considérations éthiques	<p>Cette étude a été réalisée selon les lignes directrices éthiques applicables aux recherches de soins infirmiers dans les pays nordiques (Fédération des infirmières et infirmiers du Nord, 2003). Une information écrite concernant l'étude, comment se retirer de l'étude après avoir retourné les questionnaires et le nom, l'adresse e-mail et le numéro de téléphone de l'auteur principal (Wangersteen) a suivi toutes les questionnaires. Le retour des questionnaires était considéré comme un consentement à participer. Aucune utilisation des noms sur les questionnaires n'a été faite garantissant ainsi la confidentialité. L'étude a été approuvée par le Comité éthique de l'Université de Karlstad, en Suède et par les services sociaux de données scientifiques norvégiens.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Devis quantitatif Etude transversale
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> Instruments : les deux questionnaires suivants ont été utilisés, accompagnés de quelques questions supplémentaires telles que le sexe, l'âge, la zone de travail (structure interne à l'hôpital ou à l'extérieur), le niveau d'éducation et l'expérience en soins de santé avant la formation infirmière : <ul style="list-style-type: none"> Le questionnaire d'utilisation de recherche a été développé par Champion et Leach (1989) et révisé notamment par Pettengill et al. (1994). Le questionnaire a été traduit en suédois par Wallin et al. (2003), et les éléments constituant les trois indices ont ensuite été traduits en norvégien par le groupe de recherche pour l'étude elle-même. <p>Les trois indices utilisés dans le questionnaire étaient les suivants: (1) l'attitude envers la recherche (douze items), (2) la disponibilité et le soutien à la mise en œuvre des résultats de recherche (huit items) et (3) l'utilisation de la recherche dans la pratique quotidienne (neuf items), au total 29 items.</p> <p>Les énoncés peuvent être écrits de manière tant positive que négative. Une échelle de Likert de cinq points allant de 1 = fortement en désaccord à 5 = entièrement d'accord est utilisée.</p> <p>Une revue systématique (Frasure 2008) a conclu que ce questionnaire est un instrument psychométrique qui mesure à la fois l'utilisation de la recherche directe, décrite comme l'application concrète de la recherche mais aussi l'utilisation de la recherche indirecte, où la recherche peut changer sa pensée, mais pas nécessairement un son action (Estabrooks 1999a).</p> <ul style="list-style-type: none"> L'inventaire californien de la tendance à la pensée critique se compose de sept sous-échelles avec neuf à douze énoncés dans chacun d'eux, soit au total 75 items. <p>L'outil a été traduit dans la langue norvégienne principalement suivant les recommandations faites par le California Academic Press, et la traduction a été validée.</p> <p>Il emploie une échelle de Likert de six point où 1 = fortement en accord et 6 = fortement en désaccord. Le score total varie entre 700 et 420. Si</p>

	<p>le score est supérieur à 350 = forte disposition, les scores entre 280 à 350 indiquent une tendance positive, entre 210 à 279 = ambivalence et les scores inférieurs à 210 indiquent une opposition significative à la pensée critique.</p> <p>Une étude Delphi soutient la validité de cet outil (McGrath Profetto-2003). En outre, l'inventaire est en corrélation avec les mesures de la personnalité et la réussite scolaire (Giancarlo & Facione 2001). La fiabilité de l'outil a été mesurée dans des populations différentes, tels que les infirmières diplômées ou les étudiants en soins infirmiers</p>
Conduite de la recherche	<p>En raison du faible taux de réponse, une analyse d'abandon a été réalisée dans les six collèges universitaires avec un taux de réponse supérieur à 35%. Toutes les infirmières de ces six collèges universitaires n'ayant pas répondu après deux rappels (n = 418) ont reçu un questionnaire comprenant des questions sur l'âge, le sexe, leur niveau d'étude et leur expérience dans le domaine des soins avant la formation infirmière. Un total de 178 infirmières a répondu (43%). En outre, les données sur le sexe et l'âge de toutes les infirmières diplômées en Norvège en juin 2006 (la population cible; n = 2675) ont été obtenues à partir du Registre Norvégien du Personnel de Santé.</p> <p>Toutefois, il faut savoir qu'entre l'échantillon à l'étude et les répondants à l'analyse d'abandon, aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée en ce qui concerne le niveau d'enseignement et également en ce qui concerne l'expérience dans le domaine des soins avant la formation en soins infirmiers.</p>
Analyse des données	<p>Les index du Questionnaire sur l'Utilisation de la Recherche ont été calculés en additionnant le score de chaque répondant pour chaque domaine, puis en divisant par le nombre d'items dans le domaine respectif. Les items négatifs ont été inversés. Les données manquantes ont été remplacées par les valeurs moyennes des évaluations rapportées dans chaque index (Polit & Beck, 2008). Pour le calcul des scores des sous-échelles de l'Inventaire Californien de la Disposition à la Pensée Critique, les scores bruts ont été multipliés par 10 et divisé par le nombre d'items de la sous-échelle.</p> <p>La version SPSS 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) pour programme Windows a été utilisée pour analyser les données, et la signification statistique a été fixée à $p < 0.05$ (bilatéral). Le test de de Pearson χ^2 a été utilisé pour analyser les différences de proportions entre les groupes (Altman 1991, Field 2005).</p> <p>Pour identifier les facteurs prédictifs à l'utilisation de la recherche, des analyses linéaires de régression simples et multiples ont été effectuées.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques de l'échantillon et utilisation de la recherche <p>Age moyen = 30.9 ans, 19% des infirmières (n = 115) avaient fait des études universitaires, et 60% (n = 371) ont eu des expériences dans les soins avant leur formation en soins infirmiers. 36% des infirmières (n = 223) travaillent dans les soins de santé communautaire, et 63% (n = 386) dans les soins de santé spécialisée (hôpitaux somatiques ou de santé mentale). 17% (n = 103) des répondants travaillent dans plus d'un service et plus de la moitié d'entre eux (54%; n = 56) travaillent à la fois dans les soins de santé spécialisée (hôpitaux psychiatriques et somatiques) et les soins de santé communautaire.</p>

	<p>Les infirmières nouvellement diplômées pensent que la recherche est intéressante (88% d'accord), que la pratique clinique doit être fondée sur la recherche (85% d'accord) et que la compréhension des recherches les aide professionnellement (83% d'accord). En outre, 57% ont déclaré qu'elles fondent leur pratique sur la recherche, 44% qu'elles avaient accès aux résultats de recherche au travail, mais seulement 15% ont déclaré qu'elles avaient le temps de lire la recherche alors qu'elles étaient en service.</p> <p>Les infirmières nouvellement diplômées sont celle qui scorent le plus positivement l'index « attitude envers la recherche » indiquant une attitude positive.</p> <p>Un total de 148 (24%) des répondants ont été définis comme utilisateurs de la recherche (groupe d'utilisation de la recherche). A noter que ce groupe a un total de score significativement plus élevée concernant la pensée critique par rapport au groupe qui n'utilise pas la recherche. Ce fut aussi le cas pour quatre des sept autres sous-échelles de l'inventaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La pensée critique et ses relations avec les index du questionnaire d'utilisation de recherche <p>Le score total de l'Inventaire Californien de la Tendance à la Pensée Critique explique près de 20% de la variance pour l'index « attitude envers la recherche ». Les quatre sous-échelles de cet inventaire, soit l'ouverture d'esprit, la capacité d'analyse, la curiosité et la maturité ont expliqué 22% de la variance pour le même indice.</p> <p>En outre, 4% de la variance de l'index « disponibilité et le soutien à la mise en œuvre des résultats de recherche » a été expliqué par le score total de la tendance à la pensée critique, tandis que trois des sous-échelles ont ainsi expliqué 3,5% de la variance.</p> <p>Le score total de la tendance à la pensée critique a expliqué 11% de la variance pour l'index « utilisation de la recherche dans la pratique quotidienne », tandis que quatre des sous-échelles ont expliqué presque 14% de la variance pour cet index.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les prédicteurs à l'utilisation de la recherche <p>Près de 26% de la variance de l'index « utilisation de la recherche » a été expliqué par cinq variables, où l'attitude était le meilleur prédicteur, expliquant 18% de la variance.</p> <p>Le score total de la tendance à la pensée critique était le facteur prédictif le plus fort dans cette analyse, expliquant à lui-seul 11% de la variance à l'utilisation de la recherche.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les infirmières dans la présente étude ont déclaré avoir une attitude positive à l'égard de la recherche. Toutefois, l'utilisation des résultats de recherche dans la pratique est faible, ce qui a déjà été signalé (Parahoo 1998, Veeramah 1995) et dans des études plus récentes (Bostrom et al. 2008, Forsman et al. 2009). Seul un quart des répondants ont été définis comme utilisateurs de la recherche. Cette proportion est pratiquement la même parmi les infirmières expérimentées (en moyenne 16 ans d'expérience) dans les soins aux personnes âgées (Bostrom et al., 2009). Compte tenu de l'intérêt croissant pour la pratique fondée sur les preuves (EBP) lors des dernières décennies, ces chiffres sont inquiétants. De plus, il est intéressant de noter que la proportion déjà très faible d'utilisateurs augmente lorsque les infirmières sont diplômées depuis 3 ans ou plus.</p>

	<p>L'attitude positive envers la recherche est donc l'indicateur le plus important pour l'utilisation de la recherche indépendamment des années d'expérience. Avoir une attitude positive envers la recherche est important, mais cela ne suffit pas pour être un utilisateur de recherche (Wallin et al. 2003). La variance inexpliquée à l'utilisation de la recherche est donc encore grande.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limites de l'étude : <ul style="list-style-type: none"> - Le faible taux de réponse pourrait représenter un biais de sélection. - Le questionnaire sur l'utilisation de la recherche est basé sur l'auto-déclaration et peut différer de l'utilisation effective des résultats de recherche. C'est une menace majeure à la validité par rapport à l'utilisation de la recherche (Estabrooks et al., 2005). Cependant, il a également été signalé que ce rapport sur l'utilisation de la recherche a été soutenu par des observations de terrain. • Forces de l'étude : <ul style="list-style-type: none"> - Dans la présente étude, l'analyse d'abandon n'a montré aucune différence statistiquement significative par rapport aux données de base entre l'échantillon à l'étude et les répondants de l'analyse d'abandon. - Les caractéristiques de l'échantillon vont dans le sens des caractéristiques de la population cible. Ceci est un aspect de validité interne et contribue à renforcer les résultats. - L'utilisation de l'échantillonnage en grappes, l'une des méthodes d'échantillonnage aléatoire, augmente la validité de l'étude. - L'utilisation d'outils ayant été approuvés.
Conséquences et recommandations	<p>La reconnaissance de la pensée critique comme un facteur prédictif significatif pour la recherche est une information importante à la fois pour la formation infirmière et la pratique infirmière.</p> <p>Les leaders en soins infirmiers jouent le rôle important de nourrir la pensée critique des infirmières nouvellement diplômées et de les aider à transférer leur attitude positive envers la recherche sur l'utilisation de la recherche.</p> <p>Les infirmières enseignantes jouent un rôle important dans le soutien, la contestation et la supervision d'étudiants en soins infirmiers et également dans le fait d'être des penseurs critiques et de solides croyants à l'utilisation de la recherche. La pensée critique doit être encouragée au moyen de stratégies d'apprentissage tels que le questionnement, le dialogue et la réflexion sur la pratique (Meleis, 2007).</p> <p>Ce sont des éléments importants contribuant à l'EBP en soins infirmiers.</p>

Figure 15. : Grille de lecture adaptée de Fortin (2010).

« Implementation of evidence-based practice across medical, nursing, pharmacological and allied healthcare professionals: a questionnaire survey in nationwide hospital settings » (Weng, Kuo, Yang, Lo, Chen & Chiu, 2013).

Titre	Le titre comporte la problématique de la recherche, la méthode utilisée ainsi que la population cible et le contexte de l'étude.
Résumé	<p>L'implémentation de l'EBP est considérée comme une compétence de base dans l'amélioration de la qualité des soins. Dans cette étude, les auteurs investiguent l'EBP de six groupes de professionnels de la santé : les médecins, les infirmières, les pharmaciens, les physiothérapeutes, les techniciens, et d'autres professionnels de la santé apparentés.</p> <p>La méthode utilisée est une enquête par questionnaire au sein des hôpitaux régionaux de Taïwan. Des techniques de régression linéaire et logistique ont été utilisées pour examiner les prédicteurs de l'implémentation de l'EBP.</p> <p>Au total, 6'160 questionnaires valides pour l'analyse ont été retournés. Il en ressort que Les médecins et les pharmaciens sont plus informés sur l'EBP que les autres professionnels. Une attitude positive et des convictions envers l'EBP sont significativement plus basses chez les infirmières que dans les autres groupes. Les médecins ont plus de connaissances et de compétences en matière d'EBP que les autres professionnels. De plus ils l'implémentent pour les prises de décisions cliniques plus souvent et perçoivent moins de barrières individuelles. Les analyses multivariées de régression logistique montrent que l'implémentation de l'EBP est associée aux caractéristiques individuelles des participants.</p> <p>En conclusion, cette étude démontre des niveaux variés et des différences significatives dans l'implémentation de l'EBP parmi les médecins, les infirmières, les pharmaciens et les autres professionnels de la santé similaires. Les auteurs ont observé que certains facteurs étaient associés à l'implémentation de l'EBP, incluant les antécédents personnels et les perceptions envers l'EBP. Les données suggèrent que les stratégies d'amélioration de l'implémentation de l'EBP devraient être différentes selon les groupes de professionnels.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Il y a de plus en plus d'exemples illustrant que l'EBP peut aider les professionnels de la santé à améliorer la qualité des soins. Implémenter l'EBP par tous les professionnels de la santé est de ce fait nécessaire.</p> <p>Les prestataires de santé dans les hôpitaux régionaux consacrent la plupart de leur temps dans les soins aux patients. Par conséquent, il est essentiel de promouvoir l'EBP dans ces hôpitaux afin d'améliorer la qualité des soins de santé. Depuis début 2007, l'Institut national de recherche dans le domaine de la santé (National Health Research Institutes (NHRI)) fournit des ressources informatives en lien avec l'EBP et promeut des activités pour les professionnels de la santé des hôpitaux régionaux de Taïwan. Malgré les efforts considérables déployés par le NHRI pour encourager l'implémentation de l'EBP, sa diffusion au sein des hôpitaux régionaux n'est pas encore très répandue.</p>

Recension des écrits	<p>Beaucoup d'études ont exploré les perceptions des différents groupes de professionnels de la santé au sujet de l'EBP. Globalement, la plupart des professionnels de la santé adoptent une attitude positive envers l'EBP mais manquent de connaissances et de compétences envers son implémentation. Un certain nombre de barrières personnelles et institutionnelles entravent l'implémentation de l'EBP. À l'heure d'aujourd'hui, des investigations sur comment les professionnels de la santé implémentent l'EBP dans la prise de décisions cliniques manquent encore.</p> <p>Les sources primaires sont présentes dans les références du document.</p>
Cadre de recherche	<p>L'EBP est une pratique clinique en cohésion avec les meilleures preuves. L'implémentation de l'EBP implique principalement quatre étapes séquentielles : formuler une question claire basée sur un problème clinique, chercher des preuves pertinentes dans la littérature, faire une évaluation critique de la validité des recherches contemporaines, et appliquer les découvertes à la prise de décision clinique.</p> <p>Les auteurs ne mentionnent pas de cadre de référence ni de base philosophique ou théorique précis en lien avec les concepts de cette étude.</p>
Buts et question de recherche	<p>Les antécédents personnels des médecins, des infirmières, des pharmaciens et des autres professionnels de la santé sont bien entendu différents. Peu de recherches se sont focalisées sur la comparaison de l'utilisation de l'EBP parmi les différents professionnels de la santé. Pour que l'EBP soit pleinement implémenté, il est essentiel de clarifier les différences possibles entre les professionnels. Dans cette étude, les auteurs ont systématiquement évalué comment l'EBP est perçu au sein de tous les groupes de professionnels de la santé. Cette étude à l'échelle nationale permet de comparer et de contraster les différents niveaux de consciences, de conviction, d'attitudes, de connaissances, de compétences, de barrières et d'implémentation dans différentes professions. Les données fournissent des éléments de preuve essentiels qui peuvent être utilisés pour guider les stratégies d'amélioration de l'efficacité de la dissémination de l'EBP.</p> <p>Il n'y a pas de question de recherche clairement citée, mais les buts de l'étude et les hypothèses décrivent de manière compréhensive ce à quoi les auteurs veulent répondre. La variable dépendante est l'implémentation de l'EBP, ce qui est explicite dans l'énoncé des buts de l'étude. Les variables indépendantes sont alors les facteurs influençant l'implémentation, ce qui correspond à ce que les auteurs veulent comparer entre les différentes professions de la santé.</p>

METHODE	
Population et échantillon	<p>La population cible de cette étude est composée de professionnels de la santé travaillant dans les hôpitaux régionaux de Taïwan. Un hôpital régional est défini comme étant un hôpital de soins secondaires accrédité par la Commission mixte des hôpitaux de Taiwan (Taiwan's Joint Commission of Hospital).</p> <p>L'échantillonnage en grappe a été utilisé dans cette étude. Les hôpitaux régionaux ont été divisés en quatre groupes par localisation géographique à travers le pays (nord, ouest, est et sud), puis une sélection aléatoire dans chaque groupe a été faite. Comme il y a plus d'hôpitaux dans le nord et l'ouest, les auteurs ont sélectionnés plus d'hôpitaux dans ces zones. Dans l'ensemble, les auteurs ont inscrits aléatoirement 11 des 65 hôpitaux régionaux de Taïwan (3 dans le nord, 4 dans l'ouest et 2 dans l'est et le sud).</p>
Considérations éthiques	<p>La commission d'examen éthique du NHRI a approuvé le protocole d'étude.</p> <p>Le questionnaire était accompagné d'une lettre d'introduction précisant le but de l'étude et promettant la confidentialité.</p> <p>Le retour des questionnaires était considéré comme un consentement de la part des participants. Tous les questionnaires étaient anonymes.</p>
Devis de recherche	<p>Je pense qu'il s'agit d'une étude quantitative.</p> <p>Un questionnaire structuré a été développé par le NHRI. L'outil de collecte des données est l'échelle de Likert.</p> <p>L'étude a été menée durant une période de quatre mois (de janvier à avril 2011).</p> <p>Les critères scientifiques sont respectés dans la mesure où les données recueillies sont basées sur la confiance envers la véracité des réponses des participants.</p> <p>Il s'agit d'énumérer et de comparer des facteurs influençant l'implémentation de l'EBP, donc je pense que la méthode choisie par les auteurs convient parfaitement à cette étude.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les questions concernant les attitudes, les connaissances, les compétences et les barrières ont été évaluées à l'aide de l'échelle à cinq points de Likert (très d'accord, d'accord, neutre, pas d'accord, et pas du tout d'accord).</p> <p>Les caractéristiques antérieures comprennent que le genre, l'âge, l'aptitude du poste, la position administrative (définie comme étant un professionnel de la santé qui a des responsabilités dans les affaires administratives), l'expérience professionnelle, et le degré académique. Le degré académique a été divisé en cinq catégories : degré scolaire technique, degré du collège (2 ans d'université), degré de Bachelor (7 ans d'école de médecine, 6 ans d'école de dentiste, 4 ans pour les autres spécialités), degré de Master, et Doctorat.</p>
Conduite de la recherche	<p>Les questionnaires ont été distribués par e-mail à tous les professionnels de la santé dans les 11 hôpitaux sélectionnés.</p> <p>Au total, 6'160 questionnaires valides pour l'analyse ont été retournés (645 médecins, 4'206 infirmières, 430 pharmaciens, 179 physiothérapeutes, 537 techniciens (dont des échographistes et des radiologues), et 163 autres professionnels de la santé (dont des orthophonistes, des psychologues, des kinésithérapeutes respiratoires et des diététiciens)).</p> <p>La validité des contenus a été examinée par 10 experts ayant chacun</p>

	<p>plus de 15 ans d'expérience clinique.</p> <p>Le questionnaire comprend des points pour mesurer : la conscience de, les convictions en, les attitudes envers, les connaissances sur, les compétences dans, les barrières à, et l'implémentation de l'EBP. D'autres éléments concernant les changements de comportements, à savoir si les participants ont changé leur méthode de prise de décisions cliniques, s'ils ont ajouté des nouvelles méthodes ou s'ils ont confirmés des prises de décision grâce à l'implémentation de l'EBP, ont été insérés dans le questionnaire.</p>
Analyse des données	<p>L'échelle à cinq points de Likert a été divisée pour d'autres analyses. Un rapport d'auto-évaluation très d'accord et d'accord était considéré comme une réponse favorable, tandis que les trois autres réponses (neutre, pas d'accord et pas du tout d'accord) ont été considérées comme des réponses défavorables.</p> <p>La technique de régression logistique a été utilisée pour analyser les réponses obtenues.</p> <p>Le résumé des résultats se trouve dans la partie résumé de l'article. Il n'y en a pas dans l'article lui-même.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Des tableaux récapitulatifs des résultats sont présents dans le document. Les résultats de l'étude sont catégorisés en fonction des facteurs influençant l'implémentation de l'EBP.</p> <p>La conscience de l'EBP. Parmi les 6'160 répondants, 5'038 connaissaient l'EBP ou des termes reliés. La plus grande connaissance de l'EBP se trouvait chez les médecins, puis les techniciens, suivis par les pharmaciens, les autres professionnels, les physiothérapeutes, et enfin les infirmières.</p> <p>Les convictions en, attitudes envers, connaissances sur, compétences dans l'EBP. Parmi les 5'038 participants qui connaissaient l'EBP, 3'604 professionnels de la santé ont reporté être convaincus que l'EBP est important dans l'amélioration de la qualité des soins au patient, et 3'015 ont déclaré être prêts à supporter l'implémentation de l'EBP. Toutefois, leurs connaissances et compétences pour implémenter les principes d'EBP étaient relativement insuffisantes. Les médecins et les pharmaciens étaient les plus susceptibles d'avoir des convictions et des attitudes positives envers l'EBP. Les médecins ont tendance à avoir plus de connaissances et de compétences dans l'EBP que les autres professionnels.</p> <p>Implémentation de l'EBP. Parmi les 5'038 participants qui avaient connaissance de l'EBP, 2'111 ont déclaré avoir implémenté de l'EBP pour la prise de décision clinique dans l'année écoulée. Les médecins ont reporté implémenter l'EBP le plus, contrairement aux infirmières, pharmaciens et techniciens qui l'implémentaient le moins. Les participants ont déclaré adopter des comportements impliquant l'ajout de nouvelles méthodes de prise de décisions cliniques, le changement de ces méthodes, et la confirmation des prises de décisions cliniques grâce à l'implémentation de l'EBP.</p> <p>Les barrières à l'EBP et l'entraînement. Les barrières à l'implémentation de l'EBP ont été catégorisées en facteurs personnels et environnementaux. Les barrières dans la relation avec l'institution et les collègues des participants ont été considérées comme des facteurs environnementaux. La barrière la plus commune était le manque de</p>

	<p>ressources à des fins d'application, tels que des assistants personnels numériques et des brochures. Suivi de la contrainte temporelle, le manque de ressources littéraires en chinois, les connaissances de base déficientes, le manque de compétences dans l'évaluation critique, un nombre insuffisant de personnel qualifié, l'accès limité aux ressources d'EBP, des compétences insuffisantes dans la recherche de littérature, le manque d'incorporation dans la pratique clinique, le manque de soutien institutionnel, et le manque de soutien des supérieurs. Les médecins ont perçu moins de barrières personnelles et environnementales que les autres groupes de professionnels de la santé. De plus, 1'528 professionnels de la santé ont reporté avoir participé à des cours d'entraînement dans l'implémentation et / ou l'utilisation de l'EBP. Les médecins et les pharmaciens ont déclaré avoir plus participé à de tels cours que les autres professionnels.</p> <p>Les facteurs associés à l'implémentation de l'EBP. Les analyses univariées montrent des corrélations significatives dans l'implémentation de l'EBP, au travers de 13 caractéristiques (conviction, attitudes, connaissances, compétences, barrières, entraînement, genre, aptitude du poste, position administrative, degré académique, expérience professionnelle, âge, et profession).</p> <p>Les analyses de régression logistique multivariée démontrent que l'implémentation de l'EBP était plus courante chez les professionnels de la santé ayant des convictions positives, des attitudes favorables, des connaissances et compétences suffisantes, participé à des cours d'entraînement, et un poste apte. Les professionnels de la santé avec un Bachelor, un Master ou un Doctorat étaient plus disposés à implémenter l'EBP que ceux ayant un degré scolaire technique. De plus, les médecins, les techniciens et les autres professionnels de la santé implémentent plus fréquemment l'EBP que les infirmières. En revanche, l'implémentation de l'EBP était moins courante parmi les professionnels ayant reporté un manque de connaissances de base et de compétences en recherche de littérature comme étant des barrières à l'utilisation de l'EBP</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Dans cette étude, les auteurs ont décrits les perceptions de l'implémentation de l'EBP parmi les médecins, les infirmières, les pharmaciens et d'autres professionnels de la santé apparentés à Taïwan. Les résultats démontrent qu'une majorité des professionnels de la santé ont des convictions et des attitudes favorables envers l'EBP. Toutefois, leurs connaissances et compétences dans l'EBP sont limitées. Ces résultats concordent avec des études précédentes sur différents groupes de professionnels de la santé. De plus, les données recueillies par les auteurs montrent que l'EBP n'est pas encore largement diffusé dans tous les groupes de professionnels de la santé à Taïwan.</p> <p>Il y avait des différences importantes reliées à l'EBP parmi les groupes de professionnels.</p> <p>Les médecins et les pharmaciens étaient les plus conscients de l'EBP. Ceci est probablement dû à la longue histoire de l'exposition et des efforts entrepris pour influencer l'utilisation de l'EBP. En revanche, les techniciens étaient les moins conscients de l'EBP. De plus, les résultats des auteurs identifient un certain nombre de facteurs reliés à la conscience de l'EBP, tels que l'âge et le genre. Néanmoins, ces facteurs</p>

	<p>sont exclusivement associés aux caractéristiques démographiques des professions.</p> <p>Les médecins et les pharmaciens étaient plus disposés à reconnaître la valeur de l'EBP. De plus, les infirmières tiennent les convictions et attitudes les plus défavorables envers l'EBP, ce qui est peut-être dû à leur manque de connaissances envers l'EBP. Les médecins ont le plus de connaissances et compétences que les autres groupes. Ceci est peut-être dû au fait que l'EBP est une part de leur formation initiale. Ils possèdent également des capacités plus grandes à implémenter l'EBP que les infirmières et les autres professionnels de la santé apparentés.</p> <p>Les médecins ont déclaré implémenter l'EBP le plus, tandis que les infirmières et les techniciens l'implémentent le moins. Il est possible que le rôle clinique des médecins, des infirmières et des techniciens diffèrent. Les médecins ont besoin de trouver des preuves probantes afin de prendre des décisions cliniques pour les soins de santé les plus efficaces. En revanche, les infirmières et les techniciens comptent peut-être plutôt plus sur des directives claires et ont peut-être moins de liberté d'agir dans la prise de décision médicale.</p> <p>De plus, les résultats des auteurs mettent en évidence plusieurs facteurs dans la relation à l'implémentation de l'EBP.</p> <p>Des perceptions positives et une auto-efficacité élevée apparaissent comme étant des influences primaires à l'implémentation.</p> <p>L'aptitude du poste, l'entraînement et le degré académique sont des facteurs importants qui affectent l'implémentation de l'EBP. Les professionnels de la santé ayant des degrés académiques élevés ou avec un entraînement implémentent l'EBP plus fréquemment que les autres.</p> <p>Des connaissances et compétences déficientes sont des prédicteurs négatifs à l'implémentation de l'EBP. Pris ensemble, les données supportent l'importance de fournir un enseignement avancé et un entraînement afin de faciliter l'implémentation de l'EBP.</p> <p>En termes de barrières à l'implémentation de l'EBP, les résultats de cette étude sont similaires à d'autres études dans d'autres pays. Le manque de temps est la barrière personnelle commune la plus reportée pour les professionnels de la santé à travers le monde. De plus, le manque de connaissances et de compétences sont des barrières significatives à l'EBP. Néanmoins, les données recueillies par les auteurs indiquent qu'un certain nombre de barrières appartiennent exclusivement au cadre institutionnel. Selon cette étude, la barrière de la langue était particulièrement significative pour les participants.</p> <p>Les limitations de l'étude sont : il s'agit d'un questionnaire auto-administré et non d'une vérification de la pratique réelle. Les résultats peuvent ne pas refléter la réalité de la pratique dans les soins cliniques routiniers. Des imprécisions peuvent survenir dans l'enquête par questionnaire. Toutefois, il n'y a pas d'autre méthode fiable pour collecter ce type de données à l'échelle nationale. Le taux de retour des questionnaires était de 59,1%. Toutefois, les auteurs pensent que les participants sont un échantillon représentatif à cause de leurs antécédents similaires à ceux des études précédentes.</p>
--	---

Conséquences et recommandations	<p>Cette étude présente de nombreuses découvertes potentiellement utiles. Elle est différente des autres études examinant les comportements de recherche d'informations par le fait que les auteurs ont évalué les comportements liés à l'EBP dans un contexte de prise de décision clinique, qui est une composante vitale à l'implémentation des preuves probantes issues de la recherche dans la pratique.</p> <p>Cette étude est la première enquête à évaluer systématiquement l'implémentation de l'EBP parmi les médecins, les infirmières, les pharmaciens, et les autres professionnels de la santé apparentés.</p> <p>L'importance de cette étude réside dans le focus sur l'évaluation de l'implémentation de l'EBP dans la pratique clinique quotidienne. Les auteurs ont utilisé un questionnaire à large échelle pour comparer les différents niveaux de perceptions envers l'EBP parmi tous les groupes de professionnels de la santé. Les données montrent que les professionnels de la santé intègrent les résultats probants dans la prise de décisions cliniques le plus souvent lorsque les caractéristiques suivantes sont présentes : des perceptions positives envers l'EBP, une auto-efficacité élevée pour faire de l'EBP, de l'entraînement à l'EBP, et d'avoir un poste apte ainsi qu'un degré académique élevé. Dans la mesure du possible, l'enseignement et l'entraînement qui supportent ces facteurs peuvent aider à augmenter les convictions positives et les attitudes envers l'EBP, et finalement, d'utiliser l'EBP dans la pratique.</p> <p>Les résultats de cette étude ont des implications cliniques pour les leaders des institutions de santé et les concepteurs de politiques institutionnelles qui souhaiteraient diffuser et implémenter l'EBP de manière plus générale.</p>
---------------------------------	---

Liste de références

Article 32 de la loi fédérale du 18 mars 1994 (Etat le 1^{er} mars 2014) sur l'assurance-maladie (=LAMal ; RO 1995 1328).

Avant-projet de la Loi Fédérale de 2013 sur les Professions de la Santé (=LPSan ; RO 2013).

Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2008). *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing*. St. Louis: Mosby Elsevier.

Conseil International des Infirmières. (2014). *Définition des soins infirmiers*.
Accessible à : <http://www.icn.ch/fr/who-we-are/icn-definition-of-nursing/definition-des-soins-infirmiers-selon-le-cii-618.html>

Cullum, N., Ciliska, D., Haynes, R. B., & Marks, S., (2008). *Evidence-based Nursing: An introduction*. Oxford: Blackwell Publishing.

Dalheim, A., Harthug, S., Nilsen, R. M., & Nortvedt, M. W. (2012). Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. *BMC health services research, 12*(1), 367-377.
doi:10.1186/1472-6963-12-367

Doody, C. M., & Doody, O. (2011). Introducing evidence into nursing practice: using the IOWA model. *British Journal of Nursing, 20*(11), 661-664.

- Ducharme, F. (2006). La recherche en sciences infirmières... Sine qua non pour l'avancement de la discipline. Dans *Actes du 1^{er} congrès international de la Faculté des sciences infirmières* (p. 35-40). Beyrouth, Liban: Université St-Joseph.
- Dupin, C. M., Borglin, G., Debout, C., & Rothan-Tondeur, M. (2014). An ethnographic study of nurses' experience with nursing research and its integration in practice. *Journal of advanced nursing*, *70*(9), 2128-2139. doi:10.1111/jan.12371
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. (2^e ed.). Montréal: Chenelière éducation.
- Ingersoll, G. L. (2000). Evidence-Based Nursing : What it is and What it isn't. *Nursing Outlook*, *48*(4), 151-152. doi:10.1067/mno.2000.107690
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent: ERPI.

- Majid, S., Foo, S., Luyt, B., Zhang, X., Theng, Y.-L., Chang, Y.-K., & Mokhtar, I. a. (2011). Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 99(3), 229-236. doi:10.3163/1536-5050.99.3.010
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Murthy, L., Shepperd, S., Clarke, M., Garner, S., Lavis, J., Perrier, L., ... Straus, S. (2012). Interventions to improve the use of systematic reviews in decision-making by health system managers, policy makers and clinicians (Review). *The Cochrane Library*, (9), 1-65. doi:10.1002/14651858.CD009401.
- Pépin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^e ed.). Montréal: Chenelière éducation.
- Parahoo, K. (2000). Barriers to, and Facilitators of, Research Utilization among Nurses in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 89-98.

- Seers, K., Cox, K., Crichton, N. J., Edwards, R. T., Eldh, A. C., Estabrooks, C. a, ... Wallin, L. (2012). FIRE (Facilitating Implementation of Research Evidence): a study protocol. *Implementation science*, *7*(1), 25-36. doi:10.1186/1748-5908-7-25
- Solomons, N. M., & Spross, J. a. (2011). Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review. *Journal of nursing management*, *19*(1), 109-120. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01144.x
- Squires, J. E., Moralejo, D., & Lefort, S. M. (2007). Exploring the role of organizational policies and procedures in promoting research utilization in registered nurses. *Implementation science*, *2*(1), 17-28. doi:10.1186/1748-5908-2-17
- Spichiger, A. (2008). *Définition des soins infirmiers*. Accessible à : <http://www.sbk.ch/fr/sujets-infirmiers.html>
- Tagwa, O. (2012). Research Utilization in a Multicultural Nursing Setting in Saudi Arabis: Barriers and Facilitators. *Journal of Nursing Research*, *20*(1), 66-72. doi:10.1097/JNR.0b013e31824477d8
- Thomas, L., Cullum, N., Mccoll, E., Rousseau, N., Soutter, J., & Steen, N. (2009). Guidelines in professions allied to medicine (Review). *The Cochrane Library*, (1), 1-37. doi:10.1002/14651858.CD000349.

- Titler, M. G., Kleiber, C., Steelman, V. J., Rakel, B. A., Budreau, G., Everett, L. Q., ... Goode, C. J. (2001). The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. *Critical care nursing clinics of North America, 13*(4), 497–509.
- Ubbink, D. T., Vermeulen, H., Knops, A. M., Legemate, D. A., Rengerink, K. O., & Heineman, M. J. (2011). Implementation of evidence-based practice: outside the box , throughout the hospital. *the Journal of Medicine, 69*(2), 87-94.
- Wang, L.-P., Jiang, X.-L., Wang, L., Wang, G.-R., & Bai, Y.-J. (2013). Barriers to and facilitators of research utilization: a survey of registered nurses in China. *PloS one, 8*(11), 1-9. doi:10.1371/journal.pone.0081908.
- Wangensteen, S., Johansson, I. S., Björkström, M. E., & Nordström, G. (2011). Research utilisation and critical thinking among newly graduated nurses: predictors for research use. A quantitative cross-sectional study. *Journal of clinical nursing, 20*, 2436-2447. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03629.x.
- Weng, Y.-H., Kuo, K. N., Yang, C.-Y., Lo, H.-L., Chen, C., & Chiu, Y.-W. (2013). Implementation of evidence-based practice across medical, nursing, pharmacological and allied healthcare professionals: a questionnaire survey in nationwide hospital settings. *Implementation science: IS, 8*(1), 112-122. doi:10.1186/1748-5908-8-112